



## ПРАВИТЕЛЬСТВО КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ

28 июля 2014 года № 482  
г. Калининград

#### **О внесении изменения в постановление Правительства Калининградской области от 30 апреля 2013 года № 273**

В соответствии со статьей 18 Уставного закона Калининградской области «О Правительстве Калининградской области» Правительство Калининградской области **п о с т а н о в л я е т** :

1. Внести в постановление Правительства Калининградской области от 30 апреля 2013 года № 273 «О государственной программе Калининградской области «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы» следующее изменение:

приложение изложить в редакции согласно приложению.

2. Постановление вступает в силу со дня подписания и подлежит официальному опубликованию.

Губернатор  
Калининградской области



Н.Н. Цуканов

Приложение  
к постановлению Правительства  
Калининградской области  
от 28 июля 2014 года № 482

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

Ответственный исполнитель - Министерство здравоохранения  
Калининградской области

2014 год

**П А С П О Р Т**  
**государственной программы Калининградской области**  
**«Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы**

<p>Ответственный исполнитель государственной программы Калининградской области «Развитие здравоохранения» на 2013 - 2020 годы (далее – государственная программа)</p>	<p>Министерство здравоохранения Калининградской области</p>
<p>Соисполнители государственной программы:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Министерство образования Калининградской области;</li> <li>2) Министерство социальной политики Калининградской области;</li> <li>3) Министерство финансов Калининградской области;</li> <li>4) Агентство по делам молодежи Калининградской области;</li> <li>5) Агентство по спорту Калининградской области</li> </ol>
<p>Участники государственной программы:</p>	<p>органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области;  государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения;  общественные организации;  организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства</p>
<p>Программно-целевые инструменты государственной программы:</p>	<p>целевая программа Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»;  целевая программа Калининградской области «Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и общих врачебных практик в Калининградской области на 2012 – 2014 годы»;</p>

целевая программа Калининградской области «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013 – 2017 годы»;

целевая программа Калининградской области «Профилактика злоупотребления алкогольной продукцией и алкоголизма среди населения на 2012-2014 годы»;

целевая программа Калининградской области «Областная инвестиционная программа на 2009-2014 годы»

Подпрограммы государственной программы:

- 1) подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013-2020 годы»;
- 2) подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на 2013-2020 годы»;
- 3) подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства на 2013-2020 годы»;
- 4) подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013-2020 годы»;
- 5) подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на 2013-2020 годы»;
- 6) подпрограмма «Оказание паллиативной помощи на 2013-2020 годы»;
- 7) подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013 - 2020 годы»;
- 8) подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы»;
- 9) подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы»;
- 10) подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы»

Цель государственной

обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг,

программы:	объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Калининградской области, передовым достижениям медицинской науки
Задачи государственной программы:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний в государственных учреждениях здравоохранения Калининградской области;</li> <li>2) совершенствование первичной медико-санитарной помощи;</li> <li>3) совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С;</li> <li>4) увеличение доли абациллированных больных туберкулёзом от числа больных туберкулёзом с бактериовыделением;</li> <li>5) совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств;</li> <li>6) снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;</li> <li>7) снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;</li> <li>8) поддержка развития службы крови;</li> <li>9) повышение эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;</li> <li>10) повышение эффективности службы родовспоможения и детства;</li> <li>11) разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры систем медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;</li> <li>12) создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам;</li> <li>13) обеспечение государственных учреждений здравоохранения Калининградской области квалифицированными специалистами;</li> <li>14) повышение социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников;</li> <li>15) повышение профессиональной подготовки</li> </ol>

- медицинских и фармацевтических работников;
- 16) обеспечение взаимодействия государственных учреждений здравоохранения Калининградской области с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»;
- 17) повышение престижа и социальной значимости медицинских и фармацевтических специальностей;
- 18) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания льготных категорий граждан областного уровня ответственности;
- 19) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями;
- 20) организация персонифицированного учета оказания медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты, записи к врачу в электронном виде и ведения единого регистра медицинских работников;
- 21) обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины

Целевые показатели и индикаторы государственной программы:

- 1) смертность от всех причин, случаев на 1000 населения;
- 2) материнская смертность, случаев на 100 тыс. родившихся живыми;
- 3) младенческая смертность, случаев на 1000 родившихся живыми;
- 4) смертность от болезней системы кровообращения, случаев на 100 тыс. населения;
- 5) смертность от дорожно-транспортных происшествий, случаев на 100 тыс. населения;
- 6) смертность от новообразований (в том числе от злокачественных), случаев на 100 тыс. населения;
- 7) заболеваемость туберкулезом, случаев на 100 тыс. населения;

- 8) смертность от туберкулеза, случаев на 100 тыс. населения;
- 9) потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь), литров на душу населения в год;
- 10) распространенность потребления табака среди взрослого населения, %;
- 11) распространенность потребления табака среди детей и подростков, %;
- 12) обеспеченность врачами, человек на 100 тыс. населения;
- 13) соотношение врачей и среднего медицинского персонала;
- 14) средняя заработная плата врачей и работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), от средней заработной платы в Калининградской области, %;
- 15) средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в Калининградской области, %;
- 16) средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в Калининградской области, %;
- 17) ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет

Этапы и сроки реализации государственной программы:

реализация государственной программы с 2013 по 2015 год осуществляется в два этапа:  
 первый этап 2013 – 2015 годы;  
 второй этап 2016 – 2020 годы

Объемы бюджетных

средства областного бюджета – 44014627,7 тыс.

ассигнований государственной программы (с разбивкой по годам):	рублей, в том числе: 2013 год – 5338373,7 тыс. руб.; 2014 год – 5797687,3 тыс. руб.; 2015 год – 5272639,9 тыс. руб.; 2016 год – 5356968,4 тыс. руб.; 2017 год – 5562239,6 тыс. руб.; 2018 год – 5562239,6 тыс. руб.; 2019 год – 5562239,6 тыс. руб.; 2020 год – 5562239,6 тыс. руб.
---	---

Ожидаемые результаты реализации государственной программы:	1) снижение смертности от всех причин до 11,2 случая на 1000 населения; 2) снижение материнской смертности до 0,0 случаев на 100 тыс. родившихся живыми; 3) снижение младенческой смертности до 5,6 случая на 1000 родившихся живыми; 4) снижение смертности от болезней системы кровообращения до 618,6 случая на 100 тыс. населения; 5) снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 7,6 случая на 100 тыс. населения; 6) снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 186,6 случая на 100 тыс. населения; 7) снижение уровня заболеваемости туберкулезом до 40,0 случаев на 100 тыс. населения; 8) снижение смертности от туберкулеза до 8,2 случая на 100 тыс. населения; 9) снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10,0 литров на душу населения в год; 10) снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 30 %; 11) снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков до 15 %; 12) увеличение обеспеченности врачами до 32,5 чел. на 100 тыс. населения; 13) соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1/3,0; 14) повышение средней заработной платы врачей и работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих
--	---



медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), до 200 % от средней заработной платы в Калининградской области;

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

16) повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области до 100 % от средней заработной платы в Калининградской области;

17) увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 76,2 года.

## **РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Глава 1. Итоги развития и современное состояние сферы здравоохранения Калининградской области**

1. Система здравоохранения Калининградской области является важнейшим элементом общественной жизни и направлена на:

1) развитие человеческого капитала как ключевого приоритета системы здравоохранения;

2) улучшение демографической ситуации, укрепление физического и социального благополучия граждан;

3) удовлетворение потребностей граждан в качественной медицинской помощи.

2. Сфера здравоохранения обеспечивает необходимые характеристики трудовых ресурсов при формировании производственного потенциала Калининградской области.

3. Процессы формирования здоровья населения Калининградской области отражают общие тенденции ее социально-экономического развития.

4. Наиболее острыми проблемами здоровья населения на протяжении ряда лет являлись низкий уровень рождаемости, высокий уровень общей смертности, отрицательный естественный прирост населения. Благодаря внедрению целевых программ Калининградской области ситуация

постепенно выравнивается. Основные демографические показатели по Калининградской области представлены в таблице 1.

### Основные демографические показатели по Калининградской области

Таблица 1

№ п/п	Период	Рождаемость (на 1000 населения)		Смертность (на 1000 населения)		Естественная убыль (на 1000 населения)	
		Калинин- градская область	Российская Федерация	Калинин- градская область	Российская Федерация	Калинин- градская область	Российска я Федераци я
1	2	3	4	5	6	7	8
1	2005 год	8,9	10,2	18,1	16,1	-8,9	-5,9
2	2006 год	9,3	10,4	16,5	15,2	-7,2	-4,8
3	2007 год	10,9	11,3	15,4	14,6	-4,5	-3,3
4	2008 год	11,3	12,1	15,3	14,6	-4,0	-2,5
5	2009 год	11,5	12,4	14,6	14,2	-3,1	-1,8
6	2010 год	11,4	12,5	14,2	14,2	-2,7	-1,7
7	2011 год	11,8	11,1	13,3	14,7	-1,5	-3,6
8	2012 год	12,4	13,3	13,2	13,1	-0,8	0,2

5. Уровень рождаемости в Калининградской области в 2005 году был стабильно ниже среднероссийского и составлял 8,9 чел. на 1000 населения (10,2 чел. по Российской Федерации), в то время как уровень общей смертности был выше среднероссийского - 18,1 чел. на 1000 населения (16,1 чел. - по Российской Федерации). В 2012 году уровень рождаемости поднялся до 12,4 чел. на 1000 населения, а уровень общей смертности снизился до 13,2 чел. на 1000 населения. Но в структуре возрастных групп населения вырос удельный вес лиц старше трудоспособного возраста, вследствие чего количество пациентов с хроническими заболеваниями увеличивается и требуется существенное повышение затрат на здравоохранение.

6. Значительно снизился уровень младенческой смертности. В 2005 году он составлял 11,2 случая на 1000 родившихся живыми (среднероссийский показатель - 11,1 случая), а в 2012 году этот показатель составил 5,7 случая на 1000 родившихся живыми.

7. В структуре причин общей смертности населения Калининградской области (таблица 2) на протяжении многих лет первое место занимали болезни органов кровообращения (46,9 %), второе место - несчастные случаи, травмы и отравления (19,2 %), третье место - новообразования (10,4 %). В настоящее время ситуация изменилась.

Структура причин общей смертности населения Калининградской области за 2012 год

Таблица 2

№ п/п	Ранговое место	Причина общей смертности	Проценты
1	2	3	4
1	I	болезни органов кровообращения	53,0
2	II	новообразования	15,4
3	III	несчастные случаи, травмы и отравления	10,3

8. На территории Калининградской области по состоянию на 01 января 2013 года медицинскую помощь 946 тыс. чел. населения оказывают 114 медицинских организаций, из них 73 – медицинские организации государственной системы здравоохранения Калининградской области (далее – медицинские организации), 5 - федеральные организации, 36 - частные медицинские организации.

9. В Калининградской области создана трехуровневая система оказания медицинской помощи (рисунок 1).

Рисунок 1



10. Первый уровень – это медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению.

11. Первичная амбулаторно-поликлиническая сеть в Калининградской области представлена следующими медицинскими организациями: 15 центральных районных больниц с поликлиниками, врачебными амбулаториями и фельдшерско-акушерскими пунктами и 8 городских больниц с поликлиниками, 20 самостоятельных поликлиник, 26 женских консультаций, развернут 71 дневной стационар общей мощностью на 1327 коек.

12. Второй уровень представлен шестью межтерриториальными центрами, оказывающими квалифицированную и специализированную медицинскую помощь по наиболее востребованным профилям.

13. Третий уровень – это специализированная, в том числе высокотехнологичная помощь, которая оказывается государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области», государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области» и государственным бюджетным учреждением здравоохранения Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

14. Объемы высокотехнологичной медицинской помощи, выполненные в медицинских организациях в 2012 году, составили 219 пациентов.

15. При наличии показаний все нуждающиеся пациенты направляются для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в федеральные центры. Один из таких центров расположен на территории Калининградской области – это федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград), в котором прошли лечение в 2012 году более 1000 пациентов, 996 из них являются жителями Калининградской области.

16. За последние годы число лиц, получивших за счет ассигнований федерального бюджета высокотехнологичную медицинскую помощь (по 20 профилям), увеличилось в 3 раза: в 2008 году – 886 человек, в 2012 году – 2730 человек. Приоритетным является оказание высокотехнологичной медицинской помощи детям – 25-28 % (с учетом потребности от общего количества выделенных объемов). Из числа получивших высокотехнологичную медицинскую помощь 75 % пациентов составляют инвалиды.

17. Ежегодно в Калининградской области впервые признаются инвалидами около 7 тыс. человек. Основными причинами первичной инвалидности, в целом так же, как и в Российской Федерации, являются болезни системы кровообращения (56,8 %), злокачественные новообразования (18,9 %), болезни костно-мышечной и соединительной ткани (9,5 %). В 2012 году общая численность впервые признанных

инвалидами составила 6941 человек (89,3 случая на 10000 населения, в том числе - 427 дети-инвалиды).

18. Основными из неинфекционных выявляемых заболеваний при проведении диспансеризации работающего населения являются болезни сердечно-сосудистой системы и болезни эндокринной системы, что требует совершенствования работы в данных направлениях. Заболеваемость инфекциями, управляемыми средствами вакцинопрофилактики, сократилась по сравнению с 2000 годом: гриппом - в 38,5 раза, эпидемическим паротитом - в 14,8 раза, гепатитом В - в 28 раз. В последние годы в Калининградской области не регистрировались такие заболевания, как столбняк, дифтерия, полиомиелит, краснуха.

19. Значительное снижение уровня заболеваемости болезнями «социального неблагополучия» (наркомания, ВИЧ-инфекция, туберкулез) может быть достигнуто при существенном улучшении общего уровня и качества жизни населения Калининградской области, своевременной и качественной диагностике, улучшении информированности населения о причинах и последствиях этих заболеваний.

20. Для того чтобы добиться реального улучшения состояния здоровья населения Калининградской области, необходимо применить программно-целевой метод. Его целесообразность определяется наличием медико-экономических задач, решение которых связано с оптимизацией системы оказания медицинской помощи больным и с необходимостью мультидисциплинарного подхода к профилактике, диагностике, лечению больных.

21. Мероприятия государственной программы будут направлены на реализацию нескольких приоритетных задач системы здравоохранения Калининградской области.

22. В целях профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни, развития первичной медико-санитарной помощи запланировано развитие системы медицинской профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, первичной медико-санитарной помощи, совершенствование механизмов обеспечения населения лекарственными препаратами.

Диспансеризация взрослого населения проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 декабря 2012 года № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». План диспансеризации граждан составляется ежегодно с учетом численности жителей Калининградской области возрастной категории от 21 года и старше. В соответствии с методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2013 года № 17-9-6187 плановый показатель должен составлять не менее 70 % от общего числа указанной возрастной категории за трехлетний период. Соответственно, годовой норматив составляет 23 % от подлежащего

диспансеризации населения Калининградской области. В 2014 году диспансеризации подлежит 177628 человек.

Кроме того, ежегодно проводится диспансеризация ветеранов и участников Великой Отечественной войны, число которых в 2013 году составило 6038 человек.

В 2014 году будет проведена полная диспансеризация участников боевых действий (7217 человек).

С 2015 года диспансеризация этой категории граждан будет проводиться в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 декабря 2012 года № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

23. В целях совершенствования оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации запланированы:

- 1) улучшение материально-технической базы;
- 2) совершенствование методов лечения и реабилитации после социально значимых заболеваний;
- 3) совершенствование скорой и высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4) развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения;
- 5) развитие и внедрение технологий персонализированной медицины.

24. В целях решения задачи охраны здоровья матери и ребенка разработаны мероприятия по пропаганде здорового образа жизни, создаются условия для эффективного обследования и лечения детей, совершенствуется специализированная помощь детям, повышается эффективность службы родовспоможения и детства.

25. В целях развития медицинской реабилитации населения и совершенствования системы санаторно-курортного лечения запланированы мероприятия по внедрению эффективных диагностических, реабилитационных и экспертных технологий, переоснащению медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации, современным информационным и медицинским оборудованием и аппаратурой.

26. В целях совершенствования системы паллиативной помощи, в том числе детям, разрабатывается трехуровневая система оказания паллиативной помощи населению с учетом особенностей Калининградской области, запланировано создание выездной службы, а также реконструкция здания хосписа для создания комфортных условий не только пациентам, но и их родственникам, посетителям.

27. В целях кадрового обеспечения запланировано привлечение молодых специалистов, повышение престижа медицинских и

фармацевтических профессий, повышение социального статуса медицинских и фармацевтических работников, организация эффективной системы профессиональной подготовки кадров.

28. В целях совершенствования лекарственного обеспечения создана фармацевтическая организация в форме государственного казенного учреждения «Калининградская областная фармацевтическая компания».

29. К функциям созданного учреждения относятся получение, хранение, распределение лекарственных препаратов и медицинских изделий, а также контроль за соответствием количества заявленных медицинскими организациями лекарственных препаратов в рамках централизованного закупа и за фактическим использованием (назначением) лекарственных препаратов, закупленных за счет средств федерального и областного бюджетов.

30. Для реализации данной модели создана сеть аптек и аптечных пунктов при медицинских организациях в городе Калининграде и Калининградской области в количестве 29 пунктов отпуска, из них 21 пункт - в Калининградской области и 8 пунктов – в городе Калининграде.

31. В целях развития информатизации создается единая компьютерная сеть для обеспечения доступа медицинских работников к нормативно-справочной информации, необходимой для профессиональной деятельности, повышения оперативности и эффективности использования санитарного автотранспорта на основе централизованного управления и использования комплексов аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС, организации предоставления государственных услуг в сфере здравоохранения в электронном виде с обязательным обеспечением защиты информации, передаваемой медицинскими организациями в информационные системы федерального и областного уровней.

32. В целях совершенствования системы территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области намечено повышение качества медицинской помощи населению на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

33. Реализация государственной программы приведет к совершенствованию здравоохранения в Калининградской области, что непосредственно отразится на продолжительности и качестве жизни населения Калининградской области трудоспособного возраста, и, как следствие, на увеличении рынка рабочей силы.

34. За счет улучшения демографической ситуации вырастет численность населения, в том числе трудоспособного возраста, что приведет к активизации общественной, культурной жизни, к росту производств.

35. Гарантированная доступная качественная медицинская помощь является одним из факторов, привлекающих для работы в Калининградской области специалистов из других субъектов Российской Федерации.

36. Ресурсное обеспечение государственной программы за счет средств областного бюджета определено с учетом необходимости достижения

индикаторов, определенных указами Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной помощи», № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации», а также предусмотренных государственной программой Российской Федерации «Социально-экономическое развитие Калининградской области до 2020 года», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 марта 2013 года № 461-р.

## **Глава 2. Прогноз развития здравоохранения Калининградской области**

37. Развитие здравоохранения Калининградской области в период до 2020 года, помимо необходимости решения существующих проблем, связано с рядом общемировых тенденций, уже сейчас приводящих к необходимости перестройки системы здравоохранения. Структура программы охватывает как направления, связанные с обеспечением решения первоочередных проблем профилактики и предотвращения смертности и заболеваемости населения, так и направления, обеспечивающие развитие системы охраны здоровья.

38. Прогноз развития здравоохранения Калининградской области осуществляется на основе показателей, позволяющих определить степень решения задач и достижения цели государственной программы. Показатели результатов реализации государственной программы представлены в приложении № 1 к настоящей государственной программе.

39. В части основных показателей государственной программы к 2020 году прогнозируются:

- 1) снижение смертности от всех причин до 11,2 случая на 1000 населения;
- 2) снижение материнской смертности до 0,0 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;
- 3) снижение младенческой смертности до 5,6 случая на 1000 родившихся живыми;
- 4) снижение смертности от болезней системы кровообращения до 618,6 случая на 100 тыс. населения;
- 5) снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 7,6 случая на 100 тыс. населения;
- 6) снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 186,6 случая на 100 тыс. населения;
- 7) снижение уровня заболеваемости туберкулезом до 40,0 случаев на 100 тыс. населения;
- 8) снижение смертности от туберкулеза до 8,2 случая на 100 тыс. населения;



- 9) снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10,0 литров на душу населения в год;
- 10) снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 30 %;
- 11) снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков до 15 %;
- 12) увеличение обеспеченности врачами до 32,5 чел. на 100 тыс. населения;
- 13) соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1/3,0;
- 14) 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 Калининградской области;
- 15) повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций до 100 % от средней заработной платы в Калининградской области;
- 16) повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций до 100 % от средней заработной платы в Калининградской области;
- 17) увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 76,2 года.

## **РАЗДЕЛ II. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Глава 1. Приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения Калининградской области**

40. Государственная политика в сфере здравоохранения Калининградской области основывается на Конституции Российской Федерации. Положения Конституции Российской Федерации получили более глубокое рассмотрение в Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иных нормативно-правовых актах Российской Федерации. Граждане России независимо от пола, расы, языка, национальности, должностного и социального положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, иных обстоятельств имеют право на охрану здоровья.

41. Законодательство Российской Федерации и Калининградской области определяет государственную политику в области охраны здоровья населения, правовые и экономические основы деятельности системы

здравоохранения, регулирует общественные отношения в области охраны здоровья населения.

42. Основными направлениями государственной политики Калининградской области в области охраны здоровья населения являются:

- 1) создание условий для сохранения и укрепления здоровья населения;
- 2) профилактическая работа, направленная на сохранение здоровья населения;
- 3) приоритетное медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение;
- 4) охрана материнства и детства;
- 5) обеспечение развитие здравоохранения в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

## **Глава 2. Цель, задачи и показатели (индикаторы) достижения цели и решения задач государственной программы**

43. Цель государственной программы:

обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Калининградской области, передовым достижениям медицинской науки.

44. Задачи государственной программы:

- 1) выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний в государственных учреждениях здравоохранения Калининградской области;
- 2) совершенствование первичной медико-санитарной помощи;
- 3) совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С;
- 4) увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением;
- 5) совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств;
- 6) снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;
- 7) снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;
- 8) поддержка развития службы крови;
- 9) повышение эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- 10) повышение эффективности службы родовспоможения и детства;

11) разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры систем медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;

12) создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам;

13) обеспечение государственных учреждений здравоохранения Калининградской области квалифицированными специалистами;

14) повышение социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников;

15) повышение профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников;

16) обеспечение взаимодействия государственных учреждений здравоохранения Калининградской области с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»;

17) повышение престижа и социальной значимости медицинских и фармацевтических специальностей;

18) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания льготных категорий граждан областного уровня ответственности;

19) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями;

20) организация персонифицированного учета оказания медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты, записи к врачу в электронном виде и ведения единого регистра медицинских работников;

21) обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины.

45. Достижение поставленной цели и решение задач позволит:

1) улучшить доступность медицинской помощи за счет решения кадровой проблемы, совершенствования организации работы медицинских организаций первого уровня;

2) улучшить качество медицинской помощи за счет приобретения нового диагностического оборудования и хирургического инструментария, профессионального обучения медицинского персонала;

3) улучшить информированность населения о факторах риска развития заболеваний, мерах профилактики и мотивировать его вести здоровый образ жизни;

4) снизить смертность и увеличить продолжительность жизни населения.

46. Достижение цели государственной программы и решение поставленных задач государственной программы будет осуществлено путем реализации мероприятий государственной программы.

47. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задач государственной программы:

- 1) смертность от всех причин;
- 2) материнская смертность;
- 3) младенческая смертность;
- 4) смертность от болезней системы кровообращения;
- 5) смертность от дорожно-транспортных происшествий;
- 6) смертность от новообразований (в том числе от злокачественных);
- 7) заболеваемость туберкулезом;
- 8) смертность от туберкулеза;
- 9) потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь);
- 10) распространенность потребления табака среди взрослого населения;
- 11) распространенность потребления табака среди детей и подростков;
- 12) обеспеченность врачами;
- 13) соотношение врачей и среднего медицинского персонала;
- 14) средняя заработная плата врачей и работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), от средней заработной платы в Калининградской области;
- 15) средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в Калининградской области;
- 16) средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в Калининградской области;
- 17) ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

48. Показатель смертности от всех причин определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 06 мая 2008 года № 671-р (далее – Федеральный план статистических работ) (пункт 2.1.10).

49. Показатель материнской смертности характеризует эффективность деятельности родильных домов и свидетельствует о качестве оказываемой

медицинской помощи, относится к критериям оценки уровня развития здравоохранения в Калининградской области в целом. Данный показатель определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8).

50. Показатель младенческой смертности – базовый статистический показатель демографии, характеризующий общее состояние здоровья населения, уровень жизни населения страны, региона, города. Данный показатель определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8).

51. Показатель смертности от болезней системы кровообращения определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8).

52. Показатель смертности от дорожно-транспортных происшествий позволяет количественно оценить конечные результаты реализации государственной программы с позиций обеспечения медицинской помощью населения Калининградской области, в том числе пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий. Данный показатель определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8).

53. Показатель смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8).

54. Показатель заболеваемости туберкулезом характеризует уровень, частоту распространения туберкулеза среди всего населения, а также в возрастных, половых, социальных, профессиональных и других группах населения.

Данный показатель определяется по формуле:

$$Z_t = \frac{N_z}{N_o} \times 100000, \text{ где:}$$

$Z_t$  – заболеваемость туберкулезом;

$N_z$  – число зарегистрированных в отчетном периоде (год) заболеваний туберкулезом (всего) по форме № 33 государственного статистического наблюдения;

$N_o$  – среднегодовая численность населения.

55. Показатель смертности от туберкулеза определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8).

56. Показатель потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) характеризует эффективность проводимых мероприятий по формированию здорового образа жизни у граждан, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Данный показатель определяется по формуле:

$$P_a = \frac{C_a}{C_n}, \text{ где:}$$

$P_a$  – потребление алкогольной продукции на душу населения;

$C_a$  – потребление алкогольной продукции в перерасчете на этиловый спирт (абсолютный алкоголь);

$C_n$  – среднегодовая численность населения.

57. Показатель распространенности потребления табака среди взрослого населения характеризует эффективность проводимых мероприятий по формированию здорового образа жизни у граждан, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Данный показатель определяется по формуле:

$$P_k = \frac{C_k}{C_n} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$P_k$  – доля курящих среди взрослого населения в %;

$C_n$  – численность взрослого населения репрезентативной выборки;

$C_k$  – число курящих среди взрослого населения репрезентативной выборки.

58. Показатель распространенности потребления табака среди детей и подростков характеризует эффективность проводимых мероприятий по формированию здорового образа жизни у детей и подростков, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Данный показатель определяется по формуле:

$$P_k = \frac{C_k}{C_n} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$P_k$  – доля курящих среди детей и подростков в %;

$C_n$  – численность детей и подростков репрезентативной выборки;

$C_k$  – число курящих среди детей и подростков репрезентативной выборки.

59. Показатель обеспеченности врачами характеризует доступность оказания медицинской помощи населению.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_v = \frac{C_v}{C_n} \times 100000, \text{ где:}$$

$O_v$  – обеспеченность врачами на 100000 населения;

$C_v$  – численность врачей в отчетном периоде (год) по форме № 17 государственного статистического наблюдения;

$C_n$  – численность населения в отчетном периоде.

60. Показатель соотношения врачей и среднего медицинского персонала характеризует доступность и качество оказания медицинской помощи населению.

Данный показатель определяется по формуле:

$$C_{вмс} = \frac{C_{мс}}{C_v}, \text{ где:}$$

$C_{вмс}$  – соотношение врачей и среднего медицинского персонала;

$C_{мс}$  – численность среднего медицинского персонала в отчетном периоде (год) по форме № 17 государственного статистического наблюдения;

$C_v$  – численность врачей в отчетном периоде (год) по форме № 17 государственного статистического наблюдения.

61. Показатель средней заработной платы врачей и работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), от средней заработной платы в Калининградской области.

Данный показатель определяется по формуле:

$$CЗП_v = \frac{ЗП_v}{ЗП_{ко}} \times 100 \% , \text{ где:}$$

$CЗП_v$  – соотношение средней заработной платы врачей и работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в Калининградской области;

$ЗП_v$  – средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг);

$ЗП_{ко}$  – средняя заработная плата в Калининградской области.

Данный показатель определяется ежемесячно по формам отчетности, которые утверждены приказом Министерства финансов Калининградской области от 29 декабря 2012 года № 530, приказом Министерства социальной политики Калининградской области от 29 декабря 2012 года № 225 «Об утверждении форм отчетности для организации мониторинга численности и оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации

государственной социальной политики». Отчетность представляется медицинскими организациями в адрес Министерства здравоохранения Калининградской области.

62. Показатель средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в Калининградской области.

Данный показатель определяется по формуле:

$$СЗП_{смп} = \frac{ЗП_{смп}}{ЗП_{ко}} \times 100\% , \text{ где:}$$

$СЗП_{смп}$  – соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций от средней заработной платы в Калининградской области;

$ЗП_{смп}$  – средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций;

$ЗП_{ко}$  – средняя заработная плата в Калининградской области.

Данный показатель определяется ежемесячно по формам отчетности, которые утверждены приказом Министерства финансов Калининградской области от 29 декабря 2012 года № 530, приказом Министерства социальной политики Калининградской области от 29 декабря 2012 года № 225 «Об утверждении форм отчетности для организации мониторинга численности и оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Отчетность представляется медицинскими организациями в адрес Министерства здравоохранения Калининградской области.

63. Показатель средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в Калининградской области.

Данный показатель определяется по формуле:

$$СЗП_{мпм} = \frac{ЗП_{мпм}}{ЗП_{ко}} \times 100\% , \text{ где:}$$

$СЗП_{мпм}$  – соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций и средней заработной платы в Калининградской области;



$ЗП_{мин}$  – средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций;

$ЗП_{ко}$  – средняя заработная плата в Калининградской области.

Данный показатель определяется ежемесячно по формам отчетности, которые утверждены приказом Министерства финансов Калининградской области от 29 декабря 2012 года № 530, приказом Министерства социальной политики Калининградской области от 29 декабря 2012 года № 225 «Об утверждении форм отчетности для организации мониторинга численности и оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Отчетность представляется медицинскими организациями в адрес Министерства здравоохранения Калининградской области.

64. Показатель «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» – важнейший интегральный демографический показатель, характеризующий уровень смертности населения. Данный показатель определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 2.1.1).

### **Глава 3. Описание основных ожидаемых конечных результатов государственной программы**

65. В результате реализации государственной программы планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) снижение смертности от всех причин до 11,2 случая на 1000 населения;

2) снижение материнской смертности до 0,0 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;

3) снижение младенческой смертности до 5,6 случая на 1000 родившихся живыми;

4) снижение смертности от болезней системы кровообращения до 618,6 случая на 100 тыс. населения;

5) снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 7,6 случая на 100 тыс. населения;

6) снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 186,6 случая на 100 тыс. населения;

7) снижение уровня заболеваемости туберкулезом до 40,0 случаев на 100 тыс. населения;

8) снижение смертности от туберкулеза до 8,2 случая на 100 тыс. населения;

9) снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10,0 литров на душу населения в год;

10) снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 30 %;

11) снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков до 15 %;

12) увеличение обеспеченности врачами до 32,5 чел. на 100 тыс. населения;

13) соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1/3,0;

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

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

16) повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений Калининградской области до 100 % от средней заработной платы в Калининградской области;

17) увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 76,2 года.

#### **Глава 4. Сроки и этапы реализации государственной программы**

66. Государственная программа рассчитана на восемь лет с 2013 по 2020 год и реализуется в два этапа:

1) первый этап 2013 – 2015 годы;

2) второй этап 2016 – 2020 годы.

67. На первом этапе планируется создание трехуровневой системы оказания реабилитационной и паллиативной помощи, осуществление подготовки кадров в сфере здравоохранения Калининградской области, обновление автопарка скорой и неотложной медицинской помощи, совершенствование оказания медицинской помощи в сельской местности, организация оказания стоматологической помощи в дошкольных образовательных организациях, проведение ремонтных работ на существующих объектах здравоохранения и планирование строительства новых объектов (онкологического диспансера, центральных районных больниц, поликлиник).

68. На втором этапе планируется дальнейшее совершенствование системы оказания медицинской помощи, строительство новых объектов здравоохранения.

### **РАЗДЕЛ III. ОБОБЩЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

69. Реализация государственной программы приведет к совершенствованию здравоохранения в Калининградской области, что непосредственно отразится на продолжительности и качестве жизни населения Калининградской области трудоспособного возраста, и, как следствие, на увеличении рынка рабочей силы.

70. За счет улучшения демографической ситуации вырастет численность населения, в том числе трудоспособного возраста, что приведет к активизации общественной, культурной жизни, к росту производств.

71. Гарантированная доступная качественная медицинская помощь является одним из факторов, привлекающих на работу в Калининградскую область специалистов из других субъектов Российской Федерации.

72. В рамках реализации государственной программы будет осуществлено внедрение порядков и стандартов медицинской помощи, осуществлена унификация оснащения медицинских организаций, оптимизирована этапность оказания медицинской помощи, обеспечивающая оптимальную маршрутизацию потока пациентов, создана система, способствующая хозяйственной самостоятельности медицинских организаций и ориентированности на результат и качество оказания стационарной медицинской помощи.

73. Мероприятия государственной программы будут способствовать развитию службы родовспоможения и детства, совершенствованию специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитию практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий, развитию специализированной помощи детям, разработке и внедрению в педиатрическую практику инновационных достижений.

74. В результате реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской реабилитации, снизится заболеваемость населения, особенно у часто и длительно болеющих детей и подростков, пациентов с хроническим течением заболеваний сердечно-сосудистой системы, болезней органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, увеличится продолжительность активного трудоспособного периода жизни населения.

#### **РАЗДЕЛ IV. ОБОБЩЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ И ОПИСАНИЕ МЕР ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

75. Сведения об основных мерах правового регулирования государственной программы представлены в приложении № 3 к настоящей государственной программе и направлены на достижение ее целевых показателей. Принятие других мер государственного регулирования (кроме мер правового регулирования) не требуется.

#### **РАЗДЕЛ V. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

76. Прогноз сводных показателей государственного задания на оказание государственных услуг (работ) государственными учреждениями Калининградской области представлен в приложении № 4 к настоящей государственной программе.

77. В ходе исполнения государственной программы будет производиться корректировка параметров и ежегодных планов ее реализации в рамках бюджетного процесса.

#### **РАЗДЕЛ VI. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

78. На территории Калининградской области здравоохранение представлено государственной и частной системами здравоохранения.

79. Полномочия органов местного самоуправления в сфере здравоохранения определены статьей 17 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

80. Средства областного бюджета на реализацию перечисленных в статье 17 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не предусмотрены.

81. Государственная система здравоохранения представлена федеральными государственными учреждениями здравоохранения и

государственными учреждениями здравоохранения Калининградской области.

82. Реализация программных мероприятий обеспечивается в том числе средствами обязательного медицинского страхования, предоставляемыми территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Программными мероприятиями предусмотрено обеспечение взаимодействия государственных учреждений Калининградской области с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» в целях подготовки медицинских кадров для нужд здравоохранения Калининградской области.

83. В целях повышения значимости и поднятия престижа медицинских профессий в рамках программных мероприятий будет осуществляться взаимодействие с общественными организациями, средствами массовой информации.

84. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации государственной программы не предусмотрено.

## **РАЗДЕЛ VII. ОБОСНОВАНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОДПРОГРАММ В СОСТАВЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

85. Подпрограммы государственной программы выделены исходя из цели с учетом специфики механизмов решения определенных задач.

86. Решение задач, связанных с обеспечением приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи, предусмотрено подпрограммой «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013-2020 годы».

87. Решение задач, связанных с повышением эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации, будет осуществляться в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на 2013-2020 годы».

88. Задачи развития и создания необходимых условий для сохранения здоровья населения Калининградской области и оказания услуг путем сотрудничества государственных и частных структур будут решаться в рамках подпрограммы «Развитие государственно-частного партнерства на 2013-2020 годы».

89. Решение задач, связанных с повышением эффективности службы

родовспоможения и детства, будет осуществляться в рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013-2020 годы».

90. Решение задач, связанных с совершенствованием системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детей, будет осуществляться в рамках подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на 2013-2020 годы».

91. Задачи обеспечения медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей, будут решаться в рамках подпрограммы «Оказание паллиативной помощи на 2013-2020 годы».

92. Задачи обеспечения системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами будут решаться в рамках подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы».

93. Решение задач, связанных с обеспечением лекарственными препаратами и развитием данной сферы, предусмотрено подпрограммой «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы».

94. Задачи развития информационного обеспечения учреждений здравоохранения будут решаться в рамках подпрограммы «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы».

95. Решение задач, связанных с повышением территориального планирования, предусмотрено подпрограммой «Совершенствование системы территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы».

## **РАЗДЕЛ VIII. ОБЪЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

96. Объем финансового обеспечения реализации государственной программы за счет средств областного бюджета составляет 44014627,7 тыс. руб., в том числе по годам:

2013 год – 5338373,7 тыс. руб.;

2014 год – 5797687,3 тыс. руб.;

2015 год – 5272639,9 тыс. руб.;

2016 год – 5356968,4 тыс. руб.;

2017 год – 5562239,6 тыс. руб.;

2018 год – 5562239,6 тыс. руб.;

2019 год – 5562239,6 тыс. руб.;

2020 год – 5562239,6 тыс. руб.

Объемы указанных средств являются прогнозными и подлежат ежегодному уточнению.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств областного бюджета приведено в таблице 3.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы

Таблица 3

№ п/п	Наименование подпрограммы	Объем финансирования (тыс. рублей)										
		всего	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013-2020 годы»	675142,1	188268,8	236455,3	6874,8	6874,8	59167,1	59167,1	59167,1	59167,1	59167,1	
2	Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на 2013-2020 годы»	1739180,9	230467,7	245655,6	171161,9	170619,3	230319,1	230319,1	230319,1	230319,1	230319,1	
3	Подпрограмма «Развитие государственно-частного	в счет текущего финансирования медицинских организаций										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	партнерства на 2013-2020 годы»									
4	Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013-2020 годы»	681066,6	43255,7	82012,1	39243,0	33828,6	120681,8	120681,8	120681,8	120681,8
5	Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и совершенствование системы санаторно-курортного лечения на 2013-2020 годы»	в счет текущего финансирования медицинских организаций								
6	Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи на 2013-2020 годы»									
7	Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы»	113747,1	17557,5	20326,1	12784,5	12615,8	12615,8	12615,8	12615,8	12615,8
8	Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы»	1678287,5	258948,9	361695,3	166885,2	173010,9	179436,8	179436,8	179436,8	179436,8



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9	Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы»									
		в счет текущего финансирования медицинских организаций								
10	Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы»	39127203,5	4599875,1	4851542,9	4875690,5	4960019,0	4960019,0	4960019,0	4960019,0	4960019,0
11	Всего	44014627,7	5338373,7	5797687,3	5272639,9	5356968,4	5562239,6	5562239,6	5562239,6	5562239,6

## **РАЗДЕЛ IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ И ОСНОВНЫХ МЕР УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

97. В рамках реализации государственной программы могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

98. Правовые риски связаны с изменением федерального и областного законодательства, длительностью формирования нормативно-правовой базы, необходимой для эффективной реализации государственной программы. Это может привести к существенному увеличению планируемых сроков или изменению условий реализации мероприятий государственной программы.

Для предотвращения данной угрозы необходимо проводить регулярный мониторинг изменений в федеральном и областном законодательстве в сферах действия государственной программы.

99. Финансовые риски связаны с возникновением бюджетного дефицита и относительной сложностью привлечения инвестиций в сферу здравоохранения.

Способами ограничения финансовых рисков являются: ежегодное уточнение объемов финансовых средств, предусмотренных на реализацию мероприятий государственной программы, в зависимости от достигнутых результатов, определение приоритетов для первоочередного финансирования, планирование бюджетных расходов с применением методик оценки эффективности бюджетных расходов, проведение целенаправленной работы по привлечению внебюджетных источников финансирования.

100. Административные риски связаны с неэффективным управлением государственной программой, что может повлечь за собой неисполнение мероприятий государственной программы, недостижение плановых показателей. Для предотвращения этих рисков необходимо обеспечить четкую координацию действий соисполнителей и участников государственной программы, повысить ответственность руководителей и сотрудников органов власти и учреждений за выполнение государственной программы, обеспечить регулярность и публичность отчетности по показателям государственной программы.

101. Кадровые риски могут возникнуть в результате недостаточности квалификации работников в сферах реализации государственной программы. Эти риски можно минимизировать посредством реализации систематических программ повышения квалификации и привлечения на работу высококвалифицированных кадров.

## **РАЗДЕЛ X. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ**

102. Оценка эффективности реализации государственной программы проводится в соответствии с положением об оценке эффективности реализации государственной программы Калининградской области, утвержденным постановлением Правительства Калининградской области от 09 августа 2012 года № 565 «Об утверждении порядка разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Калининградской области».

## **РАЗДЕЛ XI. ПОДПРОГРАММА «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА 2013-2020 ГОДЫ»**

### **Паспорт подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013-2020 годы»**

<p>Ответственный исполнитель подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 1):</p>	<p>Министерство здравоохранения Калининградской области</p>
<p>Соисполнители подпрограммы 1:</p>	<p>1) Министерство финансов Калининградской области; 2) Агентство по делам молодежи Калининградской области; 3) Агентство по спорту Калининградской области</p>
<p>Участники подпрограммы 1:</p>	<p>органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области;</p>

	<p>государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения;</p> <p>общественные организации;</p> <p>организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства</p>
Программно-целевые инструменты подпрограммы 1:	<p>целевая программа Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»;</p> <p>целевая программа Калининградской области «Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и общих врачебных практик в Калининградской области на 2012 – 2014 годы»;</p> <p>целевая программа Калининградской области «Профилактика злоупотребления алкогольной продукцией и алкоголизма среди населения на 2012-2014 годы»;</p> <p>целевая программа Калининградской области «Областная инвестиционная программа на 2009-2014 годы»</p>
Цель подпрограммы 1:	увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний
Задачи подпрограммы 1:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях;</li> <li>2) совершенствование первичной медико-санитарной помощи</li> </ol>
Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 1:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) охват диспансеризацией взрослого населения, %;</li> <li>2) охват профилактическими медицинскими осмотрами детей, %;</li> <li>3) охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, %;</li> <li>4) смертность от самоубийств, случаев на 100 тыс. населения;</li> <li>5) доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадиях, %;</li> <li>6) охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез, %</li> </ol>

Этапы и сроки реализации подпрограммы 1:	подпрограмма 1 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа: первый этап: 2013 - 2015 годы второй этап: 2016 - 2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 1 (с разбивкой по годам):	средства областного бюджета – 675142,1 тыс. рублей, в том числе: 2013 год – 188268,8 тыс. рублей; 2014 год – 236455,3 тыс. рублей; 2015 год – 6874,8 тыс. рублей; 2016 год – 6874,8 тыс. рублей; 2017 год – 59167,1 тыс. рублей; 2018 год – 59167,1 тыс. рублей; 2019 год – 59167,1 тыс. рублей; 2020 год – 59167,1 тыс. рублей
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 1:	1) сохранение охвата диспансеризацией взрослого населения до 23,0 %; 2) увеличение охвата профилактическими осмотрами детей до 85,0 %; 3) сохранение охвата диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, до 100,0 %; 4) снижение смертности от самоубийств до 16,0 случаев на 100 тыс. населения; 5) увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадиях до 56,7 %; 6) увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез до 80,0 %

## **РАЗДЕЛ XI.I. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 1, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

103. Демографическая ситуация в Калининградской области, как и в целом по России, на фоне относительной стабилизации показателей здоровья населения остается напряженной уже на протяжении ряда последних лет.

104. Отличительными особенностями климата Калининградской области являются значительное количество дождливых дней, повышенная влажность воздуха и недостаточная инсоляция, ограничивающие эффективность оздоровления организма природными факторами.

105. Кроме того, относительно высокая плотность населения (62 человека на квадратный километр) способствует более высокому риску

распространения сезонных вспышек инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей.

106. Такие поведенческие факторы образа жизни населения Калининградской области, как злоупотребление алкоголем, нерациональное (нездоровое) питание, низкая физическая активность, приводят к развитию биологических факторов риска развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет).

107. Предпосылки возникновения болезней системы кровообращения появляются уже в детском и подростковом возрасте: 20 % случаев артериальной гипертонии и 50 % случаев ожирения имеют место у тех, кто имел их в детском возрасте. До 18 лет начинают курить свыше 80 % юношей и 50 % девушек.

108. 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. Для этого имеются научно-обоснованные эффективные немедикаментозные и медикаментозные методы профилактики и снижения уровней факторов риска, а также снижения развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний.

109. В настоящее время на территории Калининградской области реализуется комплекс профилактических мер, направленных на улучшение демографической ситуации, формирование здорового образа жизни.

110. Принятые за последние годы (с 2005 года по 2011 год) меры по улучшению организации здравоохранения способствовали снижению общей смертности населения от 18,1 до 13,2 на 1000 человек населения и, наряду с повышением рождаемости, позволили снизить отрицательную тенденцию естественной убыли населения.

111. В 2005 году естественная убыль населения составляла 9,2 чел. на 1 тыс. населения. В 2012 году этот показатель составил 0,8 чел. на 1 тыс. населения.

112. На протяжении последних 5 лет в Калининградской области сохраняется высокий уровень заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Патология сердечно-сосудистой системы является основной причиной смертности в Калининградской области и составляет 51 % в общей структуре смертности. Показатель общей смертности от сердечно-сосудистой патологии в 2012 году составил 700,4 случая на 100 тысяч населения. Летальность от инфарктов миокарда (первичного и повторного) в стационарах Калининградской области - 19,2 %. Практически каждого пятого пациента, поступающего в стационар с инфарктом миокарда, спасти не удастся.

113. Смертность от инсульта является не менее важной медико-социальной проблемой. В Калининградской области сосудистые заболевания мозга занимают второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения. Смертность составляет 201,5 случая на 100 тыс. населения.

Летальность в стационаре - 19,1 %. Показатель инвалидности от инсульта в Калининградской области составляет 12,1 случая на 10 тыс. населения.

114. В 2012 году в Калининградской области зарегистрировано 3372 новых случая злокачественных новообразований. Отмечается рост злокачественных новообразований визуальной локализации. Структура злокачественных новообразований в целом за 2012 год, в сравнении с 2010 и 2011 годами, не изменилась. Удельный вес впервые установленных диагнозов злокачественных новообразований в I и II стадиях заболевания составил 62,7 %.

115. Недостаточная информированность населения о первых признаках проявления злокачественных новообразований и, как следствие, поздняя обращаемость за медицинской помощью, изменение возрастного состава населения Калининградской области (старение) отрицательно влияют на исход заболевания, на показатель одногодичной летальности и пятилетнюю выживаемость населения.

116. С целью улучшения ранней диагностики онкологических заболеваний, повышения показателя ранней обращаемости по поводу обследования и лечения Министерством здравоохранения Калининградской области осуществляется активное информирование населения о первых проявлениях новообразований и важности полного обследования. Привлекаются специалисты-онкологи из субъектов Российской Федерации, в 2012 году проведен международный медицинский форум «Проблемы онкологии. Взгляд двух континентов» по актуальным вопросам онкологии с обсуждением и проведением консультаций пациентов.

117. Оказание медицинской помощи лицам, страдающим алкогольной зависимостью, осуществляется в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Наркологический диспансер Калининградской области». На базе государственных учреждений здравоохранения Калининградской области в муниципальных образованиях Калининградской области действуют наркологические кабинеты, оказывающие помощь взрослому и детскому населению. В 2012 году активизирована работа по созданию сквозной (от выявления до излечения) поэтапной лечебно-реабилитационной системы для оказания помощи лицам, имеющим различные формы зависимого поведения. Открыт низкопороговый пункт анонимного консультирования граждан с наркотической и алкогольной зависимостью. Создана единая компьютерная база данных лиц, больных алкоголизмом. Уровень первичной заболеваемости алкогольной зависимостью снизился с 81,8 случая на 100 тыс. населения в 2011 году и до 77,2 случая на 100 тыс. населения в 2012 году. Вырос удельный вес лиц с алкогольными расстройствами, успешно завершивших реабилитационные программы, с 0,41 случая на 100 больных до 2,5 случая на 100 больных.

118. Мероприятия по профилактике злоупотребления алкогольной продукцией среди населения Калининградской области предусмотрены целевой программой Калининградской области «Профилактика

злоупотребления алкогольной продукцией и алкоголизма среди населения Калининградской области на 2012 - 2014 годы», утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 07 февраля 2013 года № 44. Целью данной подпрограммы является снижение уровня потребления алкогольной продукции населением Калининградской области.

119. В 2012 году в Калининградской области зарегистрировано 16 019 случаев заболеваний психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (наркологических заболеваний). Общая распространенность наркологических заболеваний в Калининградской области значительно ниже (1700,8 чел. на 100 тыс. населения), чем в Российской Федерации (2114,5 чел.) и характеризуется более высокими темпами снижения.

120. В 2012 году впервые выявлено 1285 больных наркологическими заболеваниями (136,2 чел. на 100 тыс. населения), что на 46,2 % меньше, чем в Российской Федерации. За период с 2008 года по 2011 год выявляемость наркологических заболеваний в Калининградской области снизилась на 43,4 % (в Российской Федерации на 16,9 %).

121. Проводимые в Калининградской области профилактические мероприятия по пропаганде здорового образа жизни - в местной печати, на телевидении, радио (особенно на селе) - способствовали снижению заболеваемости сифилисом и другими инфекциями, передаваемыми половым путем.

122. Наиболее распространенный путь передачи острых вирусных гепатитов - половой (58,3 %), 34,7 % заболевших инфицировались при использовании инъекционных наркотиков в немедицинских целях. На долю лиц, заразившихся от хронических больных в результате бытового контакта, приходится 7,0 %.

123. Для оценки напряженности иммунитета и эффективности проводимой вакцинации у лиц, завершивших курс вакцинации против гепатита В более 5 лет назад, с 2013 года проводятся лабораторные исследования крови.

124. Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие и прогрессирование многих неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет), как до, так и после появления клинических симптомов.

125. В Калининградской области, по результатам проведенного анкетирования, курят 71 % мужчин, 39 % женщин трудоспособного населения в возрасте 18-60 лет и 44 % подростков в возрасте 14-17 лет.

126. Курение считают вредной привычкой 37 % из числа опрошенных калининградцев, зависимостью – 46 %, неизлечимой болезнью – 12 %, не смогли определить свое отношение к курению 5 % респондентов.

127. По мнению 13 % опрошенных взрослых, бросить курить - легко, 51 % считают, что это трудно, 4 % считают, что невозможно, 32 % не



задумывались об этом. При этом 21 % из числа опрошенных пытались бросить курить, но безуспешно.

128. Специалисты государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» изучали распространенность табакокурения среди работников образовательной сферы и медицинских работников. Как показало исследование, среди специалистов образования в настоящее время курит более 10 %, а опыт курения имеют более половины педагогов. Следует отметить, что доля курящих или куривших мужчин превышает данный показатель почти в два раза среди их коллег женского пола. Более 80 % специалистов образования согласны с утверждением, что необходимо ограничивать курение среди работников образования. Большинство считают, что лучший способ борьбы с курением - это убеждение, так думает 60 % респондентов, 9 % считают, что табакокурение необходимо лечить, 7 % специалистов предлагают запретительные меры и 10 % - другие способы борьбы с курением.

129. Проблемные вопросы оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

130. Численность населения Калининградской области, проживающего в сельской местности, на 01 января 2012 года составляла 214 тыс. человек (22,8 %), число сельских населенных пунктов – 1073 единицы.

131. Для оказания медицинской помощи сельскому населению в Калининградской области функционируют 15 центральных районных больниц, 4 городские больницы, 12 врачебных амбулаторий, 7 участковых больниц, 199 фельдшерско-акушерских пунктов. В рамках программы модернизации здравоохранения запланировано дальнейшее совершенствование первичной медико-санитарной помощи, в первую очередь, ремонт и оснащение оборудованием фельдшерско-акушерских пунктов и офисов врачей общей практики.

132. Получила развитие выездная работа с целью приближения специализированной помощи населению по профилям: офтальмология, кардиология, онкология, фтизиатрия, эндокринология, дерматовенерология. Выездная работа осуществляется специалистами медицинских организаций. Министерством здравоохранения Калининградской области осуществлено зонирование Калининградской области с прикреплением территорий к межрайонным центрам. Разработан и утвержден график выезда врачебных бригад медицинских организаций в муниципальные образования Калининградской области.

133. Фельдшерско-акушерские пункты обслуживают 1073 сельских населенных пункта. Многие фельдшерско-акушерские пункты расположены в старых зданиях, не соответствующих современным требованиям по набору помещений, обеспечению коммуникациями, оснащению оборудованием. В связи с этим постановлением Правительства Калининградской области от 23 апреля 2012 года № 278 утверждена целевая программа Калининградской

области «Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и общих врачебных практик в Калининградской области на 2012-2014 годы».

134. Данной целевой программой предусмотрена установка 9 модульных офисов врачей общей практики и 33 модульных фельдшерско-акушерских пунктов. Одновременно планируется приобретение оборудования, автотранспорта, обучение медицинского персонала.

135. Количество населенных пунктов Калининградской области с численностью населения до 100 человек – 641 единица. Расстояния между населенными пунктами часто составляют от 3 до 5 км. Дорожная сеть развита, поэтому обслуживание сельских населенных пунктов медицинским работником не затруднено, особенно при наличии автотранспорта.

136. Населенные пункты с численностью населения от 100 до 300 человек обслуживает 21 фельдшерско-акушерский пункт. Число фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих населенные пункты с населением до 1200 человек, - 156 единиц, свыше 1200 человек – 26 единиц (таблица 4).

#### Нормативы обслуживания сельского населения

Таблица 4

№ п/п	Наименование показателя	Калининградская область, всего	Сельская местность
1	2	3	4
1	Количество человек на 01 января 2012 года	941474	211095 (22,4%)
2	Количество сельских населенных пунктов	1073	1073
3	Количество населенных пунктов с населением менее 100 человек	0	641
4	Количество населенных пунктов с населением от 100 до 300 человек	0	200
5	Количество населенных пунктов с населением от 300 до 700 человек	0	160
6	Количество населенных пунктов с населением от 700 до 1500 человек	0	52
7	Количество населенных пунктов с населением свыше 1500 человек	46	20

137. Организация оказания медицинской помощи сельскому населению приведена в таблице 5.

## Организация оказания медицинской помощи сельскому населению

Таблица 5

№ п/п	Распределение населенных пунктов по численности населения	Количество населенных пунктов	Организация оказания медицинской помощи
1	2	3	4
1	До 100 человек	641 (из них 18 без населения по данным Росстата)	<p>Жители населенных пунктов с численностью населения до 100 человек прикреплены территориально к близлежащим населенным пунктам с действующими фельдшерско-акушерскими пунктами.</p> <p>С радиусом обслуживания от 1 до 3 км прикреплены по 5 населенных пунктов к 36 фельдшерско-акушерским пунктам, с радиусом обслуживания от 4 до 5 км прикреплены по 4 населенных пункта к 65 фельдшерско-акушерским пунктам, с радиусом обслуживания от 6 до 7 км прикреплены по 4 населенных пункта к 44 фельдшерско-акушерским пунктам. Оказание врачебной помощи осуществляется в 15 центральных районных больницах, 4 городских больницах, 7 участковых больницах и 12 врачебных амбулаториях. Организована работа по выезду фельдшеров действующих фельдшерско-акушерских пунктов и врачей центральных районных больниц во все населенные пункты.</p>
2	От 100 до 300 человек	200	<p>Жителям населенных пунктов с численностью населения от 100 до 300 человек оказывается первичная медико-санитарная помощь в 21 фельдшерско-акушерском пункте. К каждому территориально прикреплены по 4 населенных пункта с радиусом обслуживания от 1 до 3 км, по 3 близлежащих населенных пункта с радиусом обслуживания от 4 до 5 км, и по 3 населенных пункта с радиусом обслуживания от 6 до 7 км. Врачебная помощь оказывается в 15 центральных районных больницах и 4 городских больницах. Организована работа по выезду фельдшеров действующих фельдшерско-акушерских пунктов и врачей центральных районных больниц во все населенные пункты по плану-графику.</p>
3	От 301 до 700 человек	160	<p>Жителям населенных пунктов с численностью населения от 300 до 700 человек оказывается первичная медико-санитарная помощь в 112 фельдшерско-акушерских пунктах, из них к 24 фельдшерско-акушерским пунктам территориально прикреплены по 2-3</p>

1	2	3	4
			близлежащих населенных пункта с радиусом обслуживания 8-12 км. Врачебная помощь оказывается в 15 центральных районных больницах. Для приближения врачебной помощи к населению функционируют 8 офисов врачей общей практики. Организована работа по выезду фельдшеров действующих фельдшерско-акушерских пунктов и врачей центральных районных больниц во все населенные пункты.
4	Свыше 700 человек	72	Жителям населенных пунктов с численностью населения свыше 700 человек оказывается первичная медико-санитарная помощь в 66 фельдшерско-акушерских пунктах, из них к 16 фельдшерско-акушерским пунктам территориально прикреплены по 2 близлежащих населенных пункта с радиусом обслуживания 12 км. Врачебная помощь оказывается в 12 врачебных амбулаториях и 7 участковых больницах. Для приближения врачебной помощи к населению функционируют 8 офисов врачей общей практики. Организована работа по выезду фельдшеров действующих фельдшерско-акушерских пунктов и врачей центральных районных больниц во все населенные пункты.
5	Итого	1073	Вся сеть населенных пунктов охвачена медицинской помощью в связи с компактностью территории Калининградской области

138. Открытие новых офисов врачей общей практики идет медленно, так как в настоящее время в Калининградской области имеется острая кадровая проблема.

139. В целях повышения доступности медицинской и лекарственной помощи сельскому населению, проживающему в удаленных и труднодоступных районах, пролицензировано и осуществляет фармацевтическую деятельность 191 обособленное медицинское подразделение (в них отсутствуют аптечные организации), в том числе 179 фельдшерско-акушерских пунктов, 11 амбулаторий, 1 центр (отделение) общей врачебной (медицинской) практики. Создана сеть аптек и аптечных пунктов при медицинских организациях в городе Калининграде и Калининградской области в количестве 28 пунктов для отпуска медикаментов льготным категориям граждан, из них 21 пункт - в Калининградской области и 7 пунктов – в городе Калининграде.

140. Организация проведения диспансеризации и профилактических осмотров населения. В 2012 году дополнительная диспансеризация работающих граждан была определена приказом Министерства здравоохранения Калининградской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области от 07

марта 2012 года № 71/56 «Об организации проведения в Калининградской области в 2012 году дополнительной диспансеризации работающих граждан». Всего обследовано 15831 человек (97 %). В рамках подпрограммы 1 планируется приобретение и активное использование для профилактических целей мобильных Центров здоровья.

## **РАЗДЕЛ XI. II. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 1**

141. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 1 определены в следующих документах:

1) Федеральном законе от 08 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;

2) Федеральном законе от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

3) Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

4) Федеральном законе от 24 апреля 2008 года № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;

5) Законе Российской Федерации от 02 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

6) Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09 октября 2007 года № 1351;

7) Указе Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

8) государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294;

9) Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р;

10) Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, одобренной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 года № 2128-р;

11) Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 года № 1563-р;

12) Основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 года № 1873-р;

13) Концепции государственной антинаркотической политики Российской Федерации, утвержденной на заседании Государственного антинаркотического комитета 16 октября 2009 года;

14) постановлении Правительства Калининградской области от 02 августа 2012 года № 583 «О Стратегии социально-экономического развития Калининградской области на долгосрочную перспективу».

142. Приоритетами в сфере реализации подпрограммы 1 являются:

1) разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, в том числе по снижению потребления алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

2) осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

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

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

5) совершенствование деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе сельским жителям.

### **РАЗДЕЛ XI. III. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И ПОКАЗАТЕЛИ (ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 1**

143. Цель подпрограммы 1:

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

144. Задачи подпрограммы 1:

1) выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях;

2) совершенствование первичной медико-санитарной помощи.

145. Достижение цели подпрограммы 1 и решение поставленных задач будет осуществлено путем реализации мероприятий подпрограммы 1.

146. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задач подпрограммы 1:

- 1) охват диспансеризацией взрослого населения;
- 2) охват профилактическими медицинскими осмотрами детей;
- 3) охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- 4) смертность от самоубийств;
- 5) доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадиях;
- 6) охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез.

147. Показатель охвата диспансеризацией взрослого населения характеризует эффективность профилактической работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_d = \frac{N_d}{N_k} \times 100 \% , \text{ где:}$$

$O_d$  – охват диспансеризацией взрослого населения (в %);

$N_d$  – число граждан, осмотренных во время диспансеризации (чел.);

$N_k$  – число граждан, подлежащих диспансеризации (чел.).

Данный показатель определяется ежемесячно по форме отчетности № 131/о утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 июня 2013 года № 382н «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров».

148. Показатель охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей характеризует эффективность работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному контингенту детей, по раннему выявлению патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_x = \frac{N_o}{N_n} \times 100 \% , \text{ где:}$$

$O_x$  – охват профилактическими медицинскими осмотрами несовершеннолетних (в %);

$N_o$  – число несовершеннолетних, прошедших профилактические осмотры (чел.);

$N_n$  – число несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам (чел.).

149. Показатель охвата диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, характеризует эффективность работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному контингенту детей, по раннему выявлению патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития у детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,

в целях своевременного проведения оздоровления, лечения, включая оказание специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_d = \frac{N_d}{N_n} \times 100 \% , \text{ где:}$$

$O_d$  – охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

$N_d$  – число осмотренных детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в ходе диспансеризации;

$N_n$  – число детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации.

150. Показатель смертности от самоубийств определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8).

151. Показатель доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадиях характеризует эффективность профилактической работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по выявлению больных злокачественными новообразованиями.

Данный показатель определяется по формуле:

$$D_p = \frac{B_p}{B_e} \times 100 \% , \text{ где:}$$

$D_p$  – доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадиях, в %;

$B_p$  – число больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадиях в отчетном периоде (год) по форме № 35 государственного статистического наблюдения;

$B_e$  – число больных с выявленными злокачественными новообразованиями, всего в отчетном периоде (год), по форме № 35 государственного статистического наблюдения.

152. Показатель охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез характеризует эффективность профилактической работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по выявлению больных туберкулезом.

Данный показатель определяется по формуле:

$$D_m = \frac{B_m}{C_n} \times 100 \% , \text{ где:}$$

$D_m$  – охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез, в %;



$B_m$  – число пациентов, осмотренных с целью выявления туберкулеза, в отчетном периоде (год) по форме № 35 государственного статистического наблюдения;

$Ч_n$  – численность населения в отчетном периоде.

153. В результате реализации подпрограммы 1 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

- 1) сохранение охвата диспансеризацией взрослого населения до 23,0 %;
- 2) увеличение охвата профилактическими осмотрами детей до 85,0 %;
- 3) сохранение охвата диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, до 100,0 %;
- 4) снижение смертности от самоубийств до 16,0 случаев на 100 тыс. населения;
- 5) увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадиях до 56,7 %;
- 6) увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез до 80,0 %.

154. Подпрограмма 1 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XI.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 1**

155. Подпрограммой 1 предусматривается разработка и реализация следующих основных мероприятий:

- 1) развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у детей; профилактика развития зависимостей, включая сокращение потребления табака, алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ, в том числе у детей;
- 2) повышение уровня физической активности населения;
- 3) популяризация полноценного и здорового питания;
- 4) проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям;
- 6) 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.

## **РАЗДЕЛ XI.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 1**

156. Предоставление государственной поддержки по мероприятиям подпрограммы 1 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

157. В рамках подпрограммы 1 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

158. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 1 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

## **РАЗДЕЛ XI.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 1**

159. В рамках подпрограммы 1 государственными учреждениями Калининградской области реализуются следующие государственные услуги (работы):

- 1) услуги здравпункта Правительства Калининградской области;
- 2) обеспечение медицинской статистикой.

## **РАЗДЕЛ XI.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 1**

160. Участие муниципальных образований устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

161. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 1 не предусмотрено.

## **РАЗДЕЛ XI.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 1**

162. Объем финансового обеспечения реализации подпрограммы 1 за счет средств областного бюджета составляет 675142,1 тыс. рублей, в том числе:

2013 год – 188268,8 тыс. рублей;

2014 год – 236455,3 тыс. рублей;  
 2015 год – 6874,8 тыс. рублей;  
 2016 год – 6874,8 тыс. рублей;  
 2017 год – 59167,1 тыс. рублей;  
 2018 год – 59167,1 тыс. рублей;  
 2019 год – 59167,1 тыс. рублей;  
 2020 год – 59167,1 тыс. рублей.

## **РАЗДЕЛ XI.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 1**

163. В рамках реализации подпрограммы 1 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

## **РАЗДЕЛ XII. ПОДПРОГРАММА «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, ВКЛЮЧАЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ НА 2013-2020 ГОДЫ»**

### **Паспорт подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на 2013-2020 годы»**

Ответственный исполнитель подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной,	Министерство здравоохранения Калининградской области
---	---

медицинской помощи,  
медицинской  
эвакуации на 2013-  
2020 годы» (далее –  
подпрограмма 2) :

Соисполнитель подпрограммы 2:	Министерство финансов Калининградской области
Участники подпрограммы 2:	органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения; общественные организации; организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства
Программно-целевые инструменты подпрограммы 2:	целевая программа Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»; целевая программа Калининградской области «Областная инвестиционная программа на 2009-2014 годы»
Цель подпрограммы 2:	повышение доступности и качества оказания медицинской помощи
Задачи подпрограммы 2:	1) совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С; 2) увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением; 3) совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств; 4) снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта; 5) снижение больничной летальности

Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 2:	<p>пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;</p> <p>б) поддержка развития службы крови</p> <p>1) годовая летальность больных со злокачественными образованиями, %;</p> <p>2) доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут, %;</p> <p>3) ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами, лет;</p> <p>4) доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением, %;</p> <p>5) доля больных с психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, %;</p> <p>б) смертность от ишемической болезни сердца, случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>7) больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, %;</p> <p>8) доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови, %;</p> <p>9) объем заготовки компонентов донорской крови автоматическими методами от общего объема заготовки;</p> <p>10) количество доноров крови и ее компонентов</p>
Этапы и сроки реализации подпрограммы 2:	<p>подпрограмма 2 реализуется с 2013-2020 годы в два этапа:</p> <p>первый этап: 2013 - 2015 годы;</p> <p>второй этап: 2016 - 2020 годы</p>
Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 2 (с разбивкой по годам):	<p>средства областного бюджета – 1739180,9 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>2013 год – 230467,7 тыс. рублей;</p> <p>2014 год – 245655,6 тыс. рублей;</p> <p>2015 год – 171161,9 тыс. рублей;</p> <p>2016 год – 170619,3 тыс. рублей;</p> <p>2017 год – 230319,1 тыс. рублей;</p>

2018 год –230319,1 тыс. рублей;  
 2019 год –230319,1 тыс. рублей;  
 2020 год –230319,1 тыс. рублей

Ожидаемые  
 результаты реализации  
 подпрограммы 2:

- 1) снижение одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями до 21,0 %;
- 2) увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут до 100 %;
- 3) увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 75 %;
- 4) увеличение ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами, до 40 лет;
- 5) снижение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, до 20,7 %;
- 6) снижение смертности от ишемической болезни сердца до 290 случаев на 100 тыс. населения;
- 7) снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий до 8 %;
- 8) сохранение доли станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови, в размере 100 %

## **РАЗДЕЛ XII.1. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 2, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

164. Анализ медико-демографической ситуации в Калининградской области свидетельствует о необходимости дальнейшего развития системы оказания специализированной медицинской помощи с акцентом на наиболее приоритетные направления.

165. На протяжении последних лет в Калининградской области постепенно снижаются, но все еще сохраняются на высоком уровне показатели смертности населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

166. Этот показатель среди трудоспособного населения в 2009 году составлял 213,8 случая на 100 тыс. населения, в 2010 году - 210,3 случая на 100 тыс. населения, в 2012 году - 189,4 случая на 100 тыс. населения.

167. В ходе модернизации здравоохранения в Калининградской области создана трехуровневая система оказания медицинской помощи населению, направленная на рациональное использование кадрового потенциала, оборудования и улучшение доступности медицинской помощи.

168. За счет средств целевой программы Калининградской области «Совершенствование медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях на 2012-2013 годы», утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 29 мая 2012 года № 382, произведено оснащение оборудованием, а также модернизация материально-технической базы четырех больниц Калининградской области: государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области», государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница», государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Гусевская центральная районная больница». Разработана маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом и острым инсультом.

169. В 2012 году на территории Калининградской области начал работать федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в поселке Родники Гурьевского муниципального района. Проведено 996 вмешательств по специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи жителям Калининградской области, из них 161 – детям.

170. В Калининградской области медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывается в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области». В поликлиническом отделении врачи ведут прием в две смены, работает онкологический консилиум 3 раза в неделю. Хирургическое лечение осуществляется в профильных хирургических отделениях больницы. Наблюдение пациентов проводится по месту жительства специалистами-онкологами и участковыми терапевтами.

171. Смертность от новообразований (в том числе злокачественных) в 2009 году составила 199,0 чел. на 100 тыс. населения, в 2010 году - 195,1 чел. на 100 тыс. населения, в 2012 году - 203,9 чел. на 100 тыс. населения.

172. В условиях отсутствия современного онкологического центра (радиологического отделения, соответствующего нормативным требованиям, современного отделения химиотерапии, невозможности организации диагностики методом позитронной электронной томографии, недостаточности операционного блока (особенно для гинекологических больных) на снижение показателя смертности населения от злокачественных новообразований можно повлиять только посредством осуществления организационно-методических мероприятий.

173. В процессе реализации целевой программы Калининградской области «Программа модернизации здравоохранения Калининградской области на 2011-2013 годы», утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 29 марта 2011 года № 218, приобретены УЗИ-аппараты, аналоговые маммографы, усовершенствована лабораторная база. В целевую программу Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов», утвержденную постановлением Правительства Калининградской области от 10 сентября 2012 года № 726, включена реорганизация хосписа, формирование выездной службы.

174. Запланировано создание маммологического центра на базе имеющегося онкологического стационара государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области» для осуществления ранней диагностики, лечения и наблюдения женщин с заболеваниями молочной железы.

175. Одновременно с началом строительства онкологического центра предусмотрено включение Калининградской области в приоритетный национальный проект «Здоровье» в части совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями.

176. В Калининградской области потребление алкоголя на душу населения (в пересчете на абсолютный спирт) в течение длительного времени остается значительно выше, чем в среднем по России. В 2006 году соотношение составляло 13 литров к 9,5 литра на душу населения, в 2011 году - 11,1 литра к 9,2 литра соответственно.

177. Распространенность алкоголизма в 2011 году в Калининградской области среди сельского населения была на 13,75 % выше, чем среди городского населения (1292,7 на 100 тыс. населения и 1136,97 на 100 тыс. населения соответственно).

178. По причине алкогольных психозов в стационарное отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Наркологический диспансер Калининградской области» ежегодно в среднем госпитализируется 38,8 % пациентов (в России с алкогольными психозами госпитализируется 18,8 % пациентов наркологических стационаров, в Северо-Западном федеральном округе - 24,9 %).

179. По неотложным показаниям (тяжелые, предпсихопатические стадии алкогольного абстинентного синдрома) госпитализируются 61,2 % пациентов. В 2012 году в Калининградской области зарегистрировано 16 019 случаев заболеваний психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (наркологических заболеваний). Общая распространенность наркологических заболеваний в Калининградской области (1700,8 чел. на 100 тыс. населения) значительно ниже, чем в Российской Федерации – 2114,5 чел. - и характеризуется более высокими темпами снижения. За период с 2008 года по 2011 год количество



зарегистрированных наркологических заболеваний в Российской Федерации снизилось на 9,5 %, в Калининградской области - на 13,1 %.

180. С 2012 года в Калининградской области активизирована работа по созданию сквозной (от выявления до излечения) поэтапной лечебно-реабилитационной системы для оказания помощи лицам, имеющим различные формы зависимого поведения. Открыто отделение ранней реабилитации на 22 койки в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Наркологический диспансер Калининградской области». Разработаны порядки маршрутизации пациентов с наркологическими заболеваниями.

181. Первичная наркологическая помощь оказывается на базе государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения Калининградской области в муниципальных образованиях Калининградской области. Действуют наркологические кабинеты, оказывающие взрослому и детскому населению первичную специализированную наркологическую помощь.

182. Специализированная консультативная и стационарная наркологическая помощь оказывается в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Наркологический диспансер Калининградской области» (поликлиника и стационар на 125 коек).

183. Всего в Калининградской области зарегистрировано 18009 больных с психическими расстройствами. Общая заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2012 году составила 1920,1 случая на 100 тыс. населения. Распространенность всех психических расстройств составила 192,0 случая на 100 тыс. населения. 5,2 % больных нуждаются в социальной помощи. Впервые в течение 2012 года инвалидами вследствие психических расстройств признано 148 человек.

184. Медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения в Калининградской области оказывается в виде скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи.

185. Скорая медицинская помощь оказывается:

1) в городе Калининграде бригадой специализированной психиатрической скорой помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Городская станция скорой медицинской помощи»;

2) в городах и районах Калининградской области фельдшерскими и врачебными бригадами скорой медицинской помощи.

186. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается:

1) диспансерным отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая больница Калининградской области № 1»;

2) психиатрическими кабинетами в городах и районах Калининградской области – психиатрическая помощь взрослому и детскому населению прикрепленных территорий;

3) психотерапевтическим кабинетом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница».

187. Специализированная медицинская помощь оказывается:

1) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая больница Калининградской области № 1», в том числе нуждающимся по определениям судов в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа;

2) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая больница Калининградской области № 2»:

- детям и подросткам от 3 до 17 лет из всех территорий Калининградской области;

- лицам, направляемым судами на принудительное лечение в отделение специализированного типа со всех территорий Калининградской области;

- жителям Калининградской области, а также лицам, направляемым с указанных территорий, нуждающимся по определениям судов в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа;

- лицам, нуждающимся в проведении стационарной судебно-психиатрической экспертизы и не взятым под стражу по соответствующим постановлениям судов и следственных органов;

3) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая больница Калининградской области № 3» (пос. Домново Правдинского района) - больным с хроническим течением заболевания, лицам, утратившим жилье и родственные связи, ожидающим перевод в психоневрологические интернаты, а также больным из всех городов и районов Калининградской области с неблагоприятным злокачественным течением заболевания, имеющим противопоказания для оформления в учреждения социального обеспечения;

4) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая больница Калининградской области № 4» (пос. Нивенское Багратионовского муниципального района):

- больным с сопутствующим активным туберкулезом;

- больным с неблагоприятным злокачественным течением заболевания, имеющим противопоказания для оформления в учреждения социального обеспечения.

188. В Калининградской области за период с 2006 года по 2012 год отмечается значительное снижение заболеваемости туберкулезом. В 2006 году среднеобластной показатель составлял 134,8 чел. на 100 тыс. населения (1265 случаев), в 2012 году - 70,8 чел. на 100 тысяч населения (670 случаев). Заболеваемость туберкулезом среди детского населения снизилась с 106

случаев (среднеобластной показатель - 89,3 чел. на 100 тыс. населения) до 39 случаев (среднеобластной показатель - 28,6 чел. на 100 тысяч населения).

189. Смертность от туберкулеза снизилась с 265 случаев (среднеобластной показатель - 28,2 чел. на 100 тысяч населения) в 2006 году до 84 случаев в 2012 году, среднеобластной показатель составил 8,9 чел. на 100 тысяч населения.

190. Среди клинических форм наибольший удельный вес составляют инфильтративный туберкулез (51,8 %) и диссеминированный туберкулез (17,6 %). Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, 46,0 % не проходили флюорографическое обследование более 2 лет. Среди ВИЧ-инфицированных длительно не проходили профилактическую флюорографию 22,3 %. Смертность от туберкулеза в 2011 году составила 10,4 случая на 100 тыс. населения, тогда как среднероссийский показатель - 14,2 случая на 100 тыс. населения, в 2012 году – 8,4 случая на 100 тыс. населения.

191. Всего впервые в течение года инвалидами вследствие туберкулеза признан 331 пациент. Одной из основных проблем в лечении туберкулеза остается нежелание больных лечиться (частые прекращения лечения и уход из стационара).

192. В государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер Калининградской области» развернуто 428 коек для лечения туберкулеза органов дыхания:

- 1) стационар для взрослых на 363 койки и стационар для детей на 65 коек;
- 2) стационар для детей круглосуточный на 40 коек;
- 3) стационар для детей дневной на 25 коек;
- 4) стационар для взрослых на дому на 50 коек;
- 5) стационар для взрослых круглосуточный на 313 коек.

193. Отделения взрослого стационара профилированы, имеются 4 терапевтических отделения, 1 хирургическое отделение с 20 торакальными койками. Всего в Калининградской области развернуто для лечения туберкулеза органов дыхания 498 коек: 428 коек в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер Калининградской области» и 70 коек в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Советский противотуберкулезный диспансер».

194. Больные с внелегочными формами туберкулеза направляются на лечение в федеральные санатории «Советск», «Выборг», «Кирицы», «Красный Вал».

195. Лечение подростков осуществляется:

- 1) туберкулез бациллярных форм – на койках взрослого стационара;
- 2) туберкулез небациллярных форм – на койках для детей.

196. В Калининградской области работает 21 туберкулезный кабинет в составе городских и районных больниц.

197. Работает 1 санаторный детский сад в городе Калининграде на 120 мест.

198. В Калининградской области число зарегистрированных ВИЧ-позитивных лиц на 01 января 2012 году достигло 7708 человек, показатель составил 822,3 чел. на 100 тыс. жителей, из них 4836 мужчин (62,7 %) и 2872 женщины (37,3 %). За период с 1987 года по 2011 год из числа ВИЧ-инфицированных умерли 2864 (37,2 %) человека. Особенность эпидситуации по ВИЧ-инфекции в Калининградской области - увеличение числа сочетанных форм заболеваемости ВИЧ-инфекцией и различными инфекциями, в том числе туберкулезом.

199. Ведущими путями передачи ВИЧ-инфекции являются инфицирование при использовании инъекционных наркотиков и половой путь передачи.

200. В 2011 году в структуре передачи ВИЧ-инфекции на внутривенный (наркотический) путь передачи приходилось 32,1 %, на половой путь передачи - 66,2 %. На перинатальный путь инфицирования - 1,0 %. В 2011 году не было зарегистрировано ни одного случая передачи ВИЧ-инфекции, связанной с внутрибольничным инфицированием и с использованием препаратов крови.

201. Уровень наркопотребления в Калининградской области продолжает оставаться достаточно интенсивным. Из 1647 наркопотребителей, состоящих на диспансерном учете, 33,0 % являются ВИЧ-инфицированными. Половой путь передачи ВИЧ-инфекции на данном этапе является основным действующим фактором распространения ВИЧ-инфекции. Этот путь передачи чрезвычайно актуален для женщин репродуктивного возраста. В Калининградской области на 17 декабря 2012 года зарегистрировано 4246 граждан, больных ВИЧ-инфекцией, в том числе 422 человека в местах лишения свободы. На диспансерном учете состоит 4002 человека (94,3 %). Нуждаются в лечении 1935 ВИЧ-инфицированных граждан, получают антиретровирусную терапию 1494 ВИЧ-инфицированных. Для назначения антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным гражданам, состоящим на диспансерном учете, проводятся лабораторные обследования на иммунный статус и вирусную нагрузку.

202. В 2012 году в Калининградской области заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, снизилась на 19,7 %, в том числе снизилась доля регистрации активных форм сифилиса. В структуре заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, сифилис составляет 26,4 %, гонорея - 15,7 %.

203. Первичная диагностическая и лечебно-профилактическая дерматовенерологическая помощь населению Калининградской области оказывается в кабинетах врачей-дерматологов медицинских организаций. Специализированная консультативно-диагностическая и лечебно-профилактическая дерматовенерологическая помощь населению Калининградской области оказывается в государственном бюджетном

учреждении Калининградской области «Советский кожно-венерологический диспансер» и в государственном бюджетном учреждении Калининградской области «Центр специализированных видов медицинской помощи».

204. Медицинская помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях с применением эффективных медицинских технологий и с соблюдением диспансерных принципов в работе с больными инфекционными болезнями кожи, венерическими и другими болезнями, передаваемыми половым путем. Диагностика заболеваний, передаваемых половым путем, проводится в 4 лабораториях Центра: централизованных серологической и бактериологической, клинко-диагностической, выполняющей биохимические анализы, в ПЦР-лаборатории. Отделение периодических медосмотров проводит обследование по принципу «24 часа» - обследование и при необходимости лечение, проведение противоэпидемических мероприятий назначается в течение одних суток.

205. В 2012 году в Калининградской области зарегистрирован рост заболеваемости вирусным гепатитом В с 2 до 4,7 случая на 100 тыс. населения. Уровень заболеваемости выше среднероссийских показателей в 4 раза. Всего зарегистрировано 45 случаев (в городском округе «Город Калининград» - 31 случай, в Гурьевском муниципальном районе - 7 случаев, по 2 случая в Балтийском и Багратионовском муниципальных районах, по 1 случаю в Озёрском, Зеленоградском районах, Черняховском муниципальном районе).

206. В возрастной структуре заболевших вирусными гепатитами В и С 50,0 % приходится на долю лиц в возрасте 20-29 лет и 30-39 лет.

207. Для совершенствования дифференциальной диагностики вирусных гепатитов на базе централизованной лаборатории клинической микробиологии государственного бюджетного учреждения «Инфекционная больница Калининградской области» планируется организация референс-диагностики вирусных гепатитов по результатам исследований лабораторий медицинских организаций.

208. Единый регистр больных хроническими вирусными гепатитами в Калининградской области ведется с 2009 года. Ведение регистра осуществляется на всей территории Калининградской области. Участвуют медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. За ведение регистра отвечает Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Инфекционная больница Калининградской области».

209. В настоящее время на диспансерном учете состоит 1850 человек, больных хроническим гепатитом В, и 3715 человек, больных хроническим гепатитом С.

210. Высокотехнологичную помощь в Калининградской области в 2012 году оказывали две медицинские организации - государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница

Калининградской области» и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» по профилю «травматология и ортопедия» (всего 219 объемов).

211. За период последних 5 лет значительно увеличилась возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных государственных медицинских учреждениях. Пролечено за счет ассигнований федерального бюджета:

- 1) в 2008 году – 886 человек;
- 2) в 2009 году – 1307 человек;
- 3) в 2010 году – 1535 человек;
- 4) в 2011 году – 1756 человек;
- 5) в 2012 году – 2730 человек (512 детей).

75 % пациентов из числа получивших высокотехнологичную медицинскую помощь являются инвалидами.

212. С 2009 года для оптимизации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и учета использования объемов разработан и внедрен федеральный программно-аппаратный комплекс, что позволило ускорить направление медицинских документов и получение приглашений на лечение.

213. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет ассигнований федерального бюджета предоставляется по 20 профилям заболеваний: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология и экстракорпоральное оплодотворение, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, комбустиология, неврология, нейрохирургия, онкология, отоларингология и кохлеарная имплантация, офтальмология, педиатрия и неонатология, ревматология, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, в том числе эндопротезирование крупных суставов, трансплантация органов, урология, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология.

214. Наиболее востребованные профили – это сердечно-сосудистая хирургия, онкология, травматология и ортопедия, нейрохирургия.

215. Потребность Калининградской области в заготовке донорской крови с учетом профильности коечного фонда составляет 12200 литров. Ежегодно в организациях, осуществляющих заготовку и переработку донорской крови, производится забор более 25 тысяч донаций крови и плазмы, в том числе 17 290 безвозмездных случаев.

216. Служба крови Калининградской области представлена тремя медицинскими организациями:

- 1) государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Станция переливания крови Калининградской области» - I категории, с объемом заготовки цельной донорской крови – 9000 литров в год;

- 2) отделением переливания крови в составе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области» с объемом заготовки цельной донорской крови 1600 литров в год;

3) отделением переливания крови в составе государственного бюджетного учреждения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница» с объемом заготовки цельной донорской крови 1600 литров в год.

217. По итогам 2012 года заготовлено 12972,5 л донорской крови. В медицинские организации выдано 1720,2 л свежезамороженной плазмы, прошедшей карантинизацию, произведено 3398 доз тромбоконцентрата, 3126,4 л эритроцитарной массы, 221,2 л эритроцитарной массы, 512,6 л альбумина 10 %.

218. Ежегодно в лечебную сеть выдается более 18 наименований компонентов и препаратов крови.

219. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Станция переливания крови Калининградской области» в ходе реализации мероприятий по развитию службы крови в 2008 году получила 53 единицы современного медицинского оборудования, благодаря чему все этапы заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови были автоматизированы. Создана качественная система обеспечения безопасности донорской крови, осуществлена компьютеризация всех рабочих мест, введено штрихкодирование продукции из крови.

220. Заготовка донорской плазмы в основном осуществляется аппаратным методом.

221. Аprobация донорской крови на инфекционные маркеры осуществляется на современных автоматах-анализаторах для ИФА-исследований, используются высококачественные диагностические тест-системы. Изосерологическое обследование донорской крови проводится на автоматах-анализаторах с применением современной гелевой технологии.

222. Плазма крови, заготавливаемая в Калининградской области, проходит 6-месячную карантинизацию или вирусинактивацию.

223. Финансирование деятельности медицинских организаций службы крови осуществляется из средств областного бюджета.

224. Служба крови работает в автономном режиме, так как ввоз продукции из крови из других субъектов Российской Федерации затруднен из-за необходимости таможенного оформления.

225. Проводится регулярная выездная работа бригад (по 18-19 выездов ежемесячно) в организациях с предварительной пропагандистской кампанией. Во время выездов заготавливается 35 % донорской крови.

226. В 2012 году проведено 7 массовых акций по пропаганде донорства и привлечению к массовому донорству жителей Калининградской области.

227. Акция «Спасибо, донор!» была проведена на центральной площади города Калининграда при широкой поддержке средств массовой информации. В средствах массовой информации размещены благодарственные письма «Спасибо, донор!» от реципиентов, руководства Министерства здравоохранения Калининградской области, жителей области. Общее число доноров, сдавших кровь, составило 123 человека.

228. Акция «Авто-МотоДонор» призвана привлечь внимание к проблеме обеспечения донорской кровью пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий. Специфический антураж, присущий автолюбителям и байкерам, стал достаточно привлекательным стимулом для молодежи. При поддержке некоммерческих организаций разработаны листовки, которые были распространены среди участников нескольких байкерских клубов города Калининграда. В рамках акции сдали кровь 75 человек.

229. Положительно зарекомендовала себя практика работы выездной бригады на центральных площадях города Калининграда на мобильном пункте заготовки крови. Благодаря большой проходимости и удобному расположению в центре города, а также презентабельному виду мобильного пункта заготовки крови количество доноров в проведенной донорской акции «Национальный день донорской крови» приняли участие 178 человек.

230. Благодаря обучающим семинарам за счет средств федерального бюджета налажено взаимодействие с представителями средств массовой информации. Удалось избавиться от ненужных «истерических» материалов о нехватке крови и перевести плоскость освещения работы Службы крови от «сенсационной» в информационно-просветительскую. Руководство государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Станция переливания крови Калининградской области» широко использует практику тематических выступлений на центральных теле- и радиоканалах и отвечает на вопросы доноров в прямом эфире. С 2010 года активно работает общественный донорский совет, активисты-общественники оказывают неоценимую помощь в повседневной работе станции переливания крови.

231. В декабре 2012 года на конкурсе профессионального мастерства среди областных станций переливания крови калининградцы стали победителями в номинации «Не пройти мимо». Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Станция переливания крови Калининградской области» награждена дипломом и призом.

232. В целях обеспечения безопасности продукции из крови в соответствии с требованиями технического регламента в Калининградской области реализуются следующие мероприятия.

233. В государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Станция переливания крови Калининградской области» и в отделении переливания крови государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница»:

1) установлено программное обеспечение со штрихкодированием, все рабочие места компьютеризированы;

2) допуск к донорству осуществляется только по предъявлении паспорта с шестимесячной пропиской по месту жительства и после проверки данных в едином донорском центре, созданном на базе государственного



бюджетного учреждения здравоохранения «Станция переливания крови Калининградской области»;

3) информация в базу данных единого донорского центра поступает из специализированных медицинских организаций (государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Инфекционная больница Калининградской области», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Наркологический диспансер Калининградской области», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер Калининградской области»);

4) на всех этапах (от заготовки крови до использования донорской крови и ее компонентов) обеспечена возможность идентификации донора, а также контролируется утилизация забракованной продукции;

5) полностью внедрен метод компонентотерапии (цельная, переработанная кровь медицинским организациям не выдается);

6) все расходные материалы, используемые на этапах заготовки и апробации, переработки донорской крови, только одноразового применения;

7) все процессы обследования каждой дозы заготовленной крови автоматизированы, используются только высококачественные диагностические тест-системы и диагностикумы;

8) иммуноферментный анализ исследования всей донорской крови, заготовленной в Калининградской области, на наличие инфекционных маркеров осуществляется централизованно в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Станция переливания крови Калининградской области».

234. С 2004 года иммунодиагностическая и иммуноферментная лаборатории участвуют в проведении внешней оценки качества исследований.

235. С 2003 года внедрен метод карантинизации донорской плазмы на срок 6 месяцев.

236. С 2008 года внедрен метод вирус-инактивации плазмы с применением метиленового синего на аппарате «Макотроник». В медицинские организации выдается только плазма карантинизированная или вирус-инактивированная.

237. Также внедрены аппаратные методы заготовки плазмы и клеток крови - тромбоцитов. Получена лицензия на производство препарата крови – 10 % раствора альбумина.

238. Выбраковка донорской крови проводится после получения результатов лабораторного исследования крови доноров.

239. По итогам 2012 года в Калининградской области отмечается снижение числа дорожно-транспортных происшествий по сравнению с 2011 годом. За 12 месяцев прошлого года зарегистрировано 1327 дорожно-транспортных происшествий, в которых 193 человека погибли и 1497

человек получили травмы. Количество дорожно-транспортных происшествий по сравнению с аналогичным периодом 2011 года сократилось на 0,2 %, число раненых снизилось на 3 %. При этом на 7,8 % возросло количество погибших.

240. Следует отметить положительную динамику относительных показателей аварийности в сравнении с общероссийскими показателями.

241. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 года № 1013 «О финансовом обеспечении в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» Калининградская область включена в программу мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

242. На территории Калининградской области продолжается реализация мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, созданы травмоцентры трех уровней:

1 уровень – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»;

2 уровень - государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница»;

3 уровень - государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Гусевская центральная районная больница», государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Черняховская центральная районная больница», государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Советская центральная городская больница».

243. Медицинские организации, участвующие в реализации мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, оборудованы наркозно-дыхательной аппаратурой, следящими мониторами, рентгеновскими установками, реанимобилями. Травмоцентры первого и второго уровня (государственное бюджетное учреждение Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» и государственное бюджетное учреждение Калининградской области «Центральная городская клиническая больница») оснащены 64-срезowymi компьютерными томографами.

244. Созданные и оснащенные оборудованием и реанимобилями на территории Калининградской области травматологические центры разных уровней эффективно функционируют. В результате сократилось время прибытия бригад скорой помощи на место происшествия, значительно улучшилось качество оказания медицинской помощи как на догоспитальном периоде, так и в стационаре.

245. Оборудование, поставленное в медицинские организации в рамках федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах», используется эффективно, о чем свидетельствует ежемесячно проводимый мониторинг.

246. За 2012 год медицинская помощь была оказана 1575 пациентам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

Число погибших - 193 человека, из них погибли на месте дорожно-транспортного происшествия 130 человек, что составляет 67,4 % от общего числа погибших, 1320 пострадавших были доставлены бригадами скорой медицинской помощи в медицинские организации, в том числе 1119 пострадавших – в травматологические центры Калининградской области различных уровней.

247. В травматологических центрах различных уровней проведено 697 оперативных вмешательств при сложных множественных сочетанных травмах и нейротравмах, из них - 527 оперативных вмешательств в травмоцентре первого уровня.

248. В 2012 году возобновлена подготовка работников органов внутренних дел, Главного управления МЧС России по Калининградской области, инкассаторов, водителей по оказанию первой помощи населению. На базе учебного центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Городская станция скорой медицинской помощи» прошли подготовку 70 сотрудников органов внутренних дел и Главного управления МЧС России по Калининградской области.

## **РАЗДЕЛ XII. П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 2**

249. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 2 определены в следующих документах:

1) Федеральном законе от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

2) Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

3) Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09 октября 2007 года № 1351;

4) Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09 июня 2010 года № 690;

5) Указе Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

6) Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р.

250. Приоритетами в сфере реализации подпрограммы 2 являются:

- 1) развитие специализированных, в том числе высокотехнологичных, видов медицинской помощи;
- 2) оказание помощи при социально значимых заболеваниях и состояниях;
- 3) развитие системы оказания помощи при дорожно-транспортных происшествиях;
- 4) развитие скорой медицинской помощи.

**РАЗДЕЛ XII. III. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И ПОКАЗАТЕЛИ  
(ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ,  
ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ  
РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ  
ПОДПРОГРАММЫ 2**

251. Целью подпрограммы 2 является повышение доступности и качества оказания медицинской помощи.

252. Для достижения указанной цели предусматривается решение следующих задач, реализуемых в рамках подпрограммы 2:

- 1) совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С;
- 2) увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением;
- 3) совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств;
- 4) снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта;
- 5) снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;
- 6) поддержка развития службы крови.

253. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задач подпрограммы 2:

- 1) одногодичная летальность больных со злокачественными образованиями;
- 2) доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут;
- 3) ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами;

4) доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением;

5) доля больных с психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года;

6) смертность от ишемической болезни сердца;

7) больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;

8) доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови.

254. Показатель одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями характеризует своевременность выявления злокачественных новообразований в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Данный показатель определяется по формуле:

$$L_o = \frac{Y_p}{Z_B} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$L_o$  – одногодичная летальность, в %;

$Y_p$  – число умерших на первом году с момента установления диагноза злокачественных новообразований в отчетном периоде (год) по форме № 35 государственного статистического наблюдения;

$Z_B$  – общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований в отчетном периоде (год) по форме № 35 государственного статистического наблюдения.

255. Показатель доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут характеризует эффективность работы подразделений скорой медицинской помощи.

Данный показатель определяется по формуле:

$$D_d = \frac{N_{20}}{N_o} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$D_d$  – доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут, в %;

$N_{20}$  – число выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут (год) по форме № 40 государственного статистического наблюдения;

$N_o$  – общее число выездов бригад скорой медицинской помощи в отчетном периоде (год) по форме № 40 государственного статистического наблюдения.

256. Показатель ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами, характеризует эффективность применения антиретровирусной терапии у пациентов, зараженных вирусом

иммунодефицита у человека. Определяется по статистическим данным Центра СПИД. Проводится сравнение количества прожитых лет ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию в настоящем году, со средней продолжительностью жизни получающих терапию прошлых лет.

257. Показатель доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением характеризует эффективность применения лечебных мероприятий в отношении контингента бациллярных больных.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$P_{абт} = \frac{Ч_{абт}}{Ч_{бт}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$P_{абт}$  – величина показателя доли абациллированных больных туберкулезом среди бациллярных больных туберкулезом, состоявших на учете на конец года, в %;

$Ч_{абт}$  – число абациллированных больных туберкулезом из числа больных туберкулезом, состоявших на учете на конец года, за отчетный период (год) по форме № 33 государственного статистического наблюдения;

$Ч_{бт}$  – полусумма числа больных туберкулезом с бактериовыделением, состоящих на учете на конец отчетного года, и числа больных туберкулезом с бактериовыделением, состоявших на учете за аналогичный период предыдущего года, по форме № 33 государственного статистического наблюдения.

258. Показатель доли больных с психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, характеризует эффективность лечения больных, страдающих психическими расстройствами.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$N_{ГП} = \frac{Ч_{ГП}}{Ч_{В}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$N_{ГП}$  – доля больных с психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, в %;

$Ч_{ГП}$  – число больных с психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года;

$Ч_{В}$  – общее число больных с психическими расстройствами, госпитализированных в течение года, по форме № 36 государственного статистического наблюдения.

259. Показатель смертности от ишемической болезни сердца определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8.).

260. Показатель больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий – доля пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, умерших в стационарах медицинских организаций, от общего числа пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, доставленных в стационары медицинских организаций. Данный показатель характеризует качество и эффективность лечения пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий и рассчитывается по формуле:

$$I_t = \frac{\sum t_1}{\sum t_0} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$I_t$  – больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;

$t_1$  – число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, умерших в стационарах медицинских организаций;

$t_0$  – число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, доставленных в стационары медицинских организаций.

Данные для расчета показателей определяются ежеквартально на основании мониторинга.

261. Показатель доли станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови.

Данный показатель определяется по формуле:

$$I_t = \frac{\sum t_1}{\sum t_0} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$t_1$  - число станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови в соответствии с техническим регламентом о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионной терапии;

$t_0$  - общее число станций переливания крови, осуществляющих заготовку и переработку донорской крови.

262. В результате реализации подпрограммы 2 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) снижение одногодичной летальности больных со злокачественными образованиями до 21,0 %;

2) увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут до 100 %;

3) увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 75 %;

4) увеличение ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами до 40 лет;

5) снижение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года до 20,7 %;

6) снижение смертности от ишемической болезни сердца до 290 случаев на 100 тыс. населения;

7) снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий до 8 %;

8) сохранение доли станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови в размере 100 %.

263. Подпрограмма 2 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XII.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 2**

264. Подпрограммой 2 предусматривается разработка и реализация следующих основных мероприятий:

1) обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, проведение профилактических мероприятий и мероприятий, направленных на обеспечение проведения диагностики и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитами В и С;

2) обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом;

3) совершенствование медицинской помощи больным с психическими расстройствами;

4) совершенствование медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями;

5) совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;

6) реализация мероприятий по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов.

#### **РАЗДЕЛ XII.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 2**

265. Предоставление государственной поддержки по мероприятиям подпрограммы 2 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

266. В рамках подпрограммы 2 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.



267. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 2 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XII.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 2**

268. В рамках подпрограммы 2 государственными учреждениями Калининградской области реализуются следующие государственные услуги (работы):

- 1) заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов;
- 2) проведение судебно-медицинской экспертизы (исследований) трупов;
- 3) проведение (иных) судебно-медицинских экспертиз (исследований);
- 4) оказание экстренной медицинской помощи при катастрофах и чрезвычайных ситуациях;
- 5) обеспечение медицинской статистикой.

#### **РАЗДЕЛ XII.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 2**

269. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 2 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

270. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 2 не предусмотрено.

#### **РАЗДЕЛ XII.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 2**

271. Объем финансового обеспечения реализации подпрограммы 2 за счет средств областного бюджета составляет 1739180,9 тыс. руб., в том числе по годам:

2013 год – 230467,7 тыс. рублей;

2014 год – 245655,6 тыс. рублей;

2015 год –171161,9 тыс. рублей;  
 2016 год –170619,3 тыс. рублей;  
 2017 год –230319,1 тыс. рублей;  
 2018 год –230319,1 тыс. рублей;  
 2019 год –230319,1 тыс. рублей;  
 2020 год –230319,1 тыс. рублей.

## **РАЗДЕЛ XII.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 2**

272. В рамках реализации подпрограммы 2 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

## **РАЗДЕЛ XIII. ПОДПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО- ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА НА 2013-2020 ГОДЫ»**

### **Паспорт подпрограммы «Развитие государственно-частного партнерства на 2013-2020 годы»**

Ответственный  
исполнитель  
подпрограммы  
«Развитие  
государственно-  
частного  
партнерства на  
2013-2020 годы»  
(далее -  
подпрограмма 3):

Министерство здравоохранения Калининградской области

Соисполнители  
подпрограммы 3:

- 1) Министерство финансов Калининградской области;
- 2) Министерство образования Калининградской области;
- 3) Министерство социальной политики Калининградской области;
- 4) Агентство по делам молодежи Калининградской области;
- 5) Агентство по спорту Калининградской области

Участники подпрограммы 3:	органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения; частные организации, работающие в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области; общественные организации; организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства
Программно-целевые инструменты подпрограммы 3:	отсутствуют
Цель подпрограммы 3:	обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения
Задача подпрограммы 3:	повышение эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
Целевой индикатор и показатель подпрограммы 3:	доля участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области
Этапы и сроки реализации подпрограммы 3:	подпрограмма 3 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа: первый этап: 2013 - 2015 годы; второй этап: 2016 - 2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 3:	в счет текущего финансирования медицинских организаций

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 3: увеличение доли участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области до 36,8 % к 2020 году

### **РАЗДЕЛ XIII.I. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 3, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

273. Государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) – долгосрочное взаимовыгодное сотрудничество публичного и частного партнеров, направленное на реализацию проектов ГЧП, в целях достижения задач социально-экономического развития публично-правовых образований, повышения уровня доступности и качества публичных услуг, достигаемое посредством разделения рисков и привлечения частных ресурсов.

274. Принципы ГЧП могут успешно реализовываться в любой сфере, где интересы частного инвестора и государства пересекаются. Одной из таких сфер является здравоохранение: государство заинтересовано в улучшении качества медицинской помощи, а частный инвестор может выгодно вложить средства, одновременно выполняя значимые для общества задачи.

275. Учитывая реальное доминирование государства в здравоохранении и активное желание частного здравоохранения стать органичной частью национальной системы здравоохранения, на повестку дня выходит актуальный вопрос о партнерстве государства и частной системы здравоохранения.

276. Предпосылками развития ГЧП являются:

- 1) острая потребность в развитии инфраструктурных объектов отрасли;
- 2) государство показывает себя неэффективным собственником.

277. Преимущество использования ГЧП:

- 1) возможность повышения качества социальных услуг;
- 2) участие частного инвестора в развитии объектов государственной собственности;
- 3) использование профессионализма и опыта частного сектора в развитии современных форм проектного финансирования;
- 4) организация управления собственностью и хозяйственной деятельностью объектов;
- 5) помощь в развитии инфраструктуры, которая не была бы реализована в иных условиях.

278. Правовые основы создания ГЧП:

- 1) Федеральный закон от 21 июля 2005 года № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», согласно которому к объектам

концессионных соглашений относятся объекты здравоохранения, в том числе объекты, предназначенные для санаторно-курортного лечения;

2) Федеральный закон от 01 декабря 2007 года № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях»;

3) Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

4) постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2009 года № 138 «Об утверждении типового концессионного соглашения в отношении объектов здравоохранения, в том числе объектов, предназначенных для санаторно-курортного лечения».

279. Наиболее оптимальной моделью ГЧП в здравоохранении Российской Федерации является предложенная Первой общероссийской ассоциацией врачей частной практики реализация государственных инвестиций в инфраструктуру вновь создаваемых больниц и поликлиник с последующей передачей их на конкурсной основе в управление или пользование частным медицинским организациям, при гарантиях государственного заказа. Управление этими частными медицинскими организациями должно находиться не только под государственным, но и под общественным контролем со стороны общероссийских профессиональных медицинских ассоциаций, представляющих интересы врачей, работающих в соответствующей системе. Такая модель предотвращает политизацию инвестиций, так как основная цель ГЧП находится в зоне социальной ответственности государства за здоровье своих граждан, а не в зоне интереса к прибыли частных инвесторов. Тем самым, исключаются многие коррупционные механизмы.

280. Ключевым механизмом ГЧП в здравоохранении является активизация инвестиционного процесса, который нуждается в серьезной поддержке и мониторинге со стороны федеральных и областных органов власти, за счет:

1) стимулирования инвестиций из федерального и областного бюджетов в инфраструктуру здравоохранения (строительство новых больниц и поликлиник) и предоставления гарантий частным инвесторам, желающим участвовать в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения;

2) расширения привлечения иностранных инвестиций и активизации переговорного процесса с потенциальными иностранными инвесторами.

281. Не исключены и формы государственной поддержки инвестиционной деятельности в сфере здравоохранения.

282. Эффективная административная и налоговая поддержка инвестиционной деятельности:

1) предоставление инвесторам субсидий из федерального и областного бюджетов на оплату части процентов по банковским кредитам;

2) предоставление льготных условий пользования землей, предназначенной для строительства новых больниц и поликлиник;

3) вовлечение в инвестиционный процесс приостановленных и законсервированных строек и объектов, находящихся в государственной собственности;

4) предоставление на конкурсной основе государственных гарантий по инвестиционным проектам.

283. В целях повышения эффективности государственных инвестиций в здравоохранение с использованием механизмов ГЧП необходимо:

1) участие в разработке инвестиционных проектов в сфере здравоохранения не только органов власти, но и представителей системообразующих общественных и саморегулируемых организаций;

2) государственная информационная поддержка на всех стадиях разработки и реализации инвестиционных проектов;

3) 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-застройщика;

4) создание в Калининградской области межведомственных координационных органов по вопросам реализации инвестиционных проектов в здравоохранении, включающих в себя специалистов правовой, финансово-экономической, хозяйственной и других областей, в компетенцию которых входит решение широкого спектра вопросов, относящихся к различным аспектам деятельности при реализации инвестиционных программ (инфраструктурным, налоговым, административным и т.д.);

5) активизация внешнеэкономических и межрегиональных связей с целью расширения возможностей технического и технологического перевооружения медицинских организаций;

6) стимулирование повышения инновационной компоненты развития здравоохранения, активизация использования имеющегося научно-технического потенциала для внедрения имеющихся и разработки новых медицинских технологий.

284. В конечном итоге ГЧП должно способствовать формированию конкурентной среды в здравоохранении, созданию равных условий для организаций здравоохранения различных форм собственности, развитию добровольного медицинского страхования.

На данный момент ГЧП на территории Калининградской области представлено в следующих формах:

1) участие частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования – 33 частные медицинские организации;

2) контракты на обслуживание (аутсорсинг) – 5 частных медицинских организаций;

3) сдача в аренду помещений медицинских организаций – 37 частных медицинских организаций.

285. На территории Калининградской области, по состоянию на 01 мая 2014, медицинскую помощь оказывают 112 медицинских организаций, из них 69 – государственных бюджетных учреждения Калининградской области, 2-автономные учреждения, 33 – частные клиники, 8- федеральных учреждений.

286. На территории Калининградской области в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 24 декабря 2013 года № 1000, в системе обязательного медицинского страхования работают частные стоматологические клиники, частный центр хронического диализа, частный офтальмологический центр, частные организации по оказанию скорой медицинской помощи. Частные медицинские организации составляют 29,5 % от общего количества всех медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

287. К 2020 году планируется увеличение общего количества медицинских организаций различных форм собственности со 114 до 120 преимущественно за счет частных медицинских организаций. В систему обязательного медицинского страхования в 2015 году войдет частный центр «Доктор», который будет проводить процедуры экстракорпорального оплодотворения.

Доля частных медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению Калининградской области, к 2020 году должна составить не менее 34,8 %.

288. Финансовое обеспечение реализации подпрограммы осуществляется за счет текущего финансирования медицинских организаций.

### **РАЗДЕЛ XIII. II. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 3**

289. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 3 определены в следующих документах:

1) Федеральный закон от 21 июля 2005 года № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях»;

2) Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

**РАЗДЕЛ XIII. III. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧА И ПОКАЗАТЕЛЬ (ИНДИКАТОР)  
ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ, ОПИСАНИЕ  
ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ  
И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 3**

290. Целью подпрограммы 3 является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения.

291. Для достижения указанной цели предусматривается решение задачи по повышению эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи.

292. Показатель, характеризующий достижение цели и степень решения задачи подпрограммы 3 - доля участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области.

293. Показатель доли участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области характеризует доступность оказания медицинской помощи населению.

Данный показатель определяется по формуле:

$$Дно = \frac{Кно}{Комп} \times 100 \%, \text{ где:}$$

*Дно* – доля участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области;

*Кно* – количество частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области;

*Комп* – количество всех медицинских организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области.

Данный показатель рассчитывается один раз в год на основе данных, содержащихся в Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на соответствующий год и на плановый период - «Перечень медицинских организаций, их структурных подразделений, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на соответствующий год и на плановый период».

294. В результате реализации подпрограммы 3 планируется увеличение доли участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области до 36,8 % к 2020 году.



295. Подпрограмма 3 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XIII.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 3**

296. Подпрограммой 3 предусматривается привлечение частных медицинских организаций для оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

#### **РАЗДЕЛ XIII.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 3**

297. Предоставление государственной поддержки по мероприятию подпрограммы 3 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

298. В рамках подпрограммы 3 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

299. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 3 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XIII.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 3**

300. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 3 выражается в обеспечении медицинской статистикой.

#### **РАЗДЕЛ XIII.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 3**

301. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 3 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

302. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных организаций, а также

государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 3 не предусмотрено.

### **РАЗДЕЛ XIII.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 3**

303. Объем финансового обеспечения реализации подпрограммы 3 осуществляется за счет текущего финансирования медицинских организаций.

### **РАЗДЕЛ XIII.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 3**

304. В рамках реализации подпрограммы 3 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

## **РАЗДЕЛ XIV. ПОДПРОГРАММА «ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА НА 2013-2020 ГОДЫ»**

### **Паспорт подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013 – 2020 годы»**

<p>Ответственный исполнитель подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013 – 2020 годы» (далее подпрограмма 4):</p>	<p>Министерство здравоохранения Калининградской области</p>
<p>Соисполнители подпрограммы 4:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Министерство финансов Калининградской области;</li> <li>2) Министерство образования Калининградской области;</li> <li>3) Министерство социальной политики Калининградской области;</li> <li>4) Агентство по делам молодежи Калининградской области;</li> <li>5) Агентство по спорту Калининградской области</li> </ol>

Участники подпрограммы 4:	органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения; общественные организации; организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства
Программно-целевые инструменты подпрограммы 4:	целевая программа Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»; целевая программа Калининградской области «Областная инвестиционная программа на 2009-2014 годы»
Цель подпрограммы 4:	обеспечение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям посредством профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний; повышения эффективности, объемов, видов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и потребности населения, передовых достижений медицинской науки
Задача подпрограммы 4:	повышение эффективности службы родовспоможения и детства
Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 4:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) первичная инвалидность у детей, число детей, которым впервые установлена инвалидность, на 10 тыс. детей соответствующего возраста;</li> <li>2) доля обследования беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности, %;</li> <li>3) ранняя неонатальная смертность, случаев на 1000 родившихся живыми;</li> <li>4) смертность детей в возрасте 0-17 лет, случаев на 10000 населения соответствующего возраста;</li> <li>5) охват новорожденных детей неонатальным скринингом, % от общего числа родившихся;</li> <li>6) охват новорожденных детей и детей первого года жизни аудиологическим скринингом, % от общего</li> </ol>

	числа родившихся
Этапы и сроки реализации подпрограммы 4:	подпрограмма 4 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа: первый этап: 2013 - 2015 годы; второй этап: 2016 - 2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 4 (с разбивкой по годам):	средства областного бюджета – 681066,6 тыс. рублей, в том числе: 2013 год – 43255,7 тыс. рублей; 2014 год – 82012,1 тыс. рублей; 2015 год – 39243,0 тыс. рублей; 2016 год – 33828,6 тыс. рублей; 2017 год – 120681,8 тыс. рублей; 2018 год – 120681,8 тыс. рублей; 2019 год – 120681,8 тыс. рублей; 2020 год – 120681,8 тыс. рублей
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 4:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) снижение первичной инвалидности у детей до 21,0 ребенка, которым впервые установлена инвалидность, на 10 тыс. детей соответствующего возраста;</li> <li>2) увеличение доли обследования беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности до 95 %;</li> <li>3) снижение ранней неонатальной смертности до 2,5 случая на 1000 родившихся живыми;</li> <li>4) снижение смертности детей в возрасте 0-17 лет до 6,5 случая на 10000 населения соответствующего возраста;</li> <li>5) увеличение охвата новорожденных детей неонатальным скринингом до 99 % от общего числа родившихся;</li> <li>6) увеличение охвата новорожденных детей и детей первого года жизни аудиологическим скринингом до 99 % от общего числа родившихся</li> </ol>

#### **РАЗДЕЛ XIV.I. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 4, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

305. Вопросы охраны здоровья матери и ребенка, снижения материнской, младенческой и детской смертности являются приоритетными для основных направлений развития здравоохранения Калининградской области.

306. На показатели материнской, младенческой и детской смертности в Калининградской области в значительной степени влияют географические особенности территории Калининградской области, ее эксклавное положение по отношению к основной части России. Это создает дополнительные трудности в кадровом обеспечении здравоохранения, последипломном обучении специалистов, направлении детей на консультации и лечение в федеральные медицинские центры, что всегда связано с дополнительными расходами для семьи, для больных, находящихся в тяжелом состоянии, с необходимостью эвакуации для высокотехнологичного лечения по многим профилям детской патологии специальными дорогостоящими авиарейсами с полным реанимационным сопровождением.

307. В Калининградской области уровень материнской смертности в течение последних десяти лет ниже, чем по России. В 2009 и 2010 годах случаев материнской смертности не зарегистрировано. В 2011 году произошло 2 случая смерти женщин, связанных с течением беременности и родов, один из которых отнесен к непредотвратимым (показатель 18 на 100 тысяч родившихся). В 2012 году случаев материнской смертности не было.

308. Снижению показателя материнской смертности способствовало укрепление системы трехуровневой перинатальной помощи с централизацией родовспомогательной помощи на втором и третьем перинатальных уровнях, при этом роды группы высокого перинатального риска концентрируются на третьем перинатальном уровне. В сентябре 2009 года введено в строй и приступило к работе государственное автономное учреждение здравоохранения «Региональный перинатальный центр», что имеет большое значение для совершенствования медицинской помощи в этой сфере.

309. Младенческая смертность в Калининградской области с 2000 года имеет устойчивую тенденцию к снижению, т.к. показатель до 2000 года значительно превышал уровень Российской Федерации. В настоящее время Калининградская область стремится к поддержанию уровня данных по младенческой смертности г. Санкт-Петербурга (4,2 случая в 2011 году) и среднеевропейских показателей (в Германии в 2010 году показатель младенческой смертности составил 3,5 случая на 1000 родившихся живыми, в Польше – 6,42 случая, в Литве – 6,27 случая в 2011 году).

310. В 2011 – 2013 годах в рамках целевой программы Калининградской области «Программа модернизации здравоохранения

Калининградской области на 2011 – 2013 годы» улучшены условия пребывания пациентов во всех детских и родовспомогательных медицинских организациях (их подразделениях), приобретено медицинское оборудование, в том числе магнитно-резонансный томограф для государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области», ультразвуковое оборудование экспертного класса и реанимационное оборудование для новорожденных детей для родовспомогательных и детских учреждений, внедрены более 20 стандартов оказания медицинской помощи в неонатологии педиатрии, внедряются информационные технологии.

311. В целом в Калининградской области сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям. Функционирует государственное автономное учреждение Калининградской области «Региональный перинатальный центр», в котором оказывается медицинская помощь наиболее тяжелому контингенту пациентов. В то же время медицинские организации родовспоможения и детства еще не в полной мере соответствуют утвержденным отраслевым порядкам оказания медицинской помощи, не полностью обеспечены койками реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, располагающими современным высокотехнологичным оборудованием (в настоящее время функционируют 2,7 койки реанимации новорожденных на 1000 родов при рекомендуемом показателе 4,0 койки на 1000 родов).

312. В Калининградской области имеется кадровый дефицит неонатологов и медицинских сестер. При удовлетворительной укомплектованности государственного автономного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» в межрайонных перинатальных центрах второго уровня в городах Советске, Гусеве, Черняховске имеется по одному неонатологу, что не позволяет обеспечить круглосуточную неонатологическую помощь. Реанимационная помощь новорожденным детям в ночное время, выходные дни оказывается анестезиологами-реаниматологами общей сети.

313. Важнейшей проблемой службы охраны здоровья матери и ребенка в Калининградской области является размещение родильных домов и детских больниц в зданиях постройки 1903 – 1920 годов. Проводимый капитальный ремонт зданий, при постройке которых использовались технологии камышовых перекрытий, неэффективен, улучшает состояние медицинских организаций на короткий срок и требует постоянных повторных вложений денежных средств. В родовспомогательных медицинских организациях повышен риск развития групповых гнойно-септических заболеваний, реализовавшийся в 2012 году в одном из родильных домов с заболеванием 13 новорожденных детей.

314. Актуальной проблемой является выхаживание детей, родившихся с малой или экстремально малой массой тела (с 22-й недели рождения, 500 граммов).

315. На 2013 год в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 27 декабря 2012 года № 1078, запланировано осуществление процедур экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на базе общества с ограниченной ответственностью «Центр - Доктор». Планируется дальнейшее развитие службы ЭКО на базе государственного автономного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр».

316. В связи с вышеизложенным имеется острая необходимость в строительстве и реконструкции родовспомогательных и детских медицинских организаций.

317. Необходимо строительство корпуса государственного автономного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» на 100 коек для размещения родильного отделения на 50 коек, отделения патологии новорожденных детей на 20 коек, отделения ранних сроков патологии беременности на 30 коек. Цель включения объекта в настоящую подпрограмму 4 – переезд больницы отделения по оказанию родовспомогательной помощи из старых зданий постройки 1906 и 1920 годов (государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом Калининградской области № 3», государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом Калининградской области № 4») в помещения, соответствующие нормативным требованиям.

318. Необходимо также строительство объекта «Родильный дом на 60 коек на ул. Цветочной, 4, в г. Черняховске Калининградской области». Цель - создание в восточной части Калининградской области современного межрайонного перинатального центра второго уровня, оказывающего медицинскую помощь жителям следующих муниципальных образований Калининградской области: Черняховского муниципального района, Озёрского, Нестеровского районов, Гусевского муниципального района.

319. В целях улучшения условий оказания медицинской помощи детям большое значение имеет строительство корпуса государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области» на 70 коек в целях создания условий, соответствующих нормативным требованиям, для организации педиатрического отделения на 60 коек и 10 коек паллиативной помощи детям для жителей города Калининграда и Калининградской области.

320. В целях обеспечения полноценной специализированной помощи детям по всем профилям необходима реконструкция зданий бывшего государственного учреждения здравоохранения Калининградской области «Медико-санитарная часть», переданных государственному бюджетному

учреждению здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области» - лечебного корпуса для создания хирургического центра на 200 хирургических коек с отделениями неонатальной хирургии (обеспечение более широкого объема оперативного лечения новорожденных детей с нарушениями развития желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной и центральной нервной систем), травматологии, нейрохирургии, челюстно-лицевой хирургии, гнойной хирургии, урологии, патологоанатомического отделения, строительство надземного перехода между лечебными корпусами. Не менее важно проведение реконструкции одного из зданий государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области» для онкогематологического отделения, поликлиники и операционного блока с организацией отделения детской онкологии на 40 коек с 2 койками реанимации и интенсивной терапии.

321. В Калининградской области при ее небольшой площади территории, достаточно развитом дорожном сообщении, доступности автомобильного транспорта целесообразна максимальная централизация как родовспомогательной помощи, так и специализированной помощи детям.

322. Снижение младенческой и детской смертности от травм, насильственных действий, пренебрежения родителями из социально неблагополучных семей здоровьем и благополучием своих детей планируется в тесном взаимодействии с органами социальной защиты населения, опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Калининградской области, МВД России, МЧС России. В настоящее время это осуществляется посредством решения вопросов медико-социально-психологической поддержки беременных женщин и женщин, имеющих детей раннего возраста, при трудной жизненной ситуации в семье – посредством совместной работы женских консультаций с центрами социальной помощи семье и детям в муниципальных образованиях Калининградской области. Приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от 20 июля 2012 года № 231 «О порядке временного помещений детей из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в дома ребенка Калининградской области и выписки из них» создана комиссия, которая решает вопросы временного помещения детей из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в дома ребенка Калининградской области (ежеквартально в дома ребенка помещаются до 20 таких детей).

323. В результате межведомственной работы по оказанию медико-социально-психологической помощи женщинам и детям в Калининградской области число абортс снижается с 59,1 случая на 1000 женщин фертильного возраста в 1997 году (максимальное значение за последние 15 лет) до 28,4 случая в 2012 году. Абсолютное число абортс также снижается от 8400 случаев в 2008 году до 6833 случаев в 2012 году (статистика ведется с учетом прерываний беременности, произведенных в частных медицинских центрах).



Целесообразно продолжение работы по расширению сети и сохранению функционирующих центров охраны репродуктивного здоровья подростков, по проведению ежегодных семинаров на тему охраны репродуктивного здоровья подростков с участием представителей молодежных центров.

324. Смертность новорожденных в Калининградской области составляет 70 % от смертности детей первого года жизни, поэтому важным направлением снижения смертности детского населения является улучшение помощи новорожденным, развитие инновационных методов лечения, неонатальной хирургии в ведущих медицинских организациях, реанимационно-интенсивная помощь матерям и детям при критических состояниях. Для повышения квалификации медицинских кадров и качества оказания медицинской помощи в родовспомогательных медицинских организациях Калининградской области планируется постоянная работа по координации и мониторингу системы взаимодействия медицинских организаций, контроль маршрутизации пациентов, обучение кадров с использованием симуляционных центров. Предусматривается создание абсолютно новой системы взаимоотношений медицинских организаций акушерского и педиатрического профилей на территории Калининградской области, ужесточение требований к качеству оказания медицинской помощи, изменение форм отчетности, создание новых подходов к мотивации персонала.

325. Для снижения смертности детей всех возрастных групп чрезвычайно важна отлаженная система раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка.

326. Снижению младенческой и материнской смертности в Калининградской области способствовали меры по повышению эффективности пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, что являлось одним из основных направлений деятельности здравоохранения в 2012 году. Внедрен централизованный алгоритм выявления беременных женщин группы высокого риска нарушений развития плода на основании массового охвата биохимическим скринингом и ультразвуковым исследованием всех женщин на сроке 11 – 14 недель беременности с последующим углубленным обследованием, медико-генетическим консультированием пациенток, у которых выявляются отклонения. Обследование осуществляется на базе центра планирования семьи и репродукции государственного автономного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр», проведена работа по установке медицинского оборудования, приобретенного за счет средств федерального и областного бюджетов, по подготовке кадров врачей ультразвуковой диагностики (3 врача в 2011 - 2012 годах получили международный сертификат по пренатальной диагностике), медицинской генетики и лабораторной диагностики. Охват обследованием беременных женщин от числа поставленных на диспансерный учет - более 95 %. В 2012 году в пренатальном периоде выявлен 121 случай нарушений развития плода,

в том числе – 92 врожденных порока развития (прервана беременность в 39 случаях) и 29 хромосомных aberrаций (18 прерываний беременности). Все женщины с пролонгированной беременностью в целях оказания максимально возможной помощи новорожденному ребенку, ранней коррекции выявленных при неонатальном скрининге изменений, направлены на роды в государственное автономное учреждение Калининградской области «Региональный перинатальный центр», 5 женщин - в федеральные перинатальные центры.

327. В целях оказания своевременной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, с первых дней жизни ребенка, осуществляется массовое обследование новорожденных детей для выявления наследственных заболеваний, врожденной тугоухости. В рамках медицинской помощи детям с врожденной тугоухостью в Калининградской области организована работа по аудиологическому скрининговому обследованию новорожденных и детей первого года жизни, данным видом обследования охвачено 95 % родившихся детей. В консультативно-диагностическом центре детской областной больницы функционирует амбулаторное сурдологическое отделение, оснащенное оборудованием, подготовлен врач - детский сурдолог. В 2012 году выявлены и направлены на оперативное лечение в виде кохлеарной имплантации в федеральные специализированные центры 10 детей. Планируется развитие службы реабилитации по данному направлению.

328. В Калининградской области экстренную и плановую хирургическую, травматологическую и нейрохирургическую помощь детям оказывает единственная медицинская организация – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области», при этом в настоящее время в структуре больницы имеется возможность функционирования только двух хирургических отделений - общей хирургии (40 коек), с койками нейрохирургии, урологии, гнойной хирургии (45 коек), и одно травматолого-ортопедическое отделение, мощность которого недостаточна, травматологические койки работают с нагрузкой более 350 дней в году, в связи с чем недостаточно доступна ортопедическая стационарная помощь, особенно детям младшего возраста, перенесшим перинатальные заболевания и нуждающимся в ортопедическом лечении. В целях улучшения условий оказания хирургической и травматологической помощи детям больнице в 2009 году передано освободившееся здание бывшего государственного учреждения здравоохранения Калининградской области «Медико-санитарная часть», которое требует капитального ремонта и реконструкции.

329. Необходима государственная поддержка осуществления программы строительства и реконструкции родовспомогательных учреждений, реконструкции многопрофильного детского стационара в Калининградской области с выделением средств федерального бюджета.

## **РАЗДЕЛ XIV.П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 4**

330. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 4 определены в следующих документах:

1) Указе Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

2) государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294;

3) Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р;

4) постановлении Правительства Калининградской области от 26 сентября 2012 года № 744 «О Концепции действий в интересах детей в Калининградской области на 2012-2017 годы».

331. Приоритетами государственной политики являются:

1) улучшение демографической ситуации в Калининградской области;

2) снижение материнской и младенческой смертности;

3) ранее выявление отклонений в развитии детей и ранняя их коррекция;

4) предупреждение инвалидизации детского населения.

## **РАЗДЕЛ XIV.П. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧА И ПОКАЗАТЕЛИ (ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 4**

332. Целью подпрограммы 4 является обеспечение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям посредством профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, повышения эффективности, объемов, видов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и потребности населения, передовых достижений медицинской науки.

333. Для достижения указанной цели предусматривается решение задачи по повышению эффективности службы родовспоможения и детства.

334. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задачи подпрограммы 4:

1) первичная инвалидность у детей;

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

беременности;

3) ранняя неонатальная смертность;

4) смертность детей в возрасте 0-17 лет;

5) охват новорожденных детей неонатальным скринингом;

6) охват новорожденных детей и детей первого года жизни аудиологическим скринингом.

335. Показатель первичной инвалидности у детей является базовым индикатором состояния здоровья детского населения, отображает уровень экономического и социального благополучия субъекта Российской Федерации.

Рассчитывается как отношение числа детей, которые впервые признаны инвалидами, к общему числу детей, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, по формуле:

$$Pi = \frac{Ni}{Nd} \times 10000, \text{ где:}$$

$Pi$  – показатель первичной инвалидности;

$Ni$  – число детей, которые впервые признаны инвалидами;

$Nd$  – общее число детей, проживающих на территории субъекта Российской Федерации.

Определяется ежегодно по форме № 19 государственного статистического наблюдения.

336. Показатель доли обследования беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности характеризует работу родовспомогательных учреждений по раннему выявлению нарушений развития плода в целях предупреждения случаев младенческой смертности детей от нарушений развития, несовместимых с жизнью.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$ДоЖ = \frac{Ч_{ож}}{Ч_{тн}} \times 100\%, \text{ где:}$$

$ДоЖ$  - доля обследованных женщин в первом триместре беременности;

$Ч_{ож}$  - число обследованных женщин в первом триместре беременности по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка;

$Ч_{тн}$  - число беременных женщин, поставленных на учет в первый триместр беременности.

Определяется ежегодно по форме № 32 государственного статистического наблюдения.

337. Показатель ранней неонатальной смертности характеризует эффективность работы родовспомогательных учреждений в части наблюдения за состоянием здоровья беременных женщин, качества оказания медицинской помощи женщинам при родах и новорожденным детям.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$P_n = \frac{N_n}{N_p} \times 100 \% , \text{ где:}$$

$P_n$  – ранняя неонатальная смертность;

$N_n$  - число умерших детей в первые 168 часов после рождения;

$N_p$  - число детей, родившихся живыми.

Определяется ежегодно по форме № 32 государственного статистического наблюдения.

338. Показатель смертности детей в возрасте 0-17 лет определяется ежегодно на основе мониторинга территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области в соответствии с Федеральным планом статистических работ (пункт 1.8.8.).

339. Показатель охвата новорожденных детей неонатальным скринингом характеризует раннее выявление детей с врожденными нарушениями обмена веществ для организации своевременного обеспечения детей необходимыми лекарственными средствами, лечебным питанием в целях сохранения жизни ребенка.

Рассчитывается как отношение числа новорожденных, обследованных на наследственные заболевания к общему числу новорожденных детей, по формуле:

$$\text{Онс} = \frac{N_{он} * 100\%}{N_о}, \text{ где:}$$

Онс – охват неонатальным скринингом;

$N_{он}$  – число новорожденных, обследованных на наследственные заболевания;

$N_о$  – общее число новорожденных.

340. Показатель охвата новорожденных детей и детей первого года жизни аудиологическим скринингом характеризует своевременность выявления детей с врожденными нарушениями слуха для организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с целью снижения уровня инвалидности у детей.

Рассчитывается как отношение числа новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг в течение отчетного периода к числу родившихся детей в отчетном периоде, по формуле:

$$Oac = \frac{Noa * 100\%}{NoOp}, \text{ где:}$$

Oac – охват аудиологическим скринингом;

Noa – число новорожденных обследованных на аудиологический скрининг в течение отчетного периода;

NoOp – число родившихся детей в отчетном периоде.

341. В результате реализации подпрограммы 4 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) снижение первичной инвалидности у детей до 21,0 ребенка, которым впервые установлена инвалидность, на 10 тыс. детей соответствующего возраста;

2) увеличение доли обследования беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности до 95 %;

3) снижение ранней неонатальной смертности до 2,5 случая на 1000 родившихся живыми;

4) снижение смертности детей в возрасте 0-17 лет до 6,5 случая на 10000 населения соответствующего возраста;

5) увеличение охвата новорожденных детей неонатальным скринингом до 99 % от общего числа родившихся детей;

6) увеличение охвата новорожденных детей и детей первого года жизни аудиологическим скринингом до 99 % от общего числа родившихся.

342. Подпрограмма 4 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XIV.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 4**

343. Подпрограммой 4 предусматривается развитие системы медицинской профилактики по охране здоровья матери и ребенка.

344. Мероприятия подпрограммы 4 направлены на улучшение диспансерного наблюдения, профилактики, раннее выявление и лечение заболеваний женщины-матери и ее новорожденного ребенка и включают: совершенствование пренатальной диагностики врожденных, наследственных заболеваний, закупку тест-систем для скрининга беременных и новорожденных на врожденные пороки развития, проведение аудиологического скрининга на раннее выявление патологии слуха у новорожденных и детей раннего возраста, профилактика стоматологических заболеваний, инфекционных заболеваний, совершенствование оказания помощи детям с эндокринологическими заболеваниями, совершенствование материально-технической базы медицинских организаций родовспоможения

и детства с целью снижения младенческой и детской смертности, инвалидизации детского населения.

#### **РАЗДЕЛ XIV.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 4**

345. Предоставление государственной поддержки по мероприятиям подпрограммы 4 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

346. В рамках подпрограммы 4 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

347. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 4 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XIV.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 4**

348. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 4 выражается в обеспечении медицинской статистикой.

#### **РАЗДЕЛ XIV.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 4**

349. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 4 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

350. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 4 не предусмотрено.

#### **РАЗДЕЛ XIV.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 4**

351. Объем финансового обеспечения реализации подпрограммы 4 за счет средств областного бюджета составляет 681066,6 тыс. руб., в том числе по годам:

2013 год – 43255,7 тыс. рублей;  
 2014 год – 82012,1 тыс. рублей;  
 2015 год – 39243,0 тыс. рублей;  
 2016 год – 33828,6 тыс. рублей;  
 2017 год – 120681,8 тыс. рублей;  
 2018 год – 120681,8 тыс. рублей;  
 2019 год – 120681,8 тыс. рублей;  
 2020 год – 120681,8 тыс. рублей.

#### **РАЗДЕЛ XIV. IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 4**

352. В рамках реализации подпрограммы 4 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

#### **РАЗДЕЛ XV. ПОДПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА 2013-2020 ГОДЫ»**

##### **Паспорт подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на 2013-2020 годы»**

Ответственный  
исполнитель  
подпрограммы  
«Развитие  
медицинской  
реабилитации и  
санаторно-  
курортного  
лечения на 2013-  
2020 годы»  
(далее -  
подпрограмма 5):

Министерство здравоохранения Калининградской  
области

Соисполнители  
подпрограммы 5:

- 1) Министерство финансов Калининградской области;
- 2) Министерство образования Калининградской области;



	области; 3) Министерство социальной политики Калининградской области
Участники подпрограммы 5:	органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения; общественные организации; организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства
Программно-целевые инструменты подпрограммы 5:	отсутствуют
Цель подпрограммы 5:	увеличение продолжительности активного периода жизни населения
Задача подпрограммы 5:	разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации, а также разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения
Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 5:	1) охват санаторно-курортным лечением пациентов, %; 2) охват реабилитационной медицинской помощью пациентов, %; 3) охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся, %
Этапы и сроки реализации подпрограммы 5:	подпрограмма 5 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа: первый этап: 2013-2015 годы; второй этап: 2016-2020 годы
Объемы бюджетных	финансовое обеспечение реализации подпрограммы 5 осуществляется в счет текущего

ассигнований подпрограммы 5:	финансирования медицинских организаций
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 5:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение доступности санаторно-курортного лечения для пациентов - не менее 45 %;</li> <li>2) увеличение доли пациентов, охваченных реабилитационной медицинской помощью, - не менее 25 %;</li> <li>3) увеличение доли детей-инвалидов из числа нуждающихся, охваченных реабилитационной медицинской помощью, до 85 %</li> </ol>

### **РАЗДЕЛ XV.I. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 5, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

353. Процессы формирования здоровья населения Калининградской области отражают общие тенденции ее социально-экономического развития. Наиболее острыми проблемами здоровья населения на протяжении ряда лет являлись низкий уровень рождаемости, высокий уровень общей смертности, отрицательный естественный прирост населения. В результате деятельности органов управления здравоохранением и медицинских организаций, реализации целевых программ Калининградской области в сфере здравоохранения и ряда международных проектов удалось добиться улучшения некоторых показателей здоровья населения Калининградской области.

354. Но в структуре возрастных групп населения вырос удельный вес лиц старше трудоспособного возраста, следовательно, количество пациентов с хроническими заболеваниями ежегодно увеличивается, что требует постоянного и существенного повышения затрат на здравоохранение.

355. Патология сердечно-сосудистой системы является основной причиной смертности в Калининградской области – 51,7 % от общего числа. Инсульт является не менее важной медико-социальной проблемой, в первые месяцы погибает около 25 % больных, а к концу года с момента заболевания еще около 25 %. К труду могут возвратиться не более 15 %, остальные остаются инвалидами и до конца жизни нуждаются в медико-социальной поддержке. Кроме того, государство несет значительные экономические потери из-за убыли значительного контингента (перенесших инсульт в трудоспособном возрасте) и затраты на социальную поддержку инвалидов. Среди выживших после инсульта пациентов не менее 75 % имеют стойкую инвалидность. Показатель инвалидности от инсульта в Калининградской области составляет 12,1 на 10 тыс. человек населения.

356. Отсутствие системного подхода в организации оказания реабилитационной помощи населению, дефицит коечного фонда для

оказания помощи по медицинской реабилитации как взрослых, так и детей, крайний дефицит амбулаторной формы оказания реабилитационной помощи, отсутствие патронажной формы оказания реабилитационной помощи не позволяют в полной мере обеспечить потребность населения в данных медицинских услугах.

357. Таким образом, без создания и развития единой системы оказания специализированной, преемственной, максимально индивидуализированной, управляемой помощи по медицинской реабилитации при основных инвалидизирующих заболеваниях и повреждениях органов и систем, а также по абилитации и реабилитации детей, родившихся с малой или экстремально малой массой тела (с 22-й недели рождения, 500 граммов), детей с перинатальными неврологическими, ортопедическими заболеваниями, пороками развития, в том числе с врожденными пороками сердечно-сосудистой системы, невозможно добиться значимого снижения показателей инвалидизации населения, увеличения периода активной жизни. В Калининградской области создана трехуровневая система реабилитационной помощи пациентам (рисунки 2, 3, 4).

358. Реабилитационная помощь первого уровня в Калининградской области в настоящее время оказывается в детских и взрослых поликлиниках в городе Калининграде и поликлинических отделениях центральных районных больниц. Реабилитационные отделения организованы в поликлинике государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница», государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Городская поликлиника № 5», государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» (отделение реабилитации для детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата). Дети с неврологической патологией, в том числе с детским церебральным параличом, получают социально-медицинско-педагогическую реабилитацию в государственном бюджетном учреждении социального обслуживания Калининградской области «Реабилитационный центр для детей с ограниченными способностями «Детство». Плановые курсы реабилитационного лечения при неврологической патологии проводятся в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области». Пациенты также направляются в федеральные государственные санаторные организации, расположенные на территории Калининградской области и работающие в системе обязательного медицинского страхования.

Рисунок 2



Рисунок 3



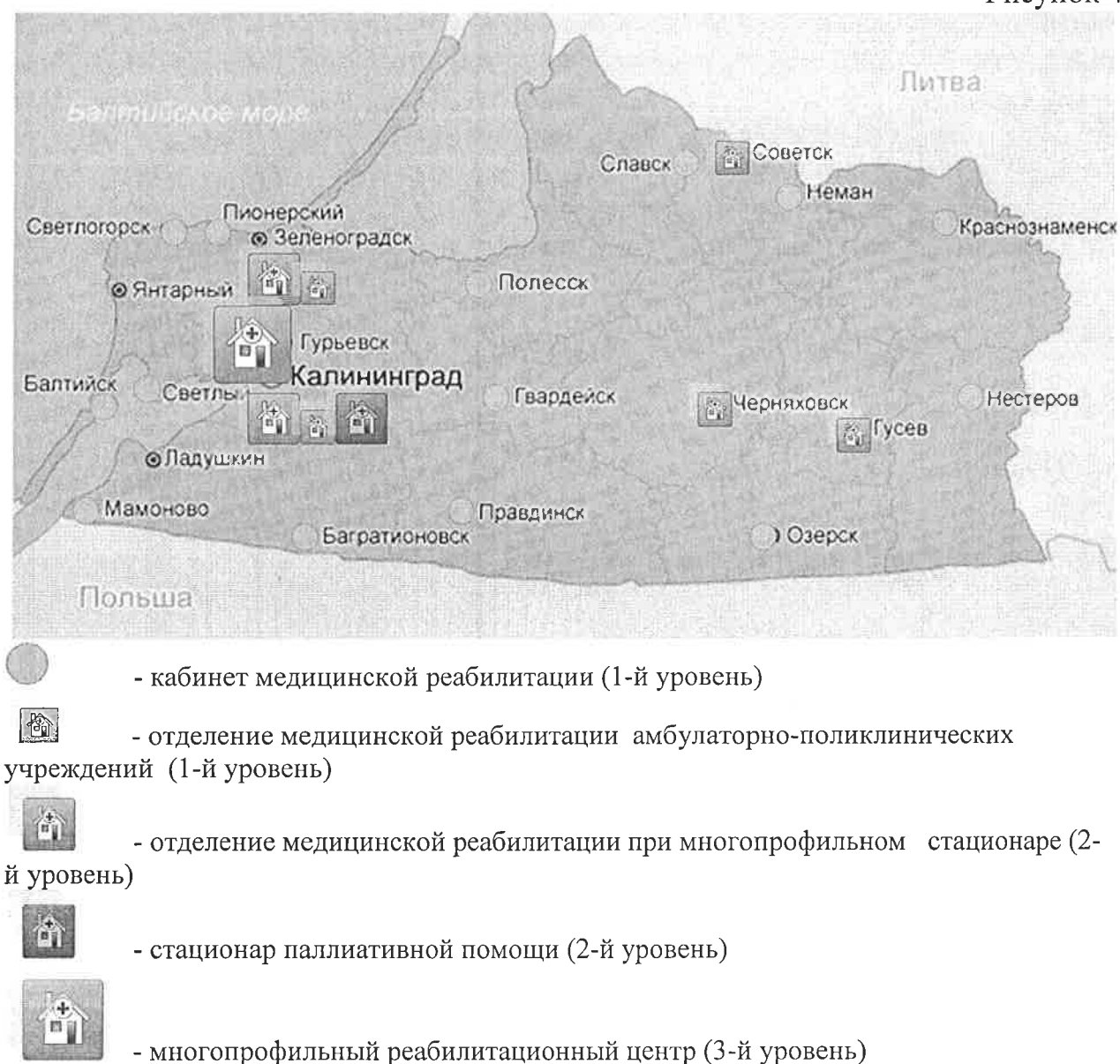
359. Реабилитационная помощь второго уровня оказывается:

1) детям в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Детская областная больница Калининградской области» и федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский ортопедический санаторий «Пионерск» в рамках системы обязательного медицинского страхования;

2) взрослым в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница» - пациентам с нарушением функции центральной нервной системы и органов чувств, в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Зеленоградская центральная районная больница» - пациентам кардиологического профиля, паллиативная помощь в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2».

360. Для оказания реабилитационной помощи третьего уровня требуется строительство многопрофильного межрегионального реабилитационного центра в городе Калининграде мощностью 200 коек на базе Калининградского клинического комплекса федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинско-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - ККК ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ России).

Рисунок 4



361. Развитие структуры реабилитационной помощи требует повышения квалификации и дополнительного обучения имеющихся медицинских кадров. Укомплектование штатного расписания многопрофильного межрегионального реабилитационного центра в соответствии с порядками оказания реабилитационной помощи будет проходить за счет кадрового ресурса медицинского персонала ККК ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ России.

362. Целесообразность решения проблемы совершенствования реабилитационной помощи программно-целевым методом определяется следующими факторами:

- 1) наличие медико-экономических задач, решение которых связано с оптимизацией системы оказания медицинской реабилитационной помощи;
- 2) необходимость мультидисциплинарного подхода к реабилитации больных;
- 3) возможность значительного сокращения сроков решения проблемы за счет использования государственной поддержки;
- 4) возможность привлечения средств федерального бюджета для решения проблемы организации многопрофильной реабилитационной помощи.

363. Реализация мероприятий по совершенствованию реабилитационной помощи с применением программно-целевого метода позволяет внедрить комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) на компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Широкое внедрение новых реабилитационных технологий и маршрутизации позволит снизить госпитальную летальность и смертность пациентов, приведет к улучшению функциональных исходов заболеваний.

364. Важным компонентом восстановления и поддержания здоровья граждан, наряду с медицинской реабилитацией, является санаторно-курортное лечение.

365. Санаторно-курортное лечение в соответствии с медицинскими показаниями осуществляется в санаторно-курортных организациях различной формы собственности с использованием безопасных немедикаментозных природных лечебных ресурсов, таких, как климат, минеральные воды, лечебные грязи, и направлено на активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний и

оздоровления, а также на восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации (таблица 6).

Таблица 6

№ п/п	Вид санаторно-курортной организации	Общая коечная мощность	Организационно-правовая форма	Профиль
1	2	3	4	5
1	Санатории для взрослых	751	Общество с ограниченной ответственностью «Янтарный берег»	многопрофильный: сердечно-сосудистый - 216 неврологический - 131 пульмонологический - 24 гастроэнтерологический - 47 гинекологический - 1 костно-мышечный - 310 травматологический - 11 эндокринологический - 11
2	Санатории для взрослых	230	Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Зеленоградск»	многопрофильный: сердечно-сосудистый - 90 неврологический - 55 гинекологический - 5 костно-мышечный - 80
3	Санатории для взрослых	200	Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Отрадное»	многопрофильный: сердечно-сосудистый – 80 неврологический – 30 эндокринологический - 10 костно-мышечный - 80
4	Санатории для взрослых	180	Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Чайка»	многопрофильный: сердечно-сосудистый- 60 неврологический - 55 гинекологический - 5 костно-мышечный - 60
5	Санатории для взрослых	650	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Светлогорский центральный военный санаторий» Министерства обороны Российской Федерации	многопрофильный: сердечно-сосудистый - 200 пульмонологический - 60 неврологический - 80 гинекологический - 10 эндокринологический - 40 костно-мышечный - 200 гастроэнтерологический - 60

1	2	3	4	5
6	Санатории для взрослых	120	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Клинический санаторий «Советск» Министерства здравоохранения России»	туберкулез - 120
7	Санатории для взрослых	200	Федеральное бюджетное учреждение «Санаторий «Тройка» ФСИН России»	многопрофильный: сердечно-сосудистый - 60 неврологический - 40 пульмонологический - 20 костно-мышечный - 80
8	Санатории для взрослых	60	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Противотуберкулезный санаторий Калининградской области»	туберкулез органов дыхания - 60
9	Санатории для детей с родителями (50 мест) и детей с 2 до 18 лет (50 мест)	100	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский психоневрологический санаторий «Теремок»	психоневрологический - 100
10	40 мест для детей с родителями в возрасте 4-14 лет, 110 мест для детей с 7 до 14 лет	150	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский пульмонологический санаторий «Отрадное»	пульмонологический - 150
11	Санатории для детей с родителями (150 мест) и детей с 3 до 18 лет (150 мест)	300	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Детский ортопедический санаторий «Пионерск»	многопрофильный: ортопедический – 280 неврология - 20



1	2	3	4	5
12	Санатории для детей	60	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский противотуберкулезный санаторий»	туберкулезный - 60
13	Санаторий - профилакторий	329	Санаторий-профилакторий «Янтарь» Филиала Открытого акционерного общества РЖД - Здоровье	многопрофильный: сердечно-сосудистый - 80 костно-мышечный - 100 неврологический - 80 пульмонологический - 40: гинекологический - 9 гастроэнтерологический - 20
14	Санаторий – профилакторий	49	ФКУ «Санаторий – профилакторий «Неринга» ФСКН России»	костно-мышечный - 49
15	Всего:	3328	14	

366. Санаторно-курортные организации, расположенные на территории Калининградской области:

- 1) 4 организации находятся в федеральной собственности;
- 2) 2 организации находятся в собственности Калининградской области;
- 3) 4 организации находятся в ведомственной подчиненности (1 организация – в ведомстве Министерства обороны Российской Федерации, 1 – в ведомстве Федеральной службы исполнения наказаний, 1 – в ведомстве Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, 1 – в ведомстве Открытого акционерного общества «Российские железные дороги»);
- 4) 5 – частные организации.

367. Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения позволит создать полный цикл оказания эффективной медицинской помощи.

368. Сохранение и расширение коечного фонда по типу «Мать и дитя» позволит расширить охват реабилитационной помощью детское население.

369. Раннюю реабилитацию пациентов планируется осуществлять в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. В то же время дополнительно запланированы мероприятия по развитию медицинской реабилитации на базе специализированных реабилитационных центров.

## **РАЗДЕЛ XV.П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 5**

370. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 5 определены в следующих документах:

1) указах Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

2) государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294.

371. Областным приоритетом в сфере медицинской реабилитации является организация системы медицинской реабилитации, в полной мере обеспечивающей государственные гарантии оказания медицинской помощи в части организации медицинской реабилитации.

### **РАЗДЕЛ XV.П. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧА И ПОКАЗАТЕЛИ (ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 5**

372. Целью подпрограммы 5 является увеличение продолжительности активного периода жизни населения.

373. Задача данной подпрограммы 5 – это разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры систем медицинской реабилитации, а также разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения.

374. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задачи подпрограммы 5:

- 1) охват санаторно-курортным лечением пациентов;
- 2) охват реабилитационной медицинской помощью пациентов;
- 3) охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся.

375. Показатель охвата санаторно-курортным лечением пациентов характеризует доступность санаторно-курортного лечения.

Рассчитывается по формуле:

$$O_k = \frac{Ч_{ис.}}{Ч_{нс}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$O_k$  – охват санаторно-курортным лечением пациентов (в %);

$Ч_{ис}$  – число пациентов, получивших санаторно-курортное лечение;

$Ч_{нс}$  – число пациентов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении.

Определяется ежегодно по форме № 30 государственного статистического наблюдения.

376. Показатель охвата реабилитационной медицинской помощью пациентов характеризует доступность реабилитационной помощи.

Рассчитывается по формуле:

$$O_{ре} = \frac{Ч_{пл.}}{Ч_{ну}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$O_{ре}$  – охват реабилитационной медицинской помощью пациентов (в %);

$Ч_{пл}$  – число пациентов, получивших реабилитацию;

$Ч_{ну}$  – число пациентов, нуждающихся в реабилитации.

Определяется ежегодно по форме № 30 государственного статистического наблюдения.

377. Показатель охвата реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся характеризует доступность реабилитационной помощи детей-инвалидов.

Рассчитывается по формуле:

$$O_{инв} = \frac{Ч_{реаб.}}{Ч_{инвал}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$O_{инв}$  – охват реабилитационной помощью детей-инвалидов (в %);

$Ч_{реаб}$  – число детей-инвалидов, получивших реабилитацию;

$Ч_{инвал}$  – число детей-инвалидов, нуждающихся в реабилитации.

378. В результате реализации подпрограммы 5 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) увеличение доступности санаторно-курортного лечения для пациентов - не менее 45 %;

2) увеличение доли пациентов, охваченных реабилитационной медицинской помощью, - не менее 25 %;

3) увеличение доли детей-инвалидов из числа нуждающихся, охваченных реабилитационной медицинской помощью, до 85 %.

379. Подпрограмма 5 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XV.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 5**

380. Подпрограммой 5 предусматривается осуществление санаторно-курортного лечения в рамках реабилитационной помощи.

#### **РАЗДЕЛ XV.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 5**

381. Предоставление государственной поддержки по мероприятию подпрограммы 5 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

382. В рамках подпрограммы 5 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

383. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 5 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XV.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 5**

384. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 5 выражается в обеспечение медицинской статистикой.

#### **РАЗДЕЛ XV.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 5**

385. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 5 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

386. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 5 не предусмотрено.

## **РАЗДЕЛ XV.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 5**

387. Финансовое обеспечение реализации подпрограммы 5 осуществляется в счет текущего финансирования медицинских организаций.

## **РАЗДЕЛ XV.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 5**

388. В рамках реализации подпрограммы 5 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

## **РАЗДЕЛ XVI. ПОДПРОГРАММА «ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА 2013-2020 ГОДЫ»**

### **Паспорт подпрограммы «ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА 2013-2020 ГОДЫ»**

<p>Ответственный исполнитель подпрограммы «Оказание паллиативной помощи на 2013-2020 годы» (далее - подпрограмма б):</p>	<p>Министерство здравоохранения Калининградской области</p>
<p>Соисполнители подпрограммы б:</p>	<p>1) Министерство финансов Калининградской области; 2) Министерство образования Калининградской области; 3) Министерство социальной политики Калининградской области;</p>
<p>Участники подпрограммы б:</p>	<p>органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения; общественные организации;</p>

организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства

Программно-целевые инструменты подпрограммы 6:	отсутствуют
Цель подпрограммы 6:	повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания
Задача подпрограммы 6:	создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам
Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 6:	1) обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым, коек/100 тыс. чел. взрослого населения; 2) обеспеченность койками для паллиативной помощи детям, коек/100 тыс. чел. детского населения
Этапы и сроки реализации подпрограммы 6:	подпрограмма 6 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа: первый этап: 2013 - 2015 годы; второй этап: 2016 - 2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 6:	финансовое обеспечение реализации подпрограммы 6 осуществляется в счет текущего финансирования медицинских организаций
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 6:	1) доведение численности коек для оказания паллиативной помощи взрослым до 10 на 100 тыс. взрослого населения; 2) доведение численности коек для паллиативной помощи детям до 5,5 на 100 тыс. населения; 3) создание трехуровневой системы паллиативной помощи для населения в сельской местности и городского населения с учетом особенностей Калининградской области

## **РАЗДЕЛ XVI.I. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 6, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

389. Развитие данного направления характеризует в целом уровень гуманитарного развития общества, обеспечивает соответствие Российской Федерации высоким стандартам гарантии прав человека.

390. Развитие системы паллиативной помощи населению организационно затруднено в рамках других направлений развития здравоохранения и требует специализированного подхода. В Калининградской области целесообразно создание системы паллиативной помощи в сельской и городской местностях с учетом трехуровневой организации системы здравоохранения, имеющих особенностей Калининградской области.

391. В сельской местности оптимальным вариантом является создание отделений паллиативной помощи для организации паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими и другими социально значимыми заболеваниями, в том числе с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями. Планируется создание отделений на базе межтерриториальных центров (г. Советск, Черняховск).

392. В городе Калининграде оптимальным вариантом является создание центра паллиативной помощи для организации паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими и другими социально значимыми заболеваниями, в том числе с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями.

393. В Калининградской области паллиативная помощь оказывается в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2» (хосписное отделение на 25 коек) и в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области» (отделение на 10 коек для оказания медицинской паллиативной помощи пациентам после курса химиотерапии, при осложнениях основного заболевания).

394. Сестринский уход оказывается пациентам на 148 койках. Всего койки сестринского ухода развернуты в 16 медицинских организациях.

395. В рамках данной подпрограммы 6 планируется открытие отделения в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Ладушкинская городская больница» на 10 хосписных коек после капитального ремонта здания, на 10 коек - в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Советская центральная городская больница», на 10 коек - в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Черняховская центральная районная больница» и дополнительно 25 коек - в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2».

396. В результате будет сформирована трехуровневая система оказания паллиативной помощи:

1) уровень 1-й - кабинеты паллиативной помощи при центральных районных больницах, выездная хосписная служба;

2) уровень 2-й - отделения хосписной помощи в областных межрайонных центрах;

3) уровень 3-й - центр паллиативной медицинской помощи на 50 коек в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2».

397. Основная сложность при оказании подобной медицинской услуги - это необходимость получения лицензии на оборот наркотических и психотропных средств, а также обеспечение их хранения и контроля отпуска, что является в некоторой степени сдерживающим фактором.

398. По целому ряду требований текущее состояние дел в Калининградской области не соответствует как современной нормативной базе (в частности, требованиям противопожарной безопасности, СанПиН, строительным нормам), так и ожиданиям населения и медицинского сообщества. Пока еще сложно решается вопрос с обучением врачебного и среднего медицинского персонала основам паллиативной помощи. Нет четкой схемы маршрутизации паллиативных пациентов. Патронажная выездная служба не оснащена и не укомплектована. Отсутствуют условия и методики, во-первых, для исследования качества жизни таких пациентов и, во-вторых, для его улучшения.

399. Основными направлениями настоящей подпрограммы 6 являются:

1) организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;

2) создание и развитие выездной службы паллиативной помощи больным;

3) отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

400. С 2013 года запланировано создание и постепенное наращивание количества бригад выездной службы при государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2». Штатным расписанием государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2» на 2013 год предусмотрена одна выездная бригада патронажной службы паллиативной помощи.

401. С целью создания оптимальных условий для детей, страдающих неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также оказания помощи членам их семей, созданы 5 коек паллиативной помощи в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области» и планируется увеличение их количества до 10.



402. Создание реальной модели организации паллиативной медицинской помощи в Калининградской области планируется по двум направлениям:

- 1) создание трехуровневой модели для районов Калининградской области;
- 2) создание двухуровневой модели для областного центра.

403. Разделение по данному признаку обусловлено распределением населения по месту проживания, территориальным принципом формирования государственного заказа на оказание медицинской помощи, существующей системой здравоохранения Калининградской области.

404. В основу разработки настоящей подпрограммы 6 были положены следующие принципы:

- 1) интегрирование в существующую систему здравоохранения (паллиативная помощь должна являться составной частью общей системы лечебно-профилактических мероприятий);

- 2) критериальность, то есть предварительная корректная оценка пациента в контексте его потребности в паллиативной помощи;

- 3) создание единого областного регистра больных, нуждающихся в паллиативной помощи;

- 4) доступность (медицинская помощь должна быть максимально приближена к населению, что может быть достигнуто путем совершенствования и развития амбулаторно-поликлинического варианта обслуживания и организации консультативных центров паллиативной помощи и медико-социальных центров);

- 5) мультидисциплинарность и комплексность, так как для больных пожилого и старческого возраста характерны полиморбидность, а также множественность симптомов, обусловленных не только основной нозологией, но связанных с сопутствующими заболеваниями; кумулятивное действие множественных проблем может быть намного сильнее, чем воздействие любой отдельно взятой болезни, кроме того, в некоторых случаях нерешенные социальные проблемы могут иметь более тяжелые последствия, нежели медицинские;

- 6) преемственность и межведомственное взаимодействие в области паллиативной помощи и повышения качества жизни больных, в ней нуждающихся, в том числе подготовка и профессиональная переподготовка кадров, работающих в паллиативной медицине;

- 7) признание роли семьи и непосредственного окружения как ключевых элементов системы паллиативной помощи и обслуживания больных;

- 8) координация деятельности всех служб и ведомств, занятых в сфере оказания паллиативной помощи.

405. Каждое звено данной модели имеет свои задачи, объединенные единой целью - качественное паллиативное сопровождение пациента и его окружения на протяжении всей траектории заболевания, а не только в его

терминальной стадии.

406. В программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов определен конкретный источник финансирования паллиативной помощи в Калининградской области: предусмотрено финансовое обеспечение сверх базовой программы обязательного медицинского страхования. Средние нормативы объемов медицинской помощи, используемые для расчета необходимого обеспечения, для стационарной паллиативной помощи на 2013 год составляют 0,077 койко-дня на 1 жителя в год, на 2014 год - 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год - 0,112 койко-дня на 1 жителя, 2016 год - 0,115 койко-дня на 1 жителя. Средняя стоимость 1 койко-дня в стационарах, оказывающих паллиативную помощь, составит 1537,1 рубля в 2013 году. В 2014 году стоимость возрастет до 1654,3 рубля, на 2015 год запланировано 2137 рублей, на 2016 год – 2228,9 рублей. Таким образом, стоимость по оказанию стационарной паллиативной помощи составит в 2013 году 112,7 млн рублей, в 2014 году - 145,5 млн рублей, в 2015 году - 229,9 млн рублей, в 2016 году – 249,7 млн рублей.

407. Реализация настоящей подпрограммы 6 будет способствовать внедрению единой государственной политики в создание системы оказания паллиативной помощи, которая обеспечит:

1) создание доступной и эффективной системы оказания паллиативной помощи на основе применения лучших мировых практик, международных стандартов и подходов, научных разработок отечественных и зарубежных специалистов с целью обеспечения соответствующего качества жизни больных и членов их семей;

2) создание оптимальной сети учреждений и заведений, оказывающих паллиативную помощь, различных форм собственности, ведомственного подчинения и организационных форм;

3) помощь и поддержку семьям, которые оказались в сложных жизненных обстоятельствах;

4) координацию оказания паллиативной помощи со стороны организаций здравоохранения различного уровня и различных ведомств;

5) создание системы взаимодействия организаций здравоохранения и социальной защиты населения;

6) создание системы до- и последипломной подготовки специалистов, вовлеченных в предоставление паллиативной помощи;

7) широкое участие благотворительных, общественных, религиозных и других негосударственных организаций в вопросах обеспечения и развития паллиативной помощи;

8) повышение эффективности, рационального и целевого использования бюджетных средств.

408. Создание кабинетов, дневных стационаров, отделений, выездных патронажных бригад паллиативной медицинской помощи повлечет

необходимые затраты.

409. По Калининградской области необходимо открыть 21 кабинет, затраты на организацию их работы составят 11075400 рублей.

410. Затраты на организацию работы дневного стационара паллиативной медицинской помощи (на 3 пациенто-места) составят 475300 рублей в год. Так как дневные стационары, как и кабинеты паллиативной медицинской помощи, будут размещены в поликлинических учреждениях, необходимо открыть 21 дневной стационар, что повлечет затраты в сумме 9981300 рублей.

411. Итого затраты амбулаторного звена при организации оказания паллиативной медицинской помощи в Калининградской области составят 21056700 рублей.

412. Затраты на организацию работы отделения паллиативной медицинской помощи в межрайонных центрах (на 10 коек) составят 5745800 рублей в год. Планируется открыть 2 отделения (г. Советск, г. Черняховск), что повлечет затраты в сумме 11491600 рублей. Также в межрайонных центрах будут организованы отделения выездной патронажной службы. Затраты на их организацию составят 4637600 рублей.

413. Итого затраты на организацию стационарной помощи и работы выездных патронажных служб в Калининградской области составят 16129200 рублей.

414. Вывод: на организацию паллиативной медицинской помощи в Калининградской области на основании вышеуказанных расчетов необходимо 37185900 рублей из расчета 1 календарный год.

415. Данные затраты можно максимально минимизировать за счет:

- 1) организации оказания паллиативной медицинской помощи в имеющихся кабинетах врачей-терапевтов, врачей общей практики;
- 2) использования имеющегося кадрового ресурса: расширения функциональных обязанностей врачей-терапевтов, врачей общей практики с доплатой в виде стимулирующих надбавок;
- 3) использования машин скорой медицинской помощи для выезда патронажной службы;
- 4) перепрофилирования имеющегося коечного фонда и выделения 10 коек для оказания паллиативной медицинской помощи в межрайонных центрах;
- 5) привлечения общественных организаций, волонтеров, Красного креста для оказания паллиативной и психологической помощи на дому и в центрах оказания стационарной паллиативной помощи.

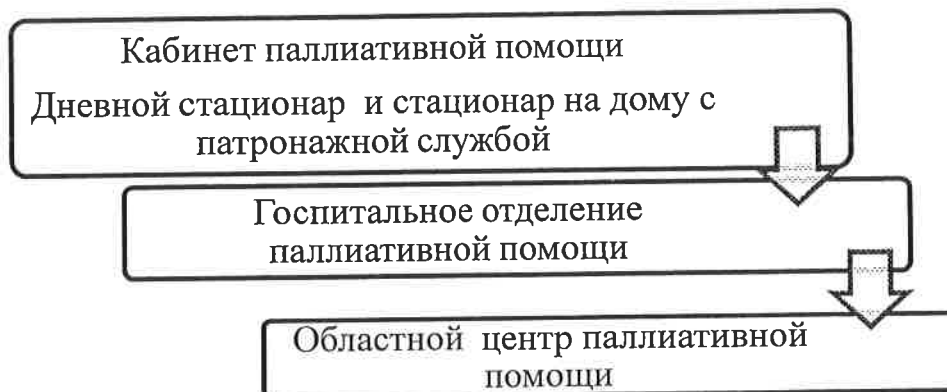
416. С применением вышеуказанных мероприятий затраты на организацию паллиативной медицинской помощи будут необходимы лишь на обучение и стимулирование медицинского персонала, что приведет к снижению затрат до 4500000 - 5000000 рублей по Калининградской области в год.

417. Центр по паллиативной медицинской помощи в городе

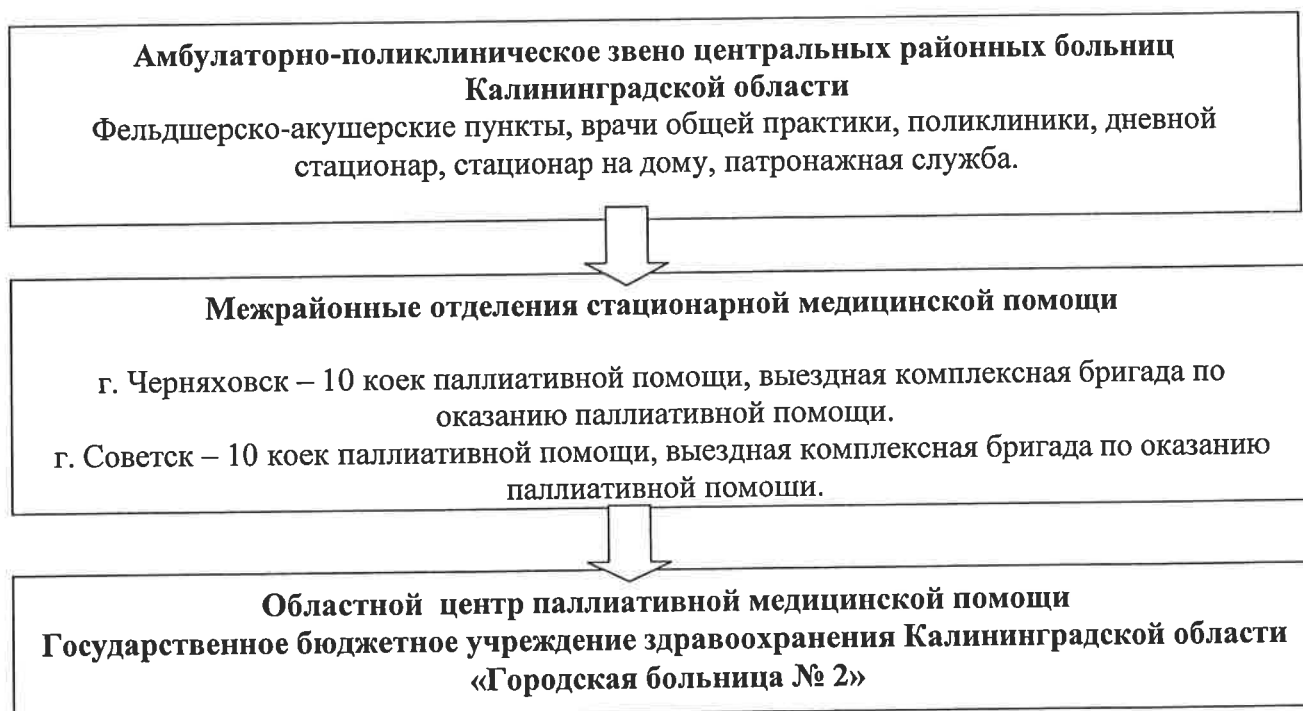
Калининграде организуется за счет перепрофилирования имеющегося коечного фонда в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2», мощность которой в настоящее время составляет 50 стационарных коек, имеется поликлиника, патронажная бригада. Штат укомплектован, имеются все необходимые лицензии. Необходимо приобрести автомобиль для выездной патронажной службы.

418. Доступ к службам паллиативной помощи должен быть основан на клинических показаниях, но не на нозологической форме заболевания, местонахождении больного, его экономическом статусе или других подобных факторах (рисунок 5).

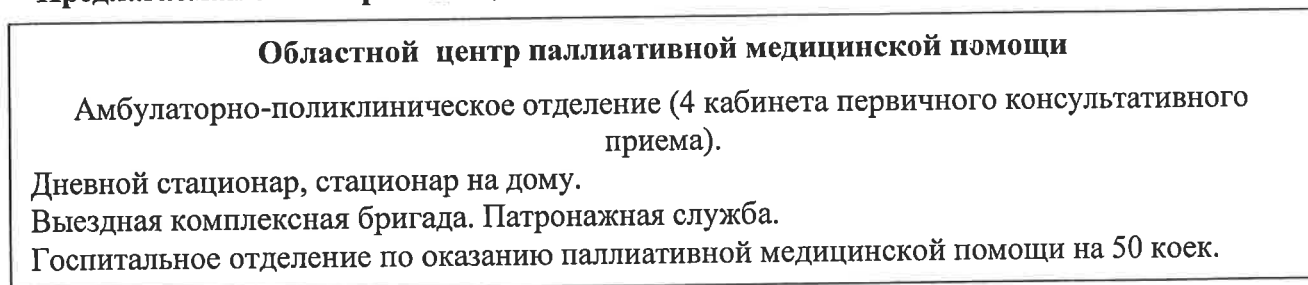
## Структура оказания паллиативной помощи



## Предлагаемая схема организации оказания паллиативной помощи в Калининградской области



## Предлагаемая схема организации паллиативной помощи в городе Калининграде



419. Исходя из принципов, положенных в основу разработки модели, реализация проекта предполагает комплекс мероприятий:

1) разработка и утверждение на уровне Калининградской области порядка оказания паллиативной медицинской помощи;

2) открытие на базе амбулаторно-поликлинических отделений центральных районных больниц Калининградской области кабинетов паллиативной помощи;

3) организация на базе существующих стационарных отделений медицинских организаций в городе Советске и городе Черняховске госпитальных отделений паллиативной медицинской помощи мощностью по 10 коек каждое для обслуживания населения, проживающего в зоне ответственности каждого из указанных межрайонных центров; также в этих центрах организуются выездные комплексные бригады, осуществляющие патронаж и оказывающие круглосуточную медико-психологическую, а при необходимости и социальную поддержку пациентам и членам их семей;

4) организация на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Городская больница № 2» областного центра паллиативной медицинской помощи, имеющего в своем составе поликлиническое отделение с кабинетами консультативного приема (не менее 4), дневной стационар, круглосуточный стационар мощностью на 50 коек, патронажную службу, комплексную выездную бригаду;

5) создание на базе областного центра постоянно действующей школы паллиативной помощи для проведения обучения пациентов, членов их семей, волонтеров;

6) разработка и включение образовательных модулей в программы подготовки врачей, средних медицинских работников, психологов, работников социальной сферы с целью более квалифицированной подготовленности по вопросам организации паллиативной помощи больным с хроническими прогрессирующими заболеваниями на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах, формирование «паллиативного подхода» на всех этапах лечебного процесса;

7) с учетом недостаточной информированности населения о проблемах оказания паллиативной помощи – широкая пропаганда в средствах массовой информации реальных возможностей оказания паллиативной помощи пациентам с тяжелыми прогрессирующими заболеваниями, создание специальных брошюр, посвященных обозначенной проблеме, для посетителей амбулаторно-поликлинических учреждений, использование возможностей средств массовой информации;

8) формирование общественного мнения на общественном уровне, предусматривающее расширение участия как отдельных граждан, так и организаций (общественных, благотворительных, религиозных) в оказании паллиативной помощи больным и членам их семей;

9) определение потребности в формировании сети организаций, оказывающих паллиативную и медико-социальную помощь incurable

больным, разработка критериев отбора нуждающихся в оказании паллиативной помощи, введение единой системы статистического учета для регистрации инкурабельных больных с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний;

10) активное привлечение органов государственной власти, органов местного самоуправления к решению вопросов по созданию условий для реализации паллиативной помощи на местах (выделение помещений, решение транспортных проблем, определение наборов возможных социальных услуг и т.д.).

## **РАЗДЕЛ XVI.П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 6**

420. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 6 определены в следующих документах:

1) указах Президента Российской Федерации от 09 октября 2007 года № 1351 «Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

2) государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294;

3) Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р.

421. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 6 – поддержание максимально возможного качества жизни неизлечимо больных пациентов в терминальной стадии болезни, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

## **РАЗДЕЛ XVI.П. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧА И ПОКАЗАТЕЛИ (ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 6**

422. Целью подпрограммы 6 является повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

423. Для достижения указанной цели предусматривается решение следующей задачи, реализуемой в рамках подпрограммы 6: создание

эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам.

424. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задачи подпрограммы 6:

1) обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым;

2) обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям.

425. Показатель обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи взрослым характеризует доступность оказания паллиативной помощи населению.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_{nn} = \frac{Ч_{нк}}{Ч_n} \times 100000, \text{ где:}$$

$O_{nn}$  – обеспеченность паллиативными койками на 100000 населения;

$Ч_{нк}$  – число паллиативных коек в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения;

$Ч_n$  – численность населения в отчетном периоде.

426. Показатель обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи детям характеризует доступность оказания паллиативной помощи детскому населению.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_{нд} = \frac{Ч_{днк}}{Ч_n} \times 100000, \text{ где:}$$

$O_{нд}$  – обеспеченность детскими паллиативными койками на 100000 населения;

$Ч_{днк}$  – число детских паллиативных коек в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения;

$Ч_n$  – численность населения в отчетном периоде.

427. В результате реализации подпрограммы 6 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) доведение численности коек для оказания паллиативной помощи взрослым до 10 на 100 тыс. взрослого населения;

2) доведение численности коек для паллиативной помощи детям до 5,5 на 100 тыс. населения;

3) создание трехуровневой системы паллиативной помощи для населения в сельской местности и городского населения с учетом особенностей Калининградской области.

428. Подпрограмма 6 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.



#### **РАЗДЕЛ XVI.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 6**

429. Подпрограммой 6 предусматривается повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников; повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

#### **РАЗДЕЛ XVI.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 6**

430. Предоставление государственной поддержки по мероприятиям подпрограммы 6 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

431. В рамках подпрограммы 6 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

432. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 6 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XVI.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 6**

433. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 6 выражается в обеспечение медицинской статистикой.

#### **РАЗДЕЛ XVI.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 6**

434. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 6 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

435. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 6 не предусмотрено.

## РАЗДЕЛ XVI.I.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 6

436. Финансовое обеспечение реализации подпрограммы 6 осуществляется в счет текущего финансирования государственных медицинских организаций.

## РАЗДЕЛ XI.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 6

437. В рамках реализации подпрограммы 6 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

## РАЗДЕЛ XVII. ПОДПРОГРАММА «КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2013 - 2020 ГОДЫ»

### Паспорт подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы»

<p>Ответственный исполнитель подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы» . (далее - подпрограмма 7):</p>	<p>Министерство здравоохранения Калининградской области</p>
<p>Соисполнители подпрограммы 7:</p>	<p>1) Министерство финансов Калининградской области; 2) Министерство социальной политики Калининградской области.</p>
<p>Участники подпрограммы 7:</p>	<p>органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской</p>

области и муниципальные учреждения;  
 общественные организации;  
 организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства

Программно-целевые инструменты подпрограммы 7:	целевая программа Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»; целевая программа Калининградской области «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013 – 2017 годы»
Цель подпрограммы 7:	обеспечение притока медицинских и фармацевтических работников в медицинские организации и закрепление их по наиболее востребованным специальностям для достижения уровня укомплектованности, позволяющего реально обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь населению Калининградской области
Задачи подпрограммы 7:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) обеспечение медицинских организаций квалифицированными специалистами;</li> <li>2) повышение профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников;</li> <li>3) повышение социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников;</li> <li>4) обеспечение взаимодействия государственных учреждений здравоохранения Калининградской области с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»;</li> <li>5) повышение престижа и социальной значимости медицинских и фармацевтических специальностей</li> </ol>
Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 7:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) обеспеченность врачами на 10 тыс. населения;</li> <li>2) обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения;</li> <li>3) укомплектованность медицинских организаций врачами;</li> <li>4) укомплектованность медицинских организаций средним медицинским персоналом;</li> </ol>

- 5) укомплектованность амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций врачами;
- 6) укомплектованность стационарных подразделений медицинских организаций врачами;
- 7) коэффициент совместительства;
- 8) показатель получателей социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг лицам, проживающим и работающим в медицинских организациях в сельской местности, от общего количества медицинских работников;
- 9) показатель получателей компенсации расходов на оплату найма жилых помещений специалистам, с высшим и средним профессиональным образованием, приглашенным для работы в федеральных медицинских центрах, расположенных на территории Калининградской области от общего количества лиц, имеющих право на получение компенсации;
- 10) показатель получателей единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты, от общего числа врачей и медицинских работников, работающих в сельской местности;
- 11) показатель обучающихся по целевым направлениям Калининградской области в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» от общего числа лиц, обучающихся по целевым направлениям;
- 12) показатель прошедших обучение по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» от общего числа обучающихся лиц;
- 13) показатель увеличения числа врачей к уровню предыдущего года;
- 14) показатель доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения

иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области;

15) показатель доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году

Этапы и сроки реализации подпрограммы 7: подпрограмма 7 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа:  
 первый этап: 2013 - 2015 годы;  
 второй этап: 2016 - 2020 годы

Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 7: (с разбивкой по годам): средства областного бюджета – 113747,1 тыс. рублей, в том числе:  
 2013 год – 17557,5 тыс. рублей;  
 2014 год – 20326,1 тыс. рублей;  
 2015 год – 12784,5 тыс. рублей;  
 2016 год – 12615,8 тыс. рублей;  
 2017 год – 12615,8 тыс. рублей;  
 2018 год – 12615,8 тыс. рублей;  
 2019 год – 12615,8 тыс. рублей;  
 2020 год – 12615,8 тыс. рублей.  
 Ежегодно содержание мероприятий и объемы финансирования подпрограммы 7 уточняются и корректируются при подготовке проекта закона Калининградской области об областном бюджете на очередной финансовый год и на плановый двухлетний период

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 7:

- 1) увеличение обеспеченности врачами на 10 тыс. населения до 31,8;
- 2) увеличение обеспеченности средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения до 67,1;
- 3) увеличение укомплектованности медицинских организаций врачами до 92,6 %;
- 4) увеличение укомплектованности медицинских организаций средним медицинским персоналом до

95,2 %;

5) увеличение укомплектованности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций врачами до 95,7 %;

6) увеличение укомплектованности стационарных подразделений медицинских организаций врачами до 97,1 %;

7) уменьшение коэффициента совместительства до 1,2;

8) увеличение доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области до 10,0 %;

9) увеличение доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году, до 25,0 %

## **РАЗДЕЛ XVII.1. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 7, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

438. Здравоохранение призвано внести ощутимый вклад в формирование производственного потенциала Калининградской области, обеспечить необходимые характеристики трудовых ресурсов.

439. Численность населения Калининградской области составляет 946,8 тыс. человек, из них 733,3 тыс. – городское население, 213,5 тыс. – сельские жители, 165,1 тыс. – дети. Численность женщин детородного возраста – 240,2 тыс. В городе Калининграде проживает 431,5 тыс. человек (44,8 процента). Численность населения трудоспособного возраста – 588,0 тыс. человек (64,3 процента), лиц старше трудоспособного возраста – 208,4 тыс. человек (20,9 процента). Динамика и прогноз удельного веса основных возрастных групп населения свидетельствуют о возрастании доли лиц старше трудоспособного возраста.

440. Повышение качества системы здравоохранения является одним из

главных приоритетов в Калининградской области. Качество системы здравоохранения неразрывно связано с возможностью оказания высокотехнологической медицинской помощи, с обеспечением квалифицированными кадрами, осуществлением мер, направленных на профилактику заболеваний.

441. Одной из проблем кадрового обеспечения является эксклавное положение Калининградской области по отношению к основной территории Российской Федерации, отсутствие возможности свободной миграции трудовых ресурсов.

442. Проблема кадрового обеспечения медицинских организаций является на сегодняшний день одной из главных проблем здравоохранения Калининградской области, при этом укомплектованность врачами, средним медицинским персоналом, непосредственно оказывающими медицинскую помощь населению, приобретает масштабы выраженного кадрового неблагополучия.

443. По данным официального статистического наблюдения, на 01 января 2014 года в медицинских организациях работает 16377 работников, в том числе: 2683 врача, 6037 средних медицинских работников.

444. Укомплектованность медицинских организаций составляет: врачами – 87,9 процента, средним медицинским персоналом – 90,5 процента.

445. Частично вопросы уровня укомплектованности медицинских организаций кадрами решаются за счет совместительства.

446. Так, в медицинских организациях на условиях совместительства работают 72 процента врачей и 78,5 процента среднего медицинского персонала.

447. Высокий коэффициент совместительства сохраняется у врачей на скорой медицинской помощи (1,7) и в стационарах (1,5). В амбулаторно-поликлинических медицинских организациях данный коэффициент ниже и составляет 1,2.

448. Анализ кадрового состава медицинских организаций по возрастному критерию свидетельствует о росте доли врачей-специалистов пенсионного возраста. Выход на пенсию медицинских работников, который не восполняется приходом молодых специалистов, является на сегодняшний день еще одной из причин прогрессирующего снижения уровня укомплектованности медицинских организаций врачебными кадрами.

449. Среди работающего врачебного персонала доля специалистов в возрасте от до 36 лет составляет 16 процентов, в возрасте от 36 до 45 лет – 16 процентов, от 46 до 50 лет – 15 процентов, от 51 до 55 лет – 18 процентов, от 56 до 60 лет - 15 процентов, свыше 61 года – 20 процентов. Процент работающих врачей пенсионного возраста - 35 процентов.

450. Недостаточная обеспеченность медицинских организаций кадрами наиболее остро ощущается в первичном звене - это участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры, врачи общей практики, врачи скорой медицинской помощи.

451. Показатели обеспеченности медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом приведены в таблице 7.

Показатели обеспеченности медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом за 2010 – 2011 годы

Таблица 7

№ п/п	Наименование муниципального образования Калининградской области	Всего врачей, чел.		Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения, %		Всего среднего медицинского персонала, чел.		Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения, %	
		2010 год	2011 год	2010 год	2011 год	2010 год	2011 год	2010 год	2011 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Городской округ «Город Калининград»	951	966	22,7	22,4	1834	1832	43,8	42,5
2	Ладушкинский городской округ	7	8	10,7	12,6	14	15	21,4	23,7
3	Мамоновский городской округ	11	12	10,9	12,4	36	34	35,7	35,1
4	Пионерский городской округ	25	22	20,8	19,9	56	52	46,5	47,0
5	Светловский городской округ	51	48	17,4	17,4	126	121	43,1	43,7
6	Советский городской округ	90	89	21,1	21,3	211	223	49,5	53,4
7	Янтарный городской округ	4	4	7,5	6,2	19	20	35,7	31,2
8	Багратионовский муниципальный район	34	37	12,0	13,1	101	98	35,7	34,6
9	Балтийский муниципальный район	53	56	14,3	15,5	139	133	37,6	36,9
10	Гвардейский район	35	36	12,3	12,0	116	125	40,7	41,7
11	Гурьевский муниципальный район	54	59	10,3	11,1	129	129	24,6	24,3
12	Гусевский муниципальный район	58	62	15,6	16,7	162	164	43,4	44,2
13	Зеленоградский район	42	43	12,9	13,3	123	101	37,9	31,3
14	Краснознаменский муниципальный район	21	23	17,9	17,9	61	61	52,0	47,4
15	Светлогорский район	24	22	14,7	14,8	46	47	28,1	31,5
16	Неманский муниципальный район	29	25	13,3	12,4	84	81	38,6	40,3
17	Нестеровский район	19	19	11,2	11,7	58	59	34,1	36,5



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Озёрский район	22	21	13,7	13,7	68	67	42,2	43,8
19	Полесский муниципальный район	28	26	14,4	13,5	65	67	33,5	34,9
20	Правдинский район	16	16	7,4	8,4	73	75	33,6	39,2
21	Славский муниципальный район	23	23	10,6	11,0	98	93	45,3	44,3
22	Черняховский муниципальный район	86	91	16,8	17,6	276	277	53,9	53,5
23	Государственные медицинские организации Калининградской области	2472	2520	26,3	26,7	5583	5578	59,5	59,2
24	Федеральные государственные медицинские организации	215	214	-	-	589	543	-	-
25	Итого:	2687	2734	28,6	29,0	6172	6121	65,8	65,0

452. В соответствии с методическими рекомендациями «Определение оптимального соотношения врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и специализированных служб», разработанными Центральным научно-исследовательским институтом информатизации и организации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, расчетная потребность во врачах-специалистах составляет 1415 человек (таблица 8).

Расчетная потребность во врачах-специалистах

Таблица 8

№ п/п	Профили	Фактические данные на 01 января 2012 года						Расчет по методике						Профицит (+) / дефицит (-)		
		штатные должности			физические лица			врачебные кадры (физические лица)						всего	поли-клиника	стационар
		всего	поли-клиника	стационар	всего	поли-клиника	стационар	всего	поли-клиника	стационар	всего	поли-клиника	стационар			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
1	Кардиология и ревматология, в т.ч.:	59,25	21,50	37,75	49	18	31	71	49	23	-22	-31	8			
	кардиология	49,00	16,50	32,50	39	13	26	54	36	18	-15	-23	8			
	ревматология	10,25	5,00	5,25	10	5	5	17	12	5	-7	-7	0			
2	Педиатрия (общая)	335,50	292,25	43,25	235	214	21	519	497	21	-284	-283	0			
3	Патология недоношенных и новорожденных	39,00		39,00	21		21	5		5	16		16			
4	Терапия (общая), в т.ч.:	462,50	355,00	107,50	350	284	66	617	547	70	-267	-263	-4			
	терапевты	418,50	341,50	77,00	322	278	44	533	488	46	-211	-210	-2			
	пульмонологи	12,00	2,00	10,00	8	1	7	13	3	10	-5	-2	-3			
	гастроэнтерологи	11,25	4,50	6,75	8	3	5	12	5	7	-4	-2	-2			
	нефрологи	8,75	1,00	7,75	6		6	5	1	4	1	-1	2			
	гематологи	5,75	0,25	5,50	4		4	4	0	4	0	0	0			
	профпатологи	6,25	5,75	0,50	2	2		4	4		-2	-2				
5	Эндокринология (г)	37,25	28,75	8,50	27	21	6	25	20	5	2	1	1			
6	Аллергология	2,75	2,75		3	3		4	3	1	-1	0	-1			

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
7	Неврология	99,25	61,25	38,00	80	57	23	119	97	23	-39	-40	0
8	Инфекционисты	41,25	19,75	21,50	29	12	17	51	25	26	-22	-13	-9
9	Хирургия (общая), в т.ч.:	361,00	104,50	256,50	255	83	172	318	175	143	-63	-92	29
	хирурги	190,00	63,75	126,25	142	52	90	170	85	85	-28	-33	5
	сердечно-сосудистые хирурги	12,25	1,50	10,75	10	1	9	25	18	7	-15	-17	2
	травматологи-ортопеды	81,25	21,00	60,25	51	17	34	59	36	23	-8	-19	11
	нейрохирурги	27,75	0,50	27,25	19	1	18	13	1	12	6		6
	онкологи	30,75	16,50	14,25	18	11	7	32	22	10	-14	-11	-3
	радиологи	9,00	1,00	8,00	7	7	7	7	7			-7	7
	челюстно-лицевые хирурги	4,50		4,50	4		4	3	1	2	1	-1	2
	колопроктологи	5,50	0,25	5,25	4	1	3	8	4	4	-4	-3	-1
10	Торакальной хирургии	5,00	0,25	4,75	4		4	6		6	-2		-2
11	Кардиохирургические												
12	Ожоговые							7		7	-7		-7
13	Урология	31,50	15,50	16,00	22	10	12	34	22	12	-12	-12	0
14	Стоматология	147,75	142,50	5,25	83	78	5	443	443		-360	-365	5
15	Акушерство-гинекология	260,50	132,75	127,75	206	115	91	211	128	83	-5	-13	8
16	Отоларингология, в т.ч.:	54,25	38,75	15,50	35	30	5	133	122	11	-98	-92	-6
	отоларингологи	53,25	37,75	15,50	34	29	5	108	97	11	-74	-68	-6
	сурдологи-	1,00	1,00		1	1		18	18		-17	-17	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	отоларингологи												
17	Офтальмология	68,25	48,00	20,25	52	38	14	103	88	14	-51	-50	0
18	Дерматология	31,25	26,00	5,25	26	20	6	77	66	11	-51	-46	-5
19	Психиатрия, в т.ч.:	102,75	38,25	64,50	73	26	47	110	64	46	-37	-38	1
	психиатры	94,00	31,50	62,50	67	22	45	88	42	46	-21	-20	-1
	психотерапевты	8,75	6,75	2,00	6	4	2	10	10		-4	-6	2
20	Наркология	33,00	21,50	11,50	26	15	11	46	41	5	-20	-26	6
21	Фтизиатрия	63,25	40,25	23,00	34	23	11	114	51	62	-80	-28	-51
22	Венерология	20,75	17,50	3,25	18	14	4	19	16	3	-1	-2	1
23	Прочие				16	5	11	29	18	11	-13	-13	0
24	Всего	2256,00	1407,00	849,00	1644	1066	578	3059	2472	587	-1415	-1406	-9
25	Реабилитационно- диагностическая группа	969,25	321,25	648,00	321	158	163	1089	399	690	-768	-241	-527
26	Группа управления	211,50	109,00	102,50	287	99	188	273	139	134	14	-40	54
27	Скорая медицинская помощь	122,00			69			122			-53		
28	Итого	3558,75	1837,25	1599,50	2321	1323	929	4544	3010	1411	-2223	-1687	-482

453. Еще одна проблема, с которой сталкиваются медицинские организации, связана с текучестью кадров (таблица 9).

Текучесть кадров в медицинских организациях за 5 лет

Таблица 9

№ п/п	Наименование показателя (на 10 тыс. человек населения)	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
1	2	3	4	5	6	7
1	Обеспеченность врачами	27,3	26,7	26,4	29,0	30,0
2	Обеспеченность средним медицинским персоналом	61,8	60,3	59,4	65,0	66,0

454. Наибольший дефицит на протяжении ряда лет ощущается в специалистах терапевтического профиля, а также детских эндокринологах, онкологах, трансфузиологах, анестезиологах-реаниматологах и ряде других специалистов (таблица 10).

Обеспеченность населения Калининградской области врачами основных специальностей (на 10 тыс. человек населения)

Таблица 10

№ п/п	Наименование специальности врачей	2000 год	2005 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	По России
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	врачи терапевтического профиля	6,7	5,7	5,9	5,6	5,4	5,6	8,9
2	врачи хирургического профиля	1,9	3,7	4,6	4,6	4,5	4,5	6,7
3	в том числе онкологи	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,43
4	эндокринологи	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	-
5	акушеры-гинекологи	4,4	2,2	4,1	4,2	4,3	4,4	5,1
6	педиатры и неонатологи	21,3	17,5	18,5	17,7	16,8	17,5	23,2
7	офтальмологи	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	1,0
8	отоларингологи	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	1,5
9	неврологи	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	0,6
10	психиатры и	1,2	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1	0,7

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	наркологи							
11	фтизиатры	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	1,2
12	дерматовенерологи	0,5	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,71
13	стоматологи	2,3	1,8	1,6	1,7	1,6	1,6	3,2
14	Врачи «скорой помощи»	0,8	0,6	0,9	0,9	0,7	0,7	1,2
15	Всего врачей	32,9	30,6	28,9	29,4	28,6	29,0	44,1

455. Низкая укомплектованность районных больниц врачами-специалистами не позволяет на должном уровне организовывать раннее выявление онкологической патологии на этапе первичного звена здравоохранения, проводить своевременную диспансеризацию больных данного профиля и осуществлять их этапное лечение.

456. Повышение качества оказываемых населению бесплатных медицинских услуг невозможно обеспечить без наличия высококвалифицированных специалистов. При этом одним из основных компонентов реформирования здравоохранения является оплата труда, которая рассматривается в современных условиях как эффективный инструмент управления персоналом в целях повышения качества оказываемых медицинских услуг. Направления деятельности, связанные с оплатой труда медицинских работников, регулируются распоряжением Губернатора Калининградской области от 28 февраля 2013 года № 98-р «О плане мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Калининградской области».

457. Низкая обеспеченность жильем молодых специалистов также является одной из причин низкой укомплектованности медицинских организаций в муниципальных образованиях Калининградской области.

458. Данные об обеспечении в 2012 году жильем врачей-специалистов приведены в таблице 11 (по информации Министерства по муниципальному развитию и внутренней политике Калининградской области, полученной от глав муниципальных образований Калининградской области в 2012 году).

#### Обеспечение жильем врачей-специалистов в муниципальных образованиях Калининградской области

Таблица 11

№ п/п	Наименование муниципального образования Калининградской области	Количество предоставленных квартир (служебное жилье)	Количество сотрудников (и членов их семей), состоящих на учете нуждающихся в жилых помещениях
1	2	3	4
1	Багратионовский муниципальный район	8	5
2	Балтийский муниципальных район	1	3

1	2	3	4
3	Гвардейский район	1	4
4	Гурьевский муниципальный район	1	40
5	Гусевский муниципальный район	2	5
6	Зеленоградский район	2	6
7	Городской округ «Город Калининград»	19	11
8	Краснознаменский муниципальный район	4	2
9	Ладушкинский городской округ	2	-
10	Мамоновский городской округ	2	3
11	Неманский муниципальный район	5	29
12	Нестеровский район	2	10
13	Озёрский район	1	11
14	Пионерский городской округ	3	7
15	Полесский муниципальный район	2	5
16	Правдинский район	6	5
17	Светловский городской округ	2	-
18	Светлогорский район	-	8
19	Славский муниципальный район	3	-
20	Советский городской округ	7	20
21	Черняховский муниципальный район	2	10
22	Янтарный городской округ		4
23	Итого:	79	1223

459. В муниципальном образовании «Городской округ «Город Калининград» Правительством Калининградской области было выделено 19 служебных квартир, из них 11 квартир - для медицинских работников государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области». На учете нуждающихся по городу Калининграду остается 1035 семей медицинских работников. По состоянию на 01 июля 2012 года, количество нуждающихся в предоставлении жилых помещений врачей-специалистов (и членов их семей) составляет 1223 человека.

460. Частично решение проблемы обеспечения жильем работников медицинских организаций можно осуществить в рамках действующего законодательства Калининградской области.

461. Постановлением Правительства Калининградской области от 22 декабря 2010 года № 944 утверждена целевая программа Калининградской области «Жилище» на 2011 – 2015 годы. В рамках указанной программы реализуется подпрограмма «Формирование жилищного фонда Калининградской области коммерческого использования (арендного жилья) на период до 2015 года». Тактическими задачами указанной целевой программы Калининградской области в том числе являются: поддержка отдельных категорий граждан, установленных законодательством Российской Федерации и Калининградской области, в улучшении жилищных условий за счет средств областного бюджета в пределах установленных действующим законодательством социальных

стандартов и в соответствии с объемом государственных обязательств; создание социально ориентированной модели обеспечения жильем граждан, занятых в бюджетной сфере.

462. Законом Калининградской области «О содействии развитию жилищного строительства на территории Калининградской области» также предусмотрены меры поддержки граждан в сфере жилищного строительства.

463. Таким образом, причинами низкого притока, текучести и дефицита медицинских кадров являются:

1) дефицит кадров (врачей-специалистов, среднего медицинского персонала) в медицинских организациях (за исключением стоматологических клиник);

2) уменьшение числа выпускников медицинских образовательных организаций, приезжающих на работу в Калининградскую область, отсутствие механизма их закрепления;

3) низкая обеспеченность жильем молодых специалистов;

4) снижение престижа медицинской профессии, особенно на уровне среднего медицинского персонала.

464. Через 10 лет укомплектованность врачами в целом может уменьшиться до 30 процентов. Следствием может являться ухудшение показателей здоровья населения Калининградской области. В ближайшие годы потребность в кадрах медицинских и фармацевтических специалистов будет нарастать в связи с естественным старением населения и миграционными процессами. Калининградской области дополнительно потребуются квалифицированные специалисты, в связи с этим возникла необходимость принятия настоящей подпрограммы 7, которая будет способствовать привлечению специалистов в сферу здравоохранения.

465. В настоящее время вопросы подготовки кадров для здравоохранения Калининградской области являются актуальными.

466. В 2012 году по целевым направлениям Министерства здравоохранения Калининградской области поступили в медицинские высшие учебные заведения 37 абитуриентов из числа жителей Калининградской области. 39 выпускников медицинских высших учебных заведений по направлениям от Калининградской области обучаются в интернатуре и ординатуре.

467. В 2012 году приступили к работе в медицинских организациях в качестве врачей-специалистов: по окончании интернатуры – 7 человек из 17 направленных в 2011 году, по окончании ординатуры – 3 человека из 9 направленных в 2010 году.

468. Из образовательных организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, подготовка специалистов по программам высшего, послевузовского и дополнительного медицинского и фармацевтического образования для Калининградской области осуществляется:



1) в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

2) в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

3) в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

4) в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

5) в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

6) в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации;

7) в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

8) в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта».

469. В 2012 году первый выпуск медицинского факультета федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» составил 23 человека, из которых 10 выпускников поступили в это же учебное заведение в интернатуру и 1 - в ординатуру. Остальные выпускники продолжили обучение в клинической интернатуре (ординатуре) на базах федеральных высших учебных заведений, расположенных за пределами Калининградской области.

470. После закрытия в 2008 году Калининградского областного медицинского колледжа на базе медицинского факультета федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» ведется подготовка специалистов по программам

среднего профессионального образования по следующим специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело», «акушерское дело», «стоматология», «стоматология ортопедическая», «фармация». Целевой прием по программам среднего медицинского образования для Калининградской области отсутствует. Выпуск специалистов со средним медицинским образованием составил: в 2009 году – 198 человек, 2010 году – 134 человека, 2011 году – 132 человека, 2012 году – 120 человек.

471. Решение кадровой проблемы требует значительных организационных, правовых и финансовых ресурсов, что возможно только программным методом. В связи с этим организационной основой реализации новой кадровой политики в сфере здравоохранения Калининградской области должна стать настоящая подпрограмма 7.

472. Обоснованием необходимости применения программно-целевого подхода послужила сложившаяся ситуация с кадровым обеспечением в медицинских организациях. Использование программно-целевого метода направлено на создание условий для привлечения и закрепления в медицинских организациях врачебных кадров и среднего медицинского персонала в соответствии с приоритетами государственной политики в сфере здравоохранения Калининградской области в условиях бюджетных ограничений.

473. Усилия, направленные на профориентацию школьников, предоставление социальных гарантий обучающимся в государственных образовательных медицинских организациях, врачам-специалистам, привлекаемым на работу в медицинские организации, будут являться основой для привлечения, возвращения и закрепления врачей в системе здравоохранения Калининградской области.

474. Оценка результатов реализации подпрограммы 7 осуществляется на основе показателей, позволяющих определить степень решения тактических задач и достижения стратегической цели.

## **РАЗДЕЛ XVII.П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 7**

475. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 7 определены в следующих документах:

1) Указе Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

2) распоряжении Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 года № 614-р, которым утвержден комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года.

476. Приоритетами государственной политики являются:

1) обеспечение медицинских организаций достаточным количеством подготовленных медицинских кадров, в том числе в районах Калининградской области;

2) совершенствование квалификационной аттестации и сертификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием с активным привлечением профессионального медицинского сообщества к ее проведению;

3) направление медицинских работников в образовательные учреждения высшего профессионального образования, внедрившие новые образовательные технологии – симуляционные и тренинговые классы, экспериментальные операционные;

4) улучшение материального положения и повышение социального статуса медицинских работников.

### **РАЗДЕЛ XVII. III. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И ПОКАЗАТЕЛИ (ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 7**

477. Целью подпрограммы 7 является обеспечение притока медицинских и фармацевтических работников в медицинские организации и закрепление их по наиболее востребованным специальностям для достижения уровня укомплектованности, позволяющего реально обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь населению Калининградской области.

478. Для достижения указанной цели предусматривается решение следующих задач, реализуемых в рамках подпрограммы 7:

1) обеспечение медицинских организаций Калининградской области квалифицированными специалистами;

2) повышение профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников;

3) повышение социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников;

4) обеспечение взаимодействия государственных учреждений здравоохранения Калининградской области с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»;

5) повышение престижа и социальной значимости медицинских и фармацевтических специальностей.

479. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задач подпрограммы 7:

1) обеспеченность врачами на 10 тыс. населения;

- 2) обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения;
- 3) укомплектованность медицинских организаций врачами;
- 4) укомплектованность медицинских организаций средним медицинским персоналом;
- 5) укомплектованность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций врачами;
- 6) укомплектованность стационарных подразделений медицинских организаций врачами;
- 7) коэффициент совместительства;
- 8) показатель получателей социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг лицам, проживающим и работающим в медицинских организациях в сельской местности, от общего количества медицинских работников;
- 9) показатель получателей компенсации расходов на оплату найма жилых помещений специалистам с высшим и средним профессиональным образованием, приглашенным для работы в федеральных медицинских центрах, расположенных на территории Калининградской области, от общего количества лиц, имеющих право на получение компенсации;
- 10) показатель получателей единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты, от общего числа врачей и медицинских работников, работающих в сельской местности;
- 11) показатель обучающихся по целевым направлениям Калининградской области в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» от общего числа лиц, обучающихся по целевым направлениям;
- 12) показатель прошедших обучение по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» от общего числа обучающихся лиц;
- 13) показатель увеличения числа врачей к уровню предыдущего года;
- 14) показатель доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области;
- 15) показатель доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций

Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году.

480. Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения характеризует доступность оказания медицинской помощи населению.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_v = \frac{Ч_v}{Ч_n} \times 10000, \text{ где:}$$

$O_v$  – обеспеченность врачами на 10000 населения;

$Ч_v$  – численность врачей в отчетном периоде (год) по форме № 17 государственного статистического наблюдения;

$Ч_n$  – численность населения в отчетном периоде.

481. Показатель обеспеченности средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения характеризует доступность оказания медицинской помощи населению.

Данный показатель определяется по формуле:

$$O_{cмп} = \frac{Ч_{cмп}}{Ч_n} \times 10000, \text{ где:}$$

$O_{cмп}$  – обеспеченность средним медицинским персоналом на 10000 населения;

$Ч_{cмп}$  – численность среднего медицинского персонала в отчетном периоде (год) по форме № 17 государственного статистического наблюдения;

$Ч_n$  – численность населения в отчетном периоде.

482. Показатель укомплектованности амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций врачами характеризует доступность оказания медицинской помощи населению.

Рассчитывается по формуле:

$$U_{вр} = \frac{Звд}{Швд} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$U_{вр}$  – укомплектованность амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций врачами (в %);

$Звд$  – число занятых врачебных должностей в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения;

$Швд$  – число штатных врачебных должностей в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения.

483. Показатель укомплектованности стационарных подразделений медицинских организаций врачами характеризует доступность оказания медицинской помощи населению.

Рассчитывается по формуле:

$$U_{врс} = \frac{Z_{врс}}{Ш_{врс}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$U_{врс}$  – укомплектованность стационарных подразделений медицинских организаций врачами (в %);

$Z_{врс}$  – число занятых врачебных должностей в стационарных подразделениях медицинских организаций в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения;

$Ш_{врс}$  – число штатных врачебных должностей в стационарных подразделениях медицинских организаций в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения.

484. Коэффициент совместительства врачебного персонала характеризует служебную нагрузку врачебного персонала.

Рассчитывается по формуле:

$$K_{сов} = \frac{Ч_{звд}}{Ч_{флв}}, \text{ где:}$$

$K_{сов}$  – коэффициент совместительства врачебного персонала;

$Ч_{звд}$  – число занятых врачебных должностей в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения;

$Ч_{флв}$  – численность врачей (физических лиц) в отчетном периоде (год) по форме № 30 государственного статистического наблюдения.

485. Показатель получателей социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг лицам, проживающим и работающим в медицинских организациях в сельской местности, от общего количества медицинских работников характеризует уровень социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников.

Рассчитывается по формуле:

$$D_{нсп} = \frac{Ч_{нсп}}{Ч_{есмп}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$D_{нсп}$  – доля получателей социальной поддержки (в %);

$Ч_{нсп}$  – численность получателей мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг;

$Ч_{есмп}$  – численность врачей и среднего медицинского персонала в отчетном периоде (год).

486. Показатель получателей компенсации расходов на оплату найма жилых помещений специалистам с высшим и средним профессиональным образованием, приглашенным для работы в федеральных медицинских центрах, расположенных на территории Калининградской области, от общего количества лиц, имеющих право на получение компенсации, характеризует уровень социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников.

Рассчитывается по формуле:

$$Д_{нкp} = \frac{Ч_{нкp}}{Ч_{лнк}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$Д_{нкp}$  – доля получателей компенсации расходов на оплату жилых помещений (в %);

$Ч_{нкp}$  – численность получателей компенсации расходов на оплату жилых помещений;

$Ч_{лнк}$  – численность лиц, имеющих право на получение компенсации расходов в отчетном периоде (год).

487. Показатель получателей единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты, от общего числа врачей и медицинских работников, работающих в сельской местности, характеризует уровень социальной защищенности врачей и медицинских работников, переехавших на работу в сельскую местность.

Рассчитывается по формуле:

$$Д_{нкв} = \frac{Ч_{нкв}}{Ч_{лпp}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$Д_{нкв}$  – доля получателей единовременных компенсационных выплат (в %);

$Ч_{нкв}$  – численность получателей единовременных компенсационных выплат;

$Ч_{лпp}$  – численность лиц, переехавших на работу в сельскую местность в отчетном периоде (год).

488. Показатель обучающихся по целевым направлениям Калининградской области в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» от общего числа лиц, обучающихся по целевым направлениям, характеризует уровень взаимодействия медицинских организаций с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет Иммануила Канта».

Рассчитывается по формуле:

$$Д_{отцн} = \frac{Ч_{отцн}}{Ч_{лоцн}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$Д_{отцн}$  – доля обучающихся по целевым направлениям в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» (в %);

$Ч_{отцн}$  – численность обучающихся по целевым направлениям в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»;

$Ч_{лоцн}$  – численность лиц, обучающихся по целевым направлениям Калининградской области (всего) в отчетном периоде (год).

489. Показатель прошедших обучение по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» от общего числа обучающихся лиц характеризует уровень взаимодействия медицинских организаций с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет Иммануила Канта».

Рассчитывается по формуле:

$$Длпо = \frac{Ч_{лодж}}{Ч_{лодв}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$Длпо$  – доля лиц, прошедших обучение по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» (в %);

$Ч_{лодж}$  – численность лиц, обучающихся по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»;

$Ч_{лодв}$  – численность лиц, обучающихся по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования (всего) в отчетном периоде (год).

490. Показатель увеличения числа врачей к уровню предыдущего года характеризует уровень повышения престижа и социальной значимости медицинских и фармацевтических специальностей.

Рассчитывается по формуле:

$$Пучв = \frac{Ч_{втг}}{Ч_{взоп}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$Пучв$  – показатель увеличения числа врачей к уровню предыдущего года (в %);

$Ч_{втг}$  – численность врачей на текущий год;

$Ч_{взоп}$  – численность врачей за предыдущий отчетный период (год).

491. Показатель доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области.

Рассчитывается по формуле:



$$D = \frac{C}{O} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$D$  – доля медицинских работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Калининградской области, имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области;

$C$  – количество медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком;

$O$  – общая среднесписочная численность врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области.

492. Показатель доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году.

Рассчитывается по формуле:

$$D_{чм} = \frac{C_{чм}}{O_{чм}} \times 100 \%, \text{ где:}$$

$D_{чм}$  – доля медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году;

$C_{чм}$  – количество медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком;

$O_{чм}$  – общая среднесписочная численность врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году.

493. В результате реализации подпрограммы 7 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

- 1) увеличение обеспеченности врачами на 10 тыс. населения до 31,8;
- 2) увеличение обеспеченности средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения до 67,1;
- 3) увеличение укомплектованности медицинских организаций врачами до 92,6 %;

- 4) увеличение укомплектованности медицинских организаций средним медицинским персоналом до 95,2 %;
- 5) увеличение укомплектованности амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций врачами до 95,7 %;
- 6) увеличение укомплектованности стационарных подразделений медицинских организаций врачами до 97,1 %;
- 7) уменьшение коэффициента совместительства до 1,2;
- 8) увеличение доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области до 10,0 %;
- 9) увеличение доли медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году, до 25,0 %.

494. Подпрограмма 7 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XVII.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 7**

495. Подпрограммой 7 предусматривается разработка и реализация следующих основных мероприятий:

- 1) предоставление меры социальной поддержки лицам, завершившим обучение в образовательных организациях на условиях целевого приема для нужд Калининградской области, в виде единовременной денежной выплаты, предоставление меры социальной поддержки лицам, обучающимся в образовательных организациях на условиях целевого приема для нужд Калининградской области, в виде ежемесячной стипендии, предоставление меры социальной поддержки лицам, принятым на обучение в образовательные организации не на условиях целевого приема по специальностям, определяемым исполнительным органом государственной власти Калининградской области, осуществляющим на территории Калининградской области функции по проведению государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и заключившим договор о целевом обучении, в период обучения в виде оплаты обучения по фактически произведенным расходам;
- 2) профессиональная переподготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, организация выездных циклов в

г. Калининграде; проведение ежегодных семинаров с врачами и средними медицинскими работниками детских поликлиник по вопросам профилактики стоматологических заболеваний у детей; проведение аттестации медицинских работников Калининградской области; формирование резерва руководящих кадров для замещения вакантных должностей в медицинских организациях;

3) оказание социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг лицам, проживающим и работающим в медицинских организациях в сельской местности Калининградской области, предоставление компенсации расходов на оплату найма жилых помещений специалистам с высшим и средним профессиональным образованием, приглашенным для работы в федеральных медицинских центрах, расположенных на территории Калининградской области, предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим медицинским образованием, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты Калининградской области;

4) организация и проведение дней открытых дверей для учащихся общеобразовательных школ в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», содействие в осуществлении учебно-методического процесса в сфере высшего и среднего профессионального образования в медицинских организациях;

5) проведение «ярмарок вакансий» для студентов 5-6 курсов медицинских вузов с участием руководителей медицинских организаций, ежегодное проведение конкурсов «Лучший врач года», «Лучшая медицинская сестра года», ежегодное празднование профессионального праздника Дня медицинского работника, ежегодное участие в международной выставке «Медицина и косметология», проводимой в г. Калининграде, участие в III международном форуме государств-участников СНГ «Здоровье населения – основа процветания стран содружества».

## **РАЗДЕЛ XVII.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 7**

496. Предоставление государственной поддержки по мероприятиям подпрограммы 7 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

497. В рамках подпрограммы 7 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

498. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 7 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

**РАЗДЕЛ XVII.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ  
РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 7**

499. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 7 отражено в приложении № 4 к государственной программе.

**РАЗДЕЛ XVII.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ  
МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С  
ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ  
И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 7**

500. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 7 устанавливается в соответствии с действующим законодательством Калининградской области.

501. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 7 не предусмотрено.

**РАЗДЕЛ XVII.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ  
ПОДПРОГРАММЫ 7**

502. Объем финансового обеспечения реализации подпрограммы 7 за счет средств областного бюджета составляет 113747,1 тыс. рублей, в том числе по годам:

2013 год – 17557,5 тыс. рублей;  
2014 год – 20326,1 тыс. рублей;  
2015 год – 12784,5 тыс. рублей;  
2016 год – 12615,8 тыс. рублей;  
2017 год – 12615,8 тыс. рублей;  
2018 год – 12615,8 тыс. рублей;  
2019 год – 12615,8 тыс. рублей;  
2020 год – 12615,8 тыс. рублей.

## РАЗДЕЛ XVII. IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 7

503. В рамках реализации подпрограммы 7 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

## РАЗДЕЛ XVIII. ПОДПРОГРАММА «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА 2013-2020 ГОДЫ»

### Паспорт подпрограммы «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы»

<p>Ответственный исполнитель подпрограммы «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 8):</p>	<p>Министерство здравоохранения Калининградской области</p>
<p>Соисполнители подпрограммы 8:</p>	<p>1) Министерство финансов Калининградской области; 2) Министерство образования Калининградской области; 3) Министерство социальной политики Калининградской области</p>
<p>Участники подпрограммы 8:</p>	<p>государственные учреждения Калининградской области; органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; общественные организации; организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства</p>
<p>Программно-целевые инструменты</p>	<p>целевая программа Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»</p>

подпрограммы 8:

Цель подпрограммы 8: повышение обеспеченности населения Калининградской области качественными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями

Задачи подпрограммы 8: 1) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания льготных категорий граждан областного уровня ответственности;  
2) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями

Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 8: 1) процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета, %;  
2) процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний, %

Этапы и сроки реализации подпрограммы 8: подпрограмма 8 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа:  
первый этап: 2013-2015 годы;  
второй этап: 2016-2020 годы

Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 8 (с разбивкой по годам): средства областного бюджета - 1678287,5 тыс. рублей, в том числе:  
2013 год – 258948,9 тыс. рублей;  
2014 год – 361695,3 тыс. рублей;  
2015 год – 166885,2 тыс. рублей;  
2016 год – 173010,9 тыс. рублей;  
2017 год – 179436,8 тыс. рублей;  
2018 год – 179436,8 тыс. рублей;  
2019 год – 179436,8 тыс. рублей;  
2020 год – 179436,8 тыс. рублей

Ожидаемые результаты подпрограммы 8: 1) увеличение обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета до 99,0 %;  
2) сохранение обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний до 100 %

## **РАЗДЕЛ XVIII.1. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 8, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

504. Численность населения Калининградской области, по состоянию на 01 января 2013, составляет 954,77 тыс. человек, из них:

- 1) городское население – 739,913 тыс. человек;
- 2) сельское население – 214,86 тыс. человек.

505. Калининградская область - это высоко урбанизированный субъект Российской Федерации, доля городского населения составляет 77,5 % от общей численности.

506. По обеспечению пациентов в соответствии со статьей 4.1 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» было обслужено 374202 рецепта на сумму 366575,82 тыс. рублей, в том числе 343 рецепта на сумму 39037,56 тыс. рублей за счет средств областного бюджета.

507. По обеспечению пациентов в соответствии с подпрограммой «Льготные лекарства» целевой программы Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2008-2012 годов», утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 18 января 2007 года № 18, был обслужен 118001 рецепт на сумму 128358,62 тыс. рублей.

508. В целях полноценного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, проживающих на территории Калининградской области, устранения ограничений доступности в получении необходимых лекарственных препаратов и медицинских изделий, эффективности использования финансовых средств федерального и областного бюджетов в 2013 году на территории Калининградской области реализована новая модель взаимодействия участников фармацевтического рынка.

509. Создана фармацевтическая организация в форме государственного казенного учреждения «Калининградская областная фармацевтическая компания».

510. В функции созданной организации входят получение, хранение, распределение, контроль за соответствием количества заявленных медицинской организацией лекарственных препаратов в рамках централизованного закупа и фактического использования (назначения) лекарственных препаратов, закупленных за счет средств федерального и областного бюджетов.

511. Для реализации данной модели создана сеть аптек и аптечных пунктов при медицинских организациях в городе Калининграде и Калининградской области в количестве 29 пунктов отпуска, из них 21 пункт расположен в Калининградской области, 8 – в городе Калининграде.

512. Из 29 пунктов отпуска льготных препаратов 17 имеют лицензии на право осуществления деятельности по отпуску наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

513. В целях реализации прав граждан на обеспечение лекарственными препаратами на безвозмездной основе на 2013 год было предусмотрено финансирование, направленное:

1) на обеспечение пациентов в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 404 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей» – 8432,8 тыс. рублей, софинансирование из средств областного бюджета - 443,832 тыс. рублей;

2) на обеспечение пациентов в соответствии со статьей 4.1 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» - 274975,8 тыс. рублей;

3) на обеспечение пациентов в рамках реализации целевой программы Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013 – 2017 годов», утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 10 сентября 2012 года № 726, - 123,5 тыс. рублей.

514. В соответствии со статьей 29 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для обеспечения определенных категорий граждан Калининградской области лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания была создана система льготного лекарственного обеспечения.

515. Для обеспечения систематического контроля за наличием лекарственных препаратов, а также анализа и прогноза ситуации лекарственного обеспечения льготной категории граждан прошли торги по приобретению программного продукта, который позволяет объединить аптечный склад, аптеки, аптечные пункты, задействованные в льготном лекарственном обеспечении, в единое информационное пространство, позволяющее вести учет назначенных, выписанных и отпущенных лекарственных препаратов в соответствии с поданной ранее заявкой медицинских организаций.

516. Ежемесячно проводятся совещания с руководителями медицинских организаций по обсуждению вопросов о ходе реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами.

517. Во исполнение Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» завершена работа по осуществлению деятельности по розничной торговле лекарственными



препаратами в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации.

518. Перечень лекарственных средств, разрешенных к отпуску в структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных в сельской местности, в которых отсутствуют аптечные пункты, утвержден приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от 01 ноября 2010 года № 295 «О мерах реализации Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» в части организации лекарственного обеспечения жителей сельских поселений, в которых отсутствуют аптечные организации».

519. При этом в перечень включены препараты всех необходимых фармакотерапевтических групп. При определении ассортимента лекарственных препаратов учтены: существующая потребность, стандарты оказания медицинской помощи, перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, покупательский спрос, то есть предпочтения населения при выборе лекарственных средств безрецептурного отпуска, численность и плотность населения, сезонность заболевания, удаленность населенных пунктов друг от друга и другие факторы.

520. Для осуществления доступности лекарственной помощи сельскому населению в Калининградской области организована розничная реализация лекарственных препаратов в фельдшерско-акушерских пунктах.

521. В настоящее время 179 фельдшерско-акушерских пунктов, 11 амбулаторий, 1 центр общей врачебной практики получили лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, 179 специалистов со средним медицинским образованием получили дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения. Фельдшерско-акушерские пункты обслуживают 919 сельских населенных пунктов. Среднее количество жителей, обслуживаемых одним пунктом отпуска лекарственных препаратов в сельской местности, составляет 962 человека.

522. Для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи населению сельской местности начата реализация целевой программы Калининградской области «Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и общих врачебных практик в Калининградской области на 2012 - 2014 годы», утвержденной постановлением Правительства Калининградской области от 23 апреля 2012 года № 278, введены в строй и оснащены оргтехникой, мебелью и медицинским оборудованием 12 новых модульных фельдшерских пунктов.

523. Основные показатели обеспечения необходимыми лекарственными средствами представлены в таблице 12.

## Основные показатели

Таблица 12

№ п/п	Год	Объем финансирования, млн руб.	Общее количество пациентов	Количество пациентов, сохранивших право на получение социальной помощи	Процент отказавшихся от получения социальной помощи	Подушевой норматив, руб./чел.
1	2	3	4	5	6	7
1	2009	289,4	90136	38096	57,7	480
2	2010	284,8	92319	33316	63,9	531
3	2011	292,7	94763	30618	67,7	570
4	2012	289,0	95735	28432	70,3	604
5	2013	274,9	95860	26128	72,7	638

524. В соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» финансирование осуществляется за счет средств федерального бюджета. На федеральном уровне расчет объема финансирования социальной услуги обеспечения необходимыми лекарственными средствами для субъектов Российской Федерации исчисляется исходя из количества граждан, не отказавшихся от социальной слуги и подушевого норматива финансовых затрат на одного льготника, а также дополнительного выделения межбюджетных трансфертов на реализацию отдельных полномочий в области обеспечения лекарственными препаратами.

525. На 2013 год из федерального бюджета выделено 274,9 млн. рублей. Оценка расходов до 2020 года рассчитана с учетом индекса-дефлятора. Потребность рассчитана с учетом сложившегося процента отказавшихся от получения социальной помощи, без учета его увеличения (таблица 13).

## Потребность в средствах федерального бюджета

Таблица 13

№ п/п	Год	Индекс-дефлятор, %	Объем финансирования, руб.
1	2	3	4
1	2013	5,0	274975800,0
2	2014	4,9	288724590,0
3	2015	4,9	302872094,9
4	2016	4,9	317712827,6
5	2017	4,9	333280756,1
6	2018	4,9	349611513,2

1	2	3	4
7	2019	4,9	366742477,3
8	2020	4,9	384712858,7
9	Всего:	-	2618632917,7

526. По расчетам, полученным по факту обслуживания выписанных рецептов за 2012 год, при финансировании из федерального бюджета отдельных категорий граждан возникает дефицит финансовых средств на обеспечение федеральных льготников лекарственными препаратами, который не компенсируется выделяемыми для Калининградской области трансфертами. На 2013 год этот дефицит выражается в сумме 117,5 млн рублей. Поэтому необходимая сумма для восполнения объема финансирования из федерального бюджета рассчитана с учетом индекса-дефлятора (таблица 14).

#### Дополнительная потребность в федеральных средствах

Таблица 14

№ п/п	Годы	Индекс-дефлятор, %	Объем финансирования, тыс. руб.
1	2	3	4
1	2013	5,0	117700000,0
2	2014	4,9	123585000,0
3	2015	4,9	129640665,0
4	2016	4,9	135993057,59
5	2017	4,9	142656717,41
6	2018	4,9	149646896,56
7	2019	4,9	156979594,49
8	2020	4,9	164671594,62
9	Всего:	-	1120873525,66

527. Общее количество необходимых финансовых средств из федерального бюджета, рассчитанное с учетом индекса-дефлятора и дополнительного финансирования, представлено ниже (таблица 15).

#### Общая потребность в средствах федерального бюджета

Таблица 15

№ п/п	Год	Индекс-дефлятор, %	Объем финансирования, тыс. руб.
1	2	3	4
1	2013	5,0	392675800,00
2	2014	4,9	412309590,00
3	2015	4,9	432512759,91

1	2	3	4
4	2016	4,9	453705885,15
5	2017	4,9	475937473,52
6	2018	4,9	499258409,72
7	2019	4,9	523722071,80
8	2020	4,9	549384453,31
9	Всего:	-	3739506443,40

528. С 2018 года при расчете потребности в средствах областного бюджета применен индекс-дефлятор (таблица 16).

#### Потребность в средствах областного бюджета

Таблица 16

№ п/п	Год	Индекс-дефлятор, %	Объем финансирования, тыс. руб.
1	2	3	4
1	2013	-	133500,0
2	2014	-	119175,0
3	2015	-	125014,6
4	2016	-	131140,3
5	2017	-	137566,2
6	2018	4,9	144306,9
7	2019	4,9	151378,0
8	2020	4,9	158795,5

529. По состоянию на 01 января 2013 года, в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящим к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, включено 48 пациентов по 12 нозологиям орфанных заболеваний. На момент осмотра 9 пациентам требовалась медикаментозная терапия лекарственными препаратами, не входящими в льготные перечни. Минимальная потребность в финансовых средствах на момент осмотра указанных пациентов составляла 48099340,0 руб. Оценка расходов до 2020 года рассчитана и с учетом уровня инфляции на 2014 год - 5,0 %, последующие годы, вплоть до 2020 года – 4,9 %.

530. Учитывая отсутствие статистического наблюдения в продолжительный период (5-10 лет) за пациентами, страдающими орфанными заболеваниями, отсутствие стандартов лечения по данным заболеваниям и отсутствие практики применения лекарственных препаратов, объем финансирования потребности для лекарственного обеспечения граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, рассчитан следующим образом (таблица 17).

Объемы финансирования потребности для лекарственного обеспечения граждан, страдающих редкими орфанными заболеваниями

Таблица 17

№ п/п	Наименование заболевания	Количество пациентов, выявленных в 2012 году, которым требуется лечение	Прогнозируемое количество пациентов в 2020 году	Объем финансирования с учетом дефлятора (5,0 %) на 2014 год, тыс. рублей	Объем финансирования с учетом дефлятора (4,9 %) на 2020 год, тыс. рублей
1	2	3	4	5	6
1	Мукополисахаридоз, тип II	1	1,4	23963,90	44703,2
2	Юношеский артрит с системным началом	2	1,6	1413,7	3013,9
3	Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	1	1,2	2740,7	4382,3
4	Идиопатическая тромбоцитарная пурпура (синдром Эванса)	5	1,1	22386,0	32811,2

531. В 2012 году по данной программе было обслужено 2878 рецептов на сумму 218621,62 тыс. рублей.

532. На 01 января 2013 года в областной сегмент Федерального регистра больных 7 высокозатратными нозологиями включено 987 больных, в том числе: больных болезнью Гоше - 36 чел., гемофилией - 36 чел., гипофизарным нанизмом - 22 чел., злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей - 503 чел., муковисцидозом - 20 чел., рассеянным склерозом - 370 чел., после трансплантации органов и (или) тканей – 36 чел.

533. За 5 лет рост больных, включенных в Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, составил 71 % (2008 год - 282 чел., 2009 год – 527 чел., 2010 год – 703 чел., 2011 год – 841 чел., 2012 год – 987 чел.) (таблица 18).

Количество больных в Федеральном регистре по программе 7 высокозагранных нозологий  
(за 2008-2012 годы)

Таблица 18

№ п/п	Год	Болезнь Гоше		Гемофилия		Гипофизарный нанизм		Онкогематология		Муковисцидоз		Рассеянный склероз		Транслантация		Всего	
		чело-век	%	чело-век	%	чело-век	%	чело-век	%	чело-век	%	чело-век	%	чело-век	%	чело-век	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2008	0		20		10		110		9		117		16		282	
2	2009	0		32	40	13	30	201	18	17	12	243	48	21	31	527	87
3	2010	0		33	3	14	8	311	54	18	6	302	24	25	19	703	33
4	2011	0		33	0	19	35	408	31	18	0	334	11	29	16	841	19
5	2012	0		34	3	22	15	503	23	20	11	370	11	36	24	987	17

534. Потребность в финансовых средствах может измениться в случае изменения перечня заболеваний, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года № 69н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 404 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей».

535. Часть пациентов в Калининградской области нуждается в лекарственных препаратах сверх перечня (дезатиниб, нилотиниб) централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 года № 2053-р.

536. Дазатиниб и нилотиниб используются при неэффективности ранее проводимой терапии иматинибом. В Калининградской области в 2011 году данными препаратами было обеспечено 4 пациента, страдающих хроническим Ph-позитивным миелолейкозом, за счет средств областного бюджета на сумму 6746535,98 рублей. В 2012 году было обеспечено 8 пациентов, страдающих хроническим Ph-позитивным миелолейкозом, вышеуказанными препаратами за счет средств областного бюджета на сумму 7300071,63 рублей.

За счет средств областного бюджета в 2013 году обеспечено вышеуказанными препаратами 7 пациентов, страдающих хроническим Ph-позитивным миелолейкозом.

## **РАЗДЕЛ XVIII. П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 8**

537. Приоритеты государственной политики в сфере реализации подпрограммы 8: Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2013 года № 66, предусматривают серьезные изменения системы лекарственного обеспечения, в том числе льготного.

Данной стратегией в 2015-2016 годах предусмотрена реализация в отдельных субъектах Российской Федерации пилотных проектов по модернизации системы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.

538. Приоритеты государственной политики основаны на приоритетах, определенных в Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года, и заключаются в сохранении объема государственных гарантий в части лекарственного обеспечения граждан, а также в обеспечении доступности лекарственной помощи более широким слоям населения, в том числе работающим гражданам.

### **РАЗДЕЛ XVIII. III. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И ПОКАЗАТЕЛИ (ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 8**

539. Целью подпрограммы 8 является повышение обеспеченности населения Калининградской области качественными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

540. Для достижения указанной цели предусматривается решение следующих задач, реализуемых в рамках подпрограммы 8:

- 1) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания льготных категорий граждан областного уровня ответственности;
- 2) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

541. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задач подпрограммы 8:

- 1) процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета;
- 2) процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний.

542. Процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета характеризует уровень обеспеченности пациентов лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания на безвозмездной основе из средств областного бюджета.

Данный показатель определяется на основании данных о количестве обслуженных рецептов, выписанных пациентам, имеющим право на получение лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания на безвозмездной основе из средств областного бюджета.

Показатель определяется по формуле:

$$Доп = \frac{Кор}{Квр} \times 100\% , \text{ где:}$$



*Доп* – процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета;

*Кор* – количество отпущенных рецептов пациентам, имеющим право на получение на безвозмездной основе из средств областного бюджета лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;

*Квр* – количество выписанных рецептов пациентам, имеющим право на получение на безвозмездной основе из средств областного бюджета лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания.

543. Процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний характеризует степень удовлетворения пациентов дорогостоящими лекарственными препаратами, предназначенными для лечения орфанных заболеваний.

Данный показатель определяется на основании данных о количестве обслуженных рецептов, выписанных пациентам, страдающим орфанными заболеваниями.

Определяется по формуле:

$$Доо = \frac{Коор}{Квор} \times 100\%, \text{ где:}$$

*Доо* – процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний;

*Коор* – количество отпущенных рецептов пациентам, страдающим редкими, жизнеугрожающими (орфанными) заболеваниями;

*Квор* – количество выписанных рецептов пациентам, страдающим редкими, жизнеугрожающими (орфанными) заболеваниями.

544. В результате реализации подпрограммы 8 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) увеличение обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета до 99,0 %;

2) сохранение обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний до 100 %.

545. Подпрограмма 8 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XVIII.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 8**

546. Подпрограммой 8 предусматривается разработка и реализация следующих основных мероприятий:

1) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов на безвозмездной основе за счет средств областного бюджета;

2) удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

#### **РАЗДЕЛ XVIII.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 8**

547. Предоставление государственной поддержки по мероприятиям подпрограммы 8 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

548. В рамках подпрограммы 8 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

549. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 8 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XVIII.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 8**

550. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 8 выражается в обеспечении медицинской статистикой.

#### **РАЗДЕЛ XVIII.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 8**

551. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 8 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

552. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 8 не предусмотрено.

### **РАЗДЕЛ XVIII.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 8**

553. Объем финансового обеспечения реализации подпрограммы 8 за счет средств областного бюджета составляет 1678287,5 тыс. рублей, в том числе:

- 2013 год – 258948,9 тыс. рублей;
- 2014 год – 361695,3 тыс. рублей;
- 2015 год – 166885,2 тыс. рублей;
- 2016 год – 173010,9 тыс. рублей;
- 2017 год – 179436,8 тыс. рублей;
- 2018 год – 179436,8 тыс. рублей;
- 2019 год – 179436,8 тыс. рублей;
- 2020 год – 179436,8 тыс. рублей.

### **РАЗДЕЛ XVIII.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 8**

554. В рамках реализации подпрограммы 8 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

### **РАЗДЕЛ XIX. ПОДПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА 2013-2020 ГОДЫ»**

#### **Паспорт подпрограммы «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы»**

<p>Ответственный исполнитель подпрограммы «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 9):</p>	<p>Министерство здравоохранения Калининградской области</p>
---	---

<p>Соисполнители подпрограммы 9:</p>	<p>Министерство финансов Калининградской области</p>
--------------------------------------	--

Участники подпрограммы 9:	органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения; общественные организации; организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства
Программно-целевые инструменты подпрограммы 9:	отсутствуют
Цель подпрограммы 9:	обеспечение эффективной информационной поддержки органов и организаций системы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания
Задача подпрограммы 9:	организация персонифицированного учета оказания медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты, записи к врачу в электронном виде и ведения единого регистра медицинских работников
Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 9:	1) количество и доля пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты (количество и доля (%) от общей численности населения); 2) число и доля медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде (количество медицинских организаций и доля (%) от общего количества медицинских организаций)
Этапы и сроки реализации подпрограммы 9:	подпрограмма 9 реализуется с 2013 по 2020 год в два этапа: первый этап: 2013 - 2015 годы; второй этап: 2016 - 2020 годы
Объемы бюджетных	финансовое обеспечение реализации подпрограммы 9 осуществляется в счет текущего финансирования

ассигнований медицинских организаций  
подпрограммы 9:

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 9:

- 1) увеличение количества и доли пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты до 941000 человек и 99,0 % соответственно;
- 2) увеличение числа и доли медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде до 53,0 единиц и 100,0 % соответственно

### **РАЗДЕЛ XIX.I. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 9, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

555. Важными показателями для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, утвержденными Указом Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 года № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 03 ноября 2012 года № 1142 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 года № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», являются:

- 1) показатель смертности населения;
- 2) оценка населением деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

556. На достижение заданного уровня данных показателей существенное влияние оказывают информационные технологии в сфере здравоохранения.

557. На снижение смертности населения оказывают влияние информационно-телекоммуникационные технологии телемедицины, внедрение которых в настоящее время не носит системный характер, и не имеет целью удаленный мониторинг физиологических параметров пациентов, отнесенных к группам риска:

- 1) сердечно-сосудистых заболеваний;
- 2) сахарного диабета;
- 3) гипертонии;
- 4) заболеваний мочеполовой системы;
- 5) заболеваний других нозологий.

558. В Калининградской области действует 204 фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФАПы), являющихся структурными подразделениями 17 медицинских организаций.

559. Внедрение комплексов телемедицины и информационных систем анализа физиологических параметров состояния пациентов в ФАПах позволит своевременно выявлять тяжелые заболевания на ранних стадиях и развитие факторов риска, отслеживать динамику состояния пациента, осуществлять диагностику социально-значимых заболеваний, обеспечивать интеграцию данных с электронной медицинской картой, системой электронной записи к врачу и принимать упреждающие меры по диагностике и лечению в условиях отсутствия квалифицированных медицинских кадров на местах. Это особенно важно в сельской местности, когда пациенту срочно необходима медицинская помощь врачей узких специальностей, а также для оказания специализированной медицинской помощи.

560. Вторым направлением, оказывающим влияние на снижение смертности населения, является повышение эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи за счет использования информационных систем обмена информацией, обработки вызовов и управления бригадами скорой медицинской помощи с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС.

561. Третьим направлением, влияющим на снижение смертности населения, является повышение доли населения, имеющего медицинскую документацию в электронном виде. В экстренных случаях возможность получения своевременного доступа к информации электронной медицинской карты позволяет наиболее точно поставить диагноз и назначить курс лечения пациенту.

562. Использование медицинской информационной системы, в том числе стандартов оказания медицинской помощи в электронном виде, позволяет снизить риск врачебных ошибок, повысить качество диагностических исследований и снизить затраты на оказание медицинской помощи.

563. Интеграция регионального сегмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ) с информационными системами, функционирующими в системе обязательного медицинского страхования (федеральным регистром застрахованных лиц, экспертными и контрольными системами), системами и регистрами Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации обеспечит единое информационное пространство в сфере здравоохранения, позволит качественно оказывать медицинскую помощь вне зависимости от места жительства пациента, а также обеспечит экономию и снижение расходов, связанных с выбором методов лечения, избыточных процедур и страховыми случаями.

564. Удовлетворенность населения деятельностью органов исполнительной власти Калининградской области свидетельствует о толерантности граждан по отношению к Правительству Калининградской области и о признании результатов его работы.

565. Значение показателя обеспечивается выполнением комплекса мероприятий, в том числе: по противодействию коррупции, соблюдению медицинской этики и деонтологии, внедрению стандартов оказания медицинской помощи, реализации мер контроля, внедрению независимой системы оценки качества работы медицинских организаций, обеспечению доступности государственных услуг, а также информации о деятельности здравоохранения Калининградской области, особенно в области предоставления платных медицинских услуг.

566. Основными направлениями деятельности органов исполнительной власти Калининградской области в сфере здравоохранения можно считать:

1) повышение доступности медицинской помощи за счет:

- организации регламентации и перевода государственных услуг в сфере здравоохранения в электронный вид;

- организации предоставления гражданам государственных услуг в сфере здравоохранения с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», информационных терминалов (киосков), универсальной электронной карты;

- организации информирования граждан через информационные киоски (терминалы), информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет», центр телефонного обслуживания граждан в сфере здравоохранения;

2) повышение качества оказания медицинской помощи за счет внедрения электронных стандартов оказания медицинской помощи и электронных систем клинико-экспертной работы;

3) внедрение независимой системы оценки качества работы для получения обратной связи от населения и независимых общественных организаций;

4) повышение прозрачности и открытости деятельности медицинских организаций за счет развития и поддержания в актуальном состоянии интернет-ресурсов медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и информирования граждан о деятельности медицинских организаций;

5) повышение эффективности функционирования медицинских организаций за счет:

- сокращения времени на поиск и обмен информацией;

- унификации технических и программных средств, что ускоряет процессы внедрения информационных систем, упрощает выполнение мероприятий по защите персональных данных, используемых в медицинских организациях;

- организации электронного взаимодействия медицинских организаций, включенных в региональный сегмент ЕГИСЗ, в сфере здравоохранения с территориальными органами федеральных органов исполнительной власти на территории Калининградской области, страховыми медицинскими организациями, контрольно-надзорными органами и другими;

- сбора и агрегирования медицинской и статистической информации, что сокращает время формирования отчетных документов и повышает достоверность информации на областном и федеральном уровнях;

- исключения дублирования информационных систем, обладающих сходными функциональными возможностями, но построенными на разных программных платформах, имеющих различную архитектуру, систему управления базами данных и программные интерфейсы;

- отказа от эксплуатации унаследованных информационных систем, функциональные возможности которых перекрываются возможностями регионального сегмента ЕГИСЗ.

## **РАЗДЕЛ XIX.П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 9**

567. Приоритеты государственной политики в сфере информатизации здравоохранения определены в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2011 года № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

568. Приоритеты государственной политики в развитии информатизации в здравоохранении Калининградской области включают следующее:

1) создание регионального сегмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;

2) создание базы знаний и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников;

3) масштабирование существующих аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работникам на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий, улучшение сетевой инфраструктуры медицинских организаций;

4) повышение точности и объективности диагностических исследований, снижение количества рутинных операций в повседневной деятельности медицинского работника, повышение оперативности и достоверности передачи медицинской информации о состоянии здоровья пациента между медицинскими работниками, в том числе между медицинскими работниками разных медицинских организаций, дальнейшее развитие телемедицинских технологий;

5) создание системы, обеспечивающей управленческий учет административно-хозяйственной деятельности медицинских организаций и управленческий кадровый учет в медицинских организациях с использованием облачных технологий;

6) создание системы мониторинга и управления санитарным транспортом, функционирующим с использованием систем ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS.



**РАЗДЕЛ XIX. III. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧА И ПОКАЗАТЕЛИ (ИНДИКАТОРЫ)  
ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ, ОПИСАНИЕ  
ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ  
И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 9**

569. Целью подпрограммы 9 является обеспечение эффективной информационной поддержки органов и организаций системы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания.

570. Для достижения указанной цели предусматривается решение следующей задачи, реализуемой в рамках подпрограммы 9: организация персонифицированного учета оказания медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты, записи к врачу в электронном виде и ведения единого регистра медицинских работников.

571. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задач подпрограммы 9:

1) количество и доля пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты;

2) число и доля медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде.

572. Показатель количества и доли пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты, характеризует уровень проникновения информационных технологий в сферу здравоохранения.

Определяется по формуле:

$$Дпц = \frac{Кпц}{Кпн} \times 100 \%, \text{ где:}$$

*Дпц* – доля пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты;

*Кпц* – количество пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты;

*Кпн* – количество прикрепленного населения к медицинским организациям (по данным территориального фонда обязательного медицинского страхования).

573. Показатель числа и доли медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде характеризует степень доступности медицинских услуг для населения в электронном виде.

Определяется по формуле:

$$Дзпв = \frac{Чзпв}{Кзпв} \times 100 \%, \text{ где:}$$

*Дзпв* – доля медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде;

*Чзпв* – число медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде;

*Кзпв* – количество медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

574. В результате реализации подпрограммы 9 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) увеличение количества и доли пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты, до 941000 человек и 99,0 % соответственно;

2) увеличение числа и доли медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде, до 53,0 единиц и 100,0 % соответственно.

575. Подпрограмма 9 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XIX.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 9**

576. Подпрограммой 9 предусматривается внедрение современных информационных систем.

#### **РАЗДЕЛ XIX.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 9**

577. Предоставление государственной поддержки по мероприятиям подпрограммы 9 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

578. В рамках подпрограммы 9 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

579. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 9 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XIX.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 9**

580. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 9 выражается в обеспечении медицинской статистикой.

**РАЗДЕЛ XIX.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ  
МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С  
ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ  
И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 9**

581. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 9 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

582. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 9 не предусмотрено.

**РАЗДЕЛ XIX.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ  
ПОДПРОГРАММЫ 9**

583. Финансовое обеспечение реализации подпрограммы 9 осуществляется в счет текущего финансирования медицинских организаций.

**РАЗДЕЛ XIX.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ  
ПОДПРОГРАММЫ 9**

584. В рамках реализации подпрограммы 9 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

**РАЗДЕЛ XX. ПОДПРОГРАММА «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ  
СИСТЕМЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ СФЕРЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2013-  
2020 ГОДЫ»**

**Паспорт подпрограммы «Совершенствование системы  
территориального планирования сферы здравоохранения  
Калининградской области на 2013-2020 годы»**

Ответственный  
исполнитель  
подпрограммы  
«Совершенствование  
системы

Министерство здравоохранения Калининградской  
области

территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы» (далее - подпрограмма 10):

Соисполнители подпрограммы 10:

- 1) Министерство финансов Калининградской области;
- 2) Министерство образования Калининградской области;
- 3) Министерство социальной политики Калининградской области;
- 4) Агентство по делам молодежи Калининградской области;
- 5) Агентство по спорту Калининградской области

Участники подпрограммы 10:

органы местного самоуправления муниципальных образований Калининградской области; государственные учреждения Калининградской области и муниципальные учреждения; общественные организации; организации, участвующие на контрактной основе в закупках товаров, работ, услуг для государственных нужд, выбираемые в соответствии с требованиями действующего законодательства

Программно-целевые инструменты подпрограммы 10:

отсутствуют

Цель подпрограммы 10:

стратегическое планирование развития системы здравоохранения Калининградской области

Задача подпрограммы 10:

обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации; развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ

## персонализированной медицины

Целевые показатели и индикаторы подпрограммы 10:	1) удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи, %; 2) удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, %
Этапы и сроки реализации подпрограммы 10:	подпрограмма 10 реализуется в два этапа: первый этап: 2013 – 2015 годы; второй этап: 2016 – 2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований подпрограммы 10 (с разбивкой по годам):	средства областного бюджета - 39127203,5 тыс. рублей, из них: 2013 год – 4599875,1 тыс. рублей; 2014 год – 4851542,9 тыс. рублей; 2015 год – 4875690,5 тыс. рублей; 2016 год – 4960019,0 тыс. рублей; 2017 год – 4960019,0 тыс. рублей; 2018 год – 4960019,0 тыс. рублей; 2019 год – 4960019,0 тыс. рублей; 2020 год – 4960019,0 тыс. рублей
Ожидаемые результаты реализации подпрограммы 10:	1) повышение удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи до 70,0 %; 2) повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи до 70,0 %

**РАЗДЕЛ XX.I. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ  
ПОДПРОГРАММЫ 10, ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В  
УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

585. Калининградская область – это анклав, граничащий с Литвой и Польшей, площадью 15,1 тыс. кв. км. Протяженность Калининградской области – около 200 км. Протяженность автомобильных дорог с твердым покрытием - более 6,6 тыс. км, менее 1 % составляют дороги, не отвечающие нормативным требованиям. Численность населения Калининградской области составляет 946,8 тыс. человек, из них 733,3 тыс. человек – городское население, 213,5 тыс. человек – сельские жители. 165,1 тыс. человек – дети. Численность женщин фертильного возраста – 240,2 тыс. человек. В городе Калининграде проживают 431,5 тыс. человек (44,8 %). Численность населения трудоспособного возраста – 588,0 тыс. человек (64,3 %), лиц старше трудоспособного возраста – 208,4 тыс. человек (20,9 %). Динамика и

прогноз удельного веса основных возрастных групп населения свидетельствует о возрастании доли лиц старше трудоспособного возраста.

586. Система здравоохранения Калининградской области, являясь важнейшим элементом общественной жизни, нацелена на решение стратегических задач развития Калининградской области, прежде всего на улучшение уровня и качества жизни населения, улучшение демографической ситуации, укрепление физического и социального благополучия граждан, удовлетворение потребностей в качественной медицинской помощи. Здравоохранение призвано внести более заметный вклад в формирование производственного потенциала Калининградской области, обеспечивая необходимые характеристики трудовых ресурсов.

587. Целью настоящей подпрограммы 10 является стратегическое планирование развития системы здравоохранения Калининградской области.

588. Реализация подпрограммы 10 позволит обеспечить установление механизмов зависимости уровня оплаты труда работников медицинских организаций от количества и качества предоставляемых населению бесплатных медицинских услуг. Результатом станет выполнение целевых показателей структурных преобразований системы оказания медицинской помощи, основных показателей здоровья населения и уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

589. Оптимальная структура системы здравоохранения и высокая эффективность работы каждой медицинской организации являются необходимым условием создания эффективной системы здравоохранения. Разработаны показатели эффективности деятельности медицинских организаций, направленные на достижение целевых индикаторов государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», с учетом заболеваемости и смертности населения.

590. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи, являющееся одной из задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», будет достигнуто в том числе за счет объема услуг, оказываемых в амбулаторных условиях.

591. Структурные преобразования системы здравоохранения Калининградской области будут осуществляться на основе созданной трехуровневой системы оказания медицинской помощи жителям Калининградской области и включают в себя следующие мероприятия:

- 1) создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной помощи;
- 2) формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации;

3) создание системы оказания медицинской помощи сельскому населению, предусматривающей развитие профилактического направления, включая проведение диспансеризации и медицинских осмотров;

4) развитие новых форм оказания медицинской помощи – стационароразмещающих и выездных методов работы;

5) 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;

6) совершенствование принципов взаимодействия со стационарными медицинскими организациями и подразделениями скорой медицинской помощи.

592. На протяжении последних лет в России реализуется внедрение в процесс государственного управления современных инструментов стратегического планирования и управления, ориентированных на управление по результатам (программно-целевой подход).

593. В рамках реализации настоящей подпрограммы 10 планируется создание эффективной системы информационно-аналитического обеспечения принятия решений. В условиях глобальной конкуренции (в том числе и конкуренции за привлечение и удержание человеческого капитала) необходимо существенно повысить возможности оперативного реагирования на изменение ситуации, максимально сократить сроки получения информации о ходе реализации подпрограммы. Это возможно сделать только при выработке единой централизованной политики информационного обеспечения.

594. Настоящая подпрограмма 10 является основным управленческим документом развития здравоохранения в Калининградской области, будет поэтапно переструктурирована по мере формирования необходимых аналитических признаков. Соответственно предполагается в течение 2013-2014 годов пересмотреть объемы и распределение средств, выделяемых на реализацию мероприятий подпрограммы 10.

595. Реализация мероприятий настоящей подпрограммы 10 напрямую связана с построением эффективной системы принятия управленческих решений на основе систематического поступления информации об изменении факторов риска, информации о ходе реализации каждого из мероприятий, информации о действиях ответственного исполнителя и соисполнителей подпрограммы 10.

596. В рамках мероприятий подпрограммы 10 Министерством здравоохранения Калининградской области будут осуществляться следующие функции:

1) сбор и систематизация статистической и аналитической информации о реализации мероприятий подпрограммы 10;

2) проведение экспертизы проектов на всех этапах реализации подпрограммы 10;

3) проведение независимой оценки показателей результативности и эффективности мероприятий подпрограммы 10, их соответствия целевым индикаторам и показателям;

4) внедрение и обеспечение применения информационных технологий в целях управления реализацией подпрограммы 10 и контроля за ходом мероприятий подпрограммы 10;

5) подготовка аналитической информации для принятия управленческих решений тактического и стратегического характера.

597. Важнейшим элементом реализации подпрограммы 10 является взаимосвязь планирования, реализации, мониторинга, уточнения и корректировки подпрограммы 10. Управление развитием отрасли здравоохранения должно строиться в соответствии с ее структурой и обозначенными целью и задачей подпрограммы 10. Успешная реализация подпрограммы 10 возможна только при внедрении программно-целевого подхода. Для этого будет определена организационная структура управления реализацией подпрограммы 10.

598. Мероприятия подпрограммы 10:

1) анализ коечной мощности, материально-технической базы и обеспеченности кадрами медицинских организаций до 01 мая 2013 года;

2) прогноз увеличения численности населения, обслуживаемого каждой медицинской организацией, и планирование реконструкции и строительства новых объектов здравоохранения на территории Калининградской области ежегодно;

3) анализ регистра медицинских работников по специальностям и возрасту для планирования кадровой политики в Калининградской области;

4) планирование реструктуризации имеющихся медицинских организаций системы здравоохранения Калининградской области;

5) планирование реконструкции имеющихся зданий и строительства новых зданий медицинских организаций.

## **РАЗДЕЛ XX.П. ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 10**

599. Приоритеты государственной политики по организации предоставления медицинских услуг населению определены в:

1) Указе Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

2) государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294.

600. Приоритетами государственной политики являются:

1) развитие оптимальной структуры системы здравоохранения;

2) обеспечение функционального зонирования территории



Калининградской области с разработкой логистики оказания медицинской помощи в зависимости от вида, профиля и условий ее оказания;

3) улучшение ситуации по обеспечению доступности медицинской помощи;

4) повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

**РАЗДЕЛ XX. III. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧА И ПОКАЗАТЕЛИ  
(ИНДИКАТОРЫ) ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ,  
ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ОЖИДАЕМЫХ КОНЕЧНЫХ  
РЕЗУЛЬТАТОВ, ЭТАПОВ И СРОКОВ РЕАЛИЗАЦИИ  
ПОДПРОГРАММЫ 10**

601. Целью подпрограммы 10 является стратегическое планирование развития системы здравоохранения Калининградской области.

602. Для достижения указанной цели предусматривается решение следующей задачи, реализуемой в рамках подпрограммы 10: обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации; развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины.

603. Показатели, характеризующие достижение цели и степень решения задачи подпрограммы 10:

1) удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи;

2) удовлетворенность населения качеством медицинской помощи.

604. В результате реализации подпрограммы 10 планируется достижение следующих ожидаемых конечных результатов:

1) повышение удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи до 70,0 %;

2) повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи до 70,0 %.

605. Подпрограмма 10 рассчитана на восемь лет и реализуется в два этапа:

первый этап: 2013 – 2015 годы;

второй этап: 2016 – 2020 годы.

#### **РАЗДЕЛ XX.IV. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ 10**

606. Подпрограммой 10 предусматривается развитие системы здравоохранения.

#### **РАЗДЕЛ XX.V. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ 10**

607. Предоставление государственной поддержки по мероприятию подпрограммы 10 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

608. В рамках подпрограммы 10 будут реализованы меры по совершенствованию правового регулирования механизмов предоставления государственной поддержки.

609. Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации подпрограммы 10 приведены в приложении № 3 к государственной программе.

#### **РАЗДЕЛ XX.VI. ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ (РАБОТ) ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 10**

610. Оказание государственными учреждениями Калининградской области государственных услуг в рамках реализации подпрограммы 10 выражается в обеспечении медицинской статистикой.

#### **РАЗДЕЛ XX.VII. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ С ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧАСТИЕМ, ОБЩЕСТВЕННЫХ, НАУЧНЫХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, А ТАКЖЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 10**

611. Участие муниципальных образований в реализации подпрограммы 10 устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

612. Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в ходе реализации подпрограммы 10 не предусмотрено.

## **РАЗДЕЛ XX.VIII. ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДПРОГРАММЫ 10**

613. Финансовое обеспечение реализации подпрограммы 10 за счет средств областного бюджета составляет 39127203,5 тыс. рублей, из них:

2013 год – 4599875,1 тыс. рублей;

2014 год – 4851542,9 тыс. рублей;

2015 год – 4875690,5 тыс. рублей;

2016 год – 4960019,0 тыс. рублей;

2017 год – 4960019,0 тыс. рублей;

2018 год – 4960019,0 тыс. рублей;

2019 год – 4960019,0 тыс. рублей;

2020 год – 4960019,0 тыс. рублей.

## **РАЗДЕЛ XX.IX. АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОГРАММЫ 10**

614. В рамках реализации подпрограммы 10 могут быть выделены следующие риски ее реализации: правовые, финансовые, административные, кадровые.

Описание и характеристика указанных рисков отражены в разделе IX государственной программы.

---



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
5	Г.г	Младенческая смертность	живыми случаев на 1000 родив- шихся живыми	5,6	6,5	6,2	6,1	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6
6	Г.д	Смертность от болезней системы кровообращения	случаев на 100 тыс. населения	700,3	721,3	731,1	698,5	682,2	665,9	649,4	633,8	618,6
7	Г.е	Смертность от дорожно-транспортных происшествий	случаев на 100 тыс. населения	9,6	8,1	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6
8	Г.ж	Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	случаев на 100 тыс. населения	203,9	207,2	205,5	202,4	199,3	196,2	192,8	189,7	186,6
9	Г.з	Заболееваемость туберкулезом	случаев на 100 тыс. населения	70,8	69,5	64,3	59,1	53,9	48,7	43,4	42,0	40,0
10	Г.и	Смертность от туберкулеза	случаев на 100 тыс. населения	8,4	8,2	8,7	8,6	8,5	8,4	8,3	8,2	8,2
11	Г.к	Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь)	литров на душу населения в год	11,0	11,0	10,9	10,9	10,8	10,7	10,7	10,3	10,0
12	Г.л	Распространенность потребления табака среди взрослого населения	%	64,0	61,0	55,0	51,0	47,0	45,0	45,0	40,0	30,0
13	Г.м	Распространенность потребления табака среди детей и подростков	%	49,0	31,0	30,0	28,0	27,0	25,0	25,0	20,0	15,0
14	Г.н	Обеспеченность врачами	человек на	29,8	27,8	28,0	28,2	28,6	28,8	29,0	32,0	32,5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			100 тыс. населения									
15	I.o	Соотношение врачей и среднего медицинского персонала	-	1/2,2	1/2,3	1/2,4	1/2,5	1/2,6	1/2,7	1/2,8	1/2,9	1/3,0
16	I.п	Средняя заработная плата врачей и работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), от средней заработной платы в Калининградской области	%	150,0	165,3	150,6	137,0	159,6	200,0	200,0	200,0	200,0
17	I.p	Средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в Калининградской области	%	91,6	98,5	89,8	79,9	86,3	100,0	100,0	100,0	100,0
18	I.c	Средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений здравоохранения Калининградской области от средней заработной платы в	%	56,5	60,2	54,9	52,4	70,5	100,0	100,0	100,0	100,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		Калининградской области										
Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 1)												
19	1	Цель подпрограммы 1: увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний	%	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0
20	1.a	Охват диспансеризацией взрослого населения	%	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0
21	1.1	Задача 1 подпрограммы 1 : выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях										
22	1.1.1	Основное мероприятие задачи 1 подпрограммы 1 : развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни										
23	1.1.6	Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей	%	51,2	55,0	60,0	65,0	70,0	75,0	80,0	83,0	85,0
24	1.1.в	Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
25	1.2	Задача 2 подпрограммы 1 : совершенствование первичной медико-санитарной помощи										
26	1.2.1	Основное мероприятие задачи 2 подпрограммы 1 : развитие первичной медико-санитарной помощи										
27	1.2.a	Смертность от самоубийств	случаев на 100 тыс. населения	19,6	19,2	19,0	18,8	18,6	18,1	17,8	16,2	16,0
28	1.2.6	Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-й - 2-й стадиях	%	50,2	50,2	51,3	52,7	53,5	54,3	55,1	55,9	56,7
29	1.2.в	Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез	%	61,4	70,0	70,0	70,0	72,0	75,0	78,2	79,0	80,0
Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на 2013 - 2020 годы» (далее – подпрограмма 2)												
30	2	Цель подпрограммы 2: повышение доступности и качества оказания медицинской помощи										
31	2.a	Одногодичная летальность больных со	%	26,5	26,1	25,8	25,2	24,6	24,0	23,0	22,0	21,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		злокачественными образованиями										
32	2.6	Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут	%	87,3	88,7	88,7	88,8	88,9	89,0	89,0	100,0	100,0
33	2.1	Задача 1 подпрограммы 2: совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С										
34	2.1.1	Основное мероприятие задачи 1 подпрограммы 2: профилактические мероприятия и мероприятия, направленные на обеспечение проведения диагностики и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитами В и С										
35	2.1.a	Ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами	лет	34,5	35,0	35,5	36,0	36,0	37,0	38,0	39,0	40,0
36	2.2	Задача 2 подпрограммы 2: увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением										
37	2.2.1	Основное мероприятие задачи 2 подпрограммы 2: обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом										
38	2.2.a	Доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением	%	34,8	40,3	48,1	52,5	56,9	61,5	66,0	70,3	75,0
39	2.3	Задача 3 подпрограммы 2: совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств										
40	2.3.1	Основное мероприятие задачи 3 подпрограммы 2: совершенствование медицинской помощи больным с психическими расстройствами										
41	2.3.a	Доля больных с психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года	%	21,0	21,0	21,0	20,9	20,9	20,9	20,9	20,8	20,7
42	2.4	Задача 4 подпрограммы 2: снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта										
43	2.4.1	Основное мероприятие задачи 4 подпрограммы 2: совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями										



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
44	2.4.a	Смертность от ишемической болезни сердца	случаев на 100 тыс. населения	301,4	300,0	296,5	295,0	294,0	293,0	292,0	291,0	290,0
45	2.5	Задача 5 подпрограммы 2: снижение больницы летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий										
46	2.5.1	Основное мероприятие задачи 5 подпрограммы 2: совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации										
47	2.5.a	Больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий	%	19,7	17,0	15,0	12,0	11,0	10,0	9,0	9,0	8,0
48	2.6	Задача 6 подпрограммы 2: поддержка развития службы крови										
49	2.6.a	Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
50	2.6.1	Основное мероприятие задачи 6 подпрограммы 2: реализация мероприятий по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов										
51	2.6.1.a	Объем заготовки компонентов донорской крови автоматическими методами от общего объема заготовки	%	35,0	40,0	41,0	42,0	43,0	44,0	45,0	46,0	47,0
52	2.6.1.б	Количество доноров крови и ее компонентов	человек на 1000 человек населения	8,0	9,0	9,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 3)												
53	3	Цель подпрограммы 3: обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения										
54	3.a	Доля участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области	%	26,7	28,1	29,5	30,4	31,3	32,2	33,1	34,0	34,8
55	3.1	Задача подпрограммы 3: повышение эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
56	3.1.1	высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи										
57		Основное мероприятие задачи подпрограммы 3: привлечение частных медицинских организаций для оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий										
		Количество частных организаций, работающих в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области	шт.	-	-	33,0	34,0	35,0	36,0	37,0	39,0	40,0
Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013-2020 годы» (далее подпрограмма - 4)												
58	4	Цель подпрограммы 4: обеспечение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям посредством профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний; повышения эффективности, объемов, видов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и потребности населения, передовых достижений медицинской науки										
59	4.a	Первичная инвалидность у детей, число детей, которым впервые установлена инвалидность	число детей, которым впервые установлена инвалидность (на 10 тыс. детей соответствующего возраста)	25,0	24,5	24,0	23,5	23,0	22,5	22,0	21,0	21,0
60	4.1	Задача подпрограммы 4: повышение эффективности службы родовспоможения и детства										
61	4.1.1	Основное мероприятие задачи подпрограммы 4: развитие системы медицинской профилактики по охране здоровья матери и ребенка										
62	4.1.a	Доля обследования беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой)	%	87,8	90,0	92,0	92,0	93,0	94,0	95,0	95,0	95,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности										
63	4.1.6	Ранняя неонатальная смертность	случаев на 1000 родившихся живыми	3,3	3,2	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
64	4.1.в	Смертность детей в возрасте 0-17 лет	случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста	7,0*	7,0*	69,0	68,0	67,0	66,0	65,0	65,0	65,0
65	4.1.1.а	Охват новорожденных детей неонатальным скринингом	процент новорожденных, охваченных неонатальным скринингом, от общего числа родившихся детей	95,6	96,0	97,0	98,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0
66	4.1.1.б	Охват новорожденных детей и детей первого года жизни аудиологическим скринингом	процент новорожденных, обследо-	95,0	96,0	97,0	98,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			ванных на аудиологический скрининг, от общего числа новорожденных									
Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 5)												
67	5	Цель подпрограммы 5: увеличение продолжительности активного периода жизни населения										
68	5.1	Задача подпрограммы 5: разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации, а также разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения										
69	5.1.1	Основное мероприятие задачи подпрограммы 5: осуществление санаторно-курортного лечения в рамках реабилитационной помощи										
70	5.а	Охват санаторно-курортным лечением пациентов	%	6,0	9,0	13,0	17,0	21,0	26,0	31,0	36,0	45,0
71	5.б	Охват реабилитационной медицинской помощью пациентов	%	1,4	4,0	6,0	9,0	12,0	15,0	17,0	21,0	25,0
72	5.в	Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся	%	70,0	72,0	73,0	74,0	75,0	78,0	80,0	82,0	85,0
Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 6)												
73	6	Цель подпрограммы 6: повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания										
74	6.1	Задача подпрограммы 6: создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам										
75	6.1.1	Основное мероприятие задачи подпрограммы 6: повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников; повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
76	6.а	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым	коек/100 тыс. взрослого населения	6,4	7,7	7,7	7,7	7,8	8,0	8,1	8,3	10,0
77	6.б	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям	коек/100 тыс. детского населения	0,0	2,8	2,8	2,8	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013 - 2020 годы» (далее – подпрограмма 7)												
78	7	Цель подпрограммы 7: обеспечение притока медицинских и фармацевтических работников в медицинские организации и закрепление их по наиболее востребованным специальностям для достижения уровня укомплектованности, позволяющего реально обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь населению Калининградской области										
79	7.а	Обеспеченность врачами	на 10 тыс. населения	27,3	27,8	28,0	28,2	28,6	28,8	29,0	31,2	31,8
80	7.б	Обеспеченность средним медицинским персоналом	на 10 тыс. населения	62,6	63,2	63,9	64,5	64,9	65,1	65,8	66,5	67,1
81	7.1	Задача 1 подпрограммы 7: обеспечение медицинских организаций квалифицированными специалистами										
82	7.1.а	Укомплектованность медицинских организаций врачами	%	87,8	87,9	88,2	88,7	89,1	89,5	90,2	91,4	92,6
83	7.1.б	Укомплектованность медицинских организаций средним медицинским персоналом	%	90,3	90,4	90,8	91,8	92,6	92,9	93,8	94,1	95,2
84	7.1.в	Доля медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области		-	-	-	3,0	7,0	10,0	10,0	10,0	10,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
85	7.1.г	Доля медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), имеющих сертификат по установлению уровня владения иностранным языком, к общей среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций Калининградской области, привлеченных к участию в оказании медицинской помощи при проведении Чемпионата мира по футболу в 2018 году		-	-	-	7,5	17,5	25,0	25,0		
86	7.1.1	Основные мероприятия задачи 1 подпрограммы 7: предоставление меры социальной поддержки лицам, завершившим обучение в образовательных организациях на условиях целевого приема для нужд Калининградской области, в виде единовременной денежной выплаты, предоставление меры социальной поддержки лицам, обучающимся в образовательных организациях на условиях целевого приема для нужд Калининградской области, в виде ежемесячной стипендии, предоставление меры социальной поддержки лицам, принятым на обучение в образовательные организации не на условиях целевого приема по специальностям, определяемым исполнительным органом государственной власти Калининградской области, осуществляющим на территории Калининградской области функции по проведению государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и заключившим договор о целевом обучении, в период обучения в виде оплаты обучения по фактически произведенным расходам										
87	7.1.1.а	Количество лиц, поступивших на обучение в образовательные организации по программам интернатуры или ординатуры для нужд Калининградской области и заключивших договор о целевом обучении	человек	35,0	35,0	34,0	72,0	59,0	59,0	59,0	59,0	59,0
88	7.1.1.б	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического	человек	1393,0	626,0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0	650,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		образования в государственных образовательных организациях дополнительного профессионального образования										
89	7.1.1.в	Укомплектованность амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций врачами	%	89,2	88,2	89,0	90,5	91,2	92,5	93,5	94,3	95,7
90	7.1.1.г	Укомплектованность стационарных подразделений медицинских организаций врачами	%	86,5	89,1	90,1	91,5	92,8	93,7	94,2	95,1	97,1
91	7.1.1.д	Коэффициент совместительства	-	1,36	1,37	1,35	1,32	1,3	1,28	1,27	1,25	1,2
92	7.2	Задача 2 подпрограммы 7: повышение профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников										
93	7.2.1	Основные мероприятия задачи 2 подпрограммы 7: профессиональная переподготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, организация выездных циклов в г. Калининграде; проведение ежегодных семинаров с врачами и средними медицинскими работниками детских поликлиник по вопросам профилактики стоматологических заболеваний у детей; проведение аттестации медицинских работников Калининградской области; формирование резерва руководящих кадров для замещения вакантных должностей в медицинских организациях Калининградской области										
94	7.2.1.а	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных организациях среднего профессионального образования	человек	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0
95	7.3	Задача 3 подпрограммы 7: повышение социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников										
96	7.3.1	Основные мероприятия задачи 3 подпрограммы 7: оказание социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг лицам, проживающим и работающим в медицинских организациях в сельской местности Калининградской области, предоставление компенсации расходов на оплату найма жилых помещений специалистам с высшим и средним профессиональным образованием, приглашенным для работы в федеральных медицинских центрах, расположенных на территории Калининградской области, предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим медицинским образованием, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты Калининградской области										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
97	7.3.1.a	Доля получателей социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг лицам, проживающим и работающим в медицинских организациях в сельской местности Калининградской области, от общего количества врачей и средних медицинских работников Калининградской области	%	1,57	1,5	1,45	1,4	1,36	1,34	1,33	1,32	1,31
98	7.3.1.б	Доля получателей компенсации расходов на оплату найма жилых помещений специалистам с высшим и средним профессиональным образованием, приглашенным для работы в федеральных медицинских центрах, расположенных на территории Калининградской области, от общего количества лиц, имеющих право на получение компенсации	%	97,0	98,0	100,0	-	-	-	-	-	-
99	7.3.1.в	Доля получателей единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим медицинским образованием, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты Калининградской области, от общего числа трудоустроившихся на работу в сельские населенные пункты Калининградской области	%	2,1	1,4	2,8	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
100	7.4	Задача 4 подпрограммы 7: обеспечение взаимодействия государственных учреждений здравоохранения Калининградской области с федеральным государственным образовательным учреждением высшего профессионального образования										



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		«Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»										
101	7.4.1	Основные мероприятия задачи 4 подпрограммы 7: организация и проведение дней открытых дверей для учащихся общеобразовательных школ в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», содействие в осуществлении учебно-методического процесса в сфере высшего и среднего профессионального образования в медицинских организациях										
102	7.4.1.a	Доля обучающихся по целевым направлениям Калининградской области в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» от общего числа лиц, обучающихся по целевым направлениям	%	8,0	7,2	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0
103	7.4.1.6	Доля лиц, прошедших обучение по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», от общего числа обучающихся лиц	%	7,9	16,0	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5
104	7.5	Задача 5 подпрограммы 7: повышение престижа и социальной значимости медицинских и фармацевтических специальностей										
105	7.5.1	Основные мероприятия задачи 5 подпрограммы 7: проведение «ярмарок вакансий» для студентов 5-6 курсов медицинских вузов с участием руководителей медицинских организаций, ежегодное проведение конкурсов «Лучший врач года», «Лучшая медицинская сестра года», ежегодное празднование профессионального праздника Дня медицинского работника, ежегодное участие в международной выставке «Медицина и косметология», проводимой в г. Калининграде, участие в III международном форуме государств-участников СНГ «Здоровье населения – основа процветания стран сотрудничества»										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
106	7.5.1.a	Процент увеличения числа врачей к уровню предыдущего года	%	+1,7	+3,1	-5	0	+1	+2	+3	+4	+5
Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 8)												
107	8	Цель подпрограммы 8: повышение обеспеченности населения Калининградской области качественными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями										
108	8.a	Процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета	%	92,0	93,7	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0
109	8.1	Задача 1 подпрограммы 8: удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания льготных категорий граждан областного уровня ответственности										
110	8.1.1	Основное мероприятие задачи 1 подпрограммы 8: удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов на безвозмездной основе за счет средств областного бюджета										
111	8.2	Задача 2 подпрограммы 8: удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями										
112	8.2.1	Основное мероприятие задачи 2 подпрограммы 8: удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями										
113	8.2.a	Процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний	%	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 9)												
114	9	Цель подпрограммы 9: обеспечение эффективной информационной поддержки органов и организаций системы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания										
115	9.1	Задача подпрограммы 9: организация персонализированного учета оказания медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты, записи к врачу в электронном виде и ведения единого регистра медицинских работников										
116	9.1.1	Основное мероприятие задачи 1 подпрограммы 9: внедрение современных информационных систем										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
117	9.1.a	Количество и доля пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты	человек	115068,0	191780,0	525132,0	690408,0	910955,0	938722,0	941000,0	941000,0	941000,0
118	9.1.б	Число и доля медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде	% единиц %	12,0 21,0 39,6	20,0 21,0 39,6	55,2 53,0 100,0	72,0 53,0 100,0	95,0 53,0 100,0	98,8 53,0 100,0	99,0 53,0 100,0	99,0 53,0 100,0	99,0 53,0 100,0
Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 10)												
119	10	Цель подпрограммы 10: стратегическое планирование развития системы здравоохранения Калининградской области										
120	10.1	Задачи подпрограммы 10: обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации; развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины										
121	10.1.1	Основное мероприятие задачи подпрограммы 10: развитие системы здравоохранения										
122	10.a	Удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи	%	27,1	27,5	40,0	45,0	50,0	55,0	60,0	65,0	70,0
123	10.б	Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи	%	30,0	31,0	40,0	45,0	50,0	55,0	60,0	65,0	70,0

\* Показатель 2012-2013 годов указан на 10000 населения.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		жизни		находящихся в трудной жизненной ситуации									
4	Задача 2 подпрограммы 1: совершенствование первичной медико-санитарной помощи												
5	1.2	Развитие первичной медико-санитарной помощи	Министерство здравоохранения Калининградской области	смертность от самоубийств	случаев на 100 тыс. населения	19,2	19,0	18,8	18,6	18,1	17,8	16,2	16,0
				доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-й -2-й стадиях	%	50,2	51,3	52,7	53,5	54,3	55,1	55,9	56,7
				охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез	%	70,0	70,0	70,0	72,0	75,0	78,2	79,0	80,0
6	Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на 2013 - 2020 годы» (далее – подпрограмма 2)												
7	Задача 1 подпрограммы 2: совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С												
8	2.1	Профилактические мероприятия и мероприятия, направленные на обеспечение проведения диагностики и мониторинга	Министерство здравоохранения Калининградской области	ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с	лет	35,0	35,5	36,0	36,0	37,0	38,0	39,0	40,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитами В и С		действующими стандартами									
9	Задача 2 подпрограммы 2: увеличение доли абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением												
10	2.2	Обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом	Министерство здравоохранения Калининградской области	доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением	%	40,3	48,1	52,5	56,9	61,5	66,0	70,3	75,0
11	Задача 3 подпрограммы 2: совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств												
12	2.3	Совершенствование медицинской помощи больным с психическими расстройствами	Министерство здравоохранения Калининградской области	доля больных с психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года	%	21,0	21,0	20,9	20,9	20,9	20,9	20,8	20,7
13	Задача 4 подпрограммы 2: снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта												
14	2.4	Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями	Министерство здравоохранения Калининградской области	смертность от ишемической болезни сердца	случаев на 100 тыс. населения	300,0	296,5	295,0	294,0	293,0	292,0	291,0	290,0
15	Задача 5 подпрограммы 2: снижение больницы летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий												
16	2.5	Совершенствование оказания скорой, в	Министерство здравоохранения	больничная летальность	%	17,0	15,0	12,0	11,0	10,0	9,0	9,0	8,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации	ния Калининградской области	пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий									
17	Задача 6 подпрограммы 2: поддержка развития службы крови												
18	2.6	Реализация мероприятий по подготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов	Министерство здравоохранения Калининградской области	Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19	Подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 3)												
20	Задача подпрограммы 3: повышение эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи												
21	3.1	Привлечение частных медицинских организаций для оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий	Министерство здравоохранения Калининградской области	доля участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калининградской области	%	28,1	29,5	30,4	31,3	32,2	33,1	34,0	34,8
22	Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 4)												
23	Задача подпрограммы 4: повышение эффективности службы родовспоможения и детства												
24	4.1	Развитие системы медицинской	Министерство здравоохранения	доля обследования беременных	%	90,0	92,0	92,0	93,0	94,0	95,0	95,0	95,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		профилактики по охране здоровья матери и ребенка	ния Калининградской области	женщин по новому алгоритму проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности									
				ранняя неонатальная смертность	случаев на 1000 родов-шихся	3,2	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
				смертность детей в возрасте 0-17 лет	случаев на 10000 населения	7,0	6,9	6,8	6,7	6,6	6,5	6,5	6,5
				охват новорожденных детей неонатальным скринингом	процент новорожденных, обследованных на неона-	96,0	97,0	98,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
					тальный скрининг, от общего числа новорожденных								
				охват новорожденных детей и детей первого года жизни аудиологическим скринингом	процент новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг, от общего числа новорожденных	96,0	97,0	98,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0
25	Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 5)												
26	Задача подпрограммы 5: разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации, а также разработка и внедрение новых организационных моделей с поддержкой развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения												
27	5.1	Осуществление санаторно-курортного лечения в рамках реабилитационной	Министерство здравоохранения Калининградской области	охват санаторно-курортным лечением пациентов	%	9,0	13,0	17,0	21,0	26,0	31,0	36,0	45,0
				охват реабилитационной	%	4,0	6,0	9,0	12,0	15,0	17,0	21,0	25,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		помощи		медицинской помощью пациентов									
				охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся	%	72,0	73,0	74,0	75,0	78,0	80,0	82,0	85,0
28	Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 6)												
29	Задача подпрограммы 6: создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам												
30	6.1	Повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников; повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи	Министерство здравоохранения Калининградской области	обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым	коек/100 тыс. взрослого населения	7,7	7,7	7,7	7,8	8,0	8,1	8,3	10,0
				обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям	коек/100 тыс. детского населения	2,8	2,8	2,8	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
31	Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013 - 2020 годы» (далее – подпрограмма 7)												
32	Задача 1 подпрограммы 7: обеспечение медицинских организаций квалифицированными специалистами												
33	7.1	Предоставление единовременной денежной выплаты лицам, завершившим обучение в	Министерство здравоохранения Калининградской области	количество подготовленных специалистов по программам послевузовского медицинского и	человек	35,0	34,0	48,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		интернатуре или ординатуре на условиях целевой контрактной подготовки для нужд Калининградской области, предоставление ежемесячной стипендии лицам, обучающимся в государственных высших учебных заведениях, государственных образовательных организациях дополнительного профессионального образования по образовательным программам послевузовского профессионального образования (интернатуре или ординатуре) на условиях целевой контрактной подготовки для		фармацевтического образования в государственных образовательных организациях дополнительного профессионального образования									

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		<p>нужд Калининградской области, представление меры социальной поддержки лицам, завершившим обучение в образовательных организациях на условиях целевого приема для нужд Калининградской области, в виде единовременной денежной выплаты, представление меры социальной поддержки лицам, обучающимся в образовательных организациях на условиях целевого приема для нужд Калининградской области, в виде ежемесячной стипендии</p>											

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
34	7.2	Предоставление меры социальной поддержки лицам, принятым на обучение в образовательные организации не на условиях целевого приема по специальности, определяемым исполнительным органом государственной власти Калининградской области, осуществляющим на территории Калининградской области функции по проведению государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и заключившим договор о целевом		количество подготовленных специалистов по программам послевузовского и медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных организациях дополнительного профессионального образования	человек	0	24	24	24	24	24	24	24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		обучения, в период обучения в виде оплаты обучения по фактически произведенным расходам											
35	Задача 2 подпрограммы 7: повышение профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников												
36	7.3	Профессиональная переподготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, организация выездных циклов в г. Калининграде; проведение ежегодных семинаров с врачами и средними медицинскими работниками детских поликлиник по вопросам профилактики стоматологических заболеваний у детей; проведение	Министерство здравоохранения Калининградской области	количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных организациях среднего профессионального образования	человек	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		аттестации медицинских работников Калининградской области; формирование резерва руководящих кадров для замещения вакантных должностей в медицинских организациях											
37	Задача 3	повышение социальной защищенности медицинских и фармацевтических работников											
38	7.4	Оказание социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг лицам, проживающим и работающим в медицинских организациях в сельской местности Калининградской области, предоставление компенсации	Министерство здравоохране- ния Калининград- ской области	количество лиц, получивших меры социальной поддержки	человек	60	60	60	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		расходов на оплату найма жилых помещений специалистам с высшим и средним профессиональным образованием, пригласенным для работы в федеральных медицинских центрах, расположенных на территории Калининградской области, представление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим медицинским образованием, прибывшим или переехавшим на работу в сельские населенные пункты Калининградской области											



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
39	Задача 4 подпрограммы 7: обеспечение взаимодействия государственных учреждений здравоохранения Калининградской области с федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»												
40	7.5	Организация и проведение дней открытых дверей для учащихся общеобразовательных школ в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», содействие в осуществлении учебно-методического процесса в сфере высшего и среднего профессионального образования в медицинских организациях	Министерство здравоохранения Калининградской области	количество мероприятий	-	1	1	1	1	1	1	1	1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
41	Задача 5	подпрограммы 7: повышение престижа и социальной значимости медицинских и фармацевтических специальностей											
42	Проведение «ярмарок вакансий» для студентов 5-6 курсов медицинских вузов с участием руководителей медицинских организаций, ежегодное проведение конкурсов «Лучший врач года», «Лучшая медицинская сестра года», ежегодное празднование профессионального праздника Дня медицинского работника, ежегодное участие в международной выставке «Медицина и косметология», проводимой в г. Калининграде, участие в III международном	Министерство здравоохранения Калининградской области	число мероприятий	-	4	4	4	4	4	4	4	4	4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		форуме государственных участников СНГ «Здоровье населения – основа процветания стран сотрудничества»											
43	Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 8)												
44	Задача 1 подпрограммы 8: удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания льготных категорий граждан областного уровня ответственности												
45	8.1	Удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов на безвозмездной основе за счет средств областного бюджета	Министерство здравоохранения Калининградской области	процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для обеспечения нужд граждан за счет средств областного бюджета	%	93,7	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0
46	Задача 2 подпрограммы 8: удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями												
47	8.2	Удовлетворение потребности в лекарственных препаратах граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями	Министерство здравоохранения Калининградской области	процент обеспеченных рецептов на лекарственные препараты для лечения редких (орфанных) заболеваний	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
48	Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 9)												
49	Задача подпрограммы 9: организация персонализированного учета оказания медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты, записи к врачу в электронном виде и ведения единого регистра медицинских работников												
50	9.1	Внедрение современных информационных систем	Министерство здравоохранения Калининградской области	количество и доля пациентов, на которых заводятся электронные медицинские карты	человек	191780,0	525132,0	690408,0	910955,0	938722,0	941000,0	941000,0	941000,0
				%	%	20,0	55,2	72,0	95,0	98,8	99,0	99,0	99,0
				число и доля медицинских организаций, осуществляющих запись на прием к врачу в электронном виде	единиц	21,0	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0	53,0
				%	%	39,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
51	Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы» (далее – подпрограмма 10)												
52	Задача подпрограммы 10: обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, и лечебной, медицинской помощи, развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины												
53	10.1	Развитие системы здравоохранения	Министерство здравоохранения Калининградской области	удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи	%	27,5	40,0	45,0	50,0	55,0	60,0	65,0	70,0
				удовлетворенность населения качеством	%	31,0	40,0	45,0	50,0	55,0	60,0	65,0	70,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ									

Приложение № 3  
к государственной программе  
Калининградской области  
«Развитие здравоохранения»  
на 2013 - 2020 годы

Сведения об основных мерах правового регулирования в сфере реализации государственной программы Калининградской области «Развитие здравоохранения» на 2013 - 2020 годы

Таблица				
№ п/п	Вид нормативного правового акта	Основные положения нормативного правового акта	Ответственный исполнитель и соисполнители	Ожидаемые сроки принятия
1	2	3	4	5
I	Государственная программа Калининградской области «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы			
Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013-2020 годы»				
1.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
2.	Постановление Правительства Калининградской области	О внесении изменений в целевую программу Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»	Министерство здравоохранения Калининградской области	2014-2017 годы
3.	Постановление Правительства Калининградской области	О внесении изменений в целевую программу Калининградской области «Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и общих врачебных практик в Калининградской области на 2012-2014 годы»	Министерство здравоохранения Калининградской области	2014 год

1	2	3	4	5
4.	Постановление Правительства Калининградской области	О внесении изменений в целевую программу Калининградской области «Профилактика злоупотребления алкогольной продукцией и алкоголизма среди населения Калининградской области на 2012-2014 годы»	Министерство здравоохранения Калининградской области	2014 год
5.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
6.	Постановление Правительства Калининградской области	О плане реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Калининградской области	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на 2013 - 2020 годы»				
7.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
8.	Постановление Правительства Калининградской области	О внесении изменений в целевую программу Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»	Министерство здравоохранения Калининградской области	2014-2017 годы
9.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
10.	Постановление Правительства Калининградской области	Об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам за счет средств областного бюджета	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно

1	2	3	4	5
Подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства на 2013-2020 годы»				
11.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
12.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка на 2013-2020 годы»				
13.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
14.	Постановление Правительства Калининградской области	О внесении изменений в целевую программу Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»	Министерство здравоохранения Калининградской области	2014-2017 годы
15.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
16.	Постановление Правительства Калининградской области	О плане реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Калининградской области	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
17.	Постановление Правительства Калининградской области	О бесплатном обеспечении детей первого – второго годов жизни специальными молочными продуктами детского питания	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно



1	2	3	4	5
Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на 2013-2020 годы»				
18.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
19.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи на 2013-2020 годы»				
20.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
21.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Калининградской области на 2013 - 2020 годы»				
22.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
23.	Постановление Правительства Калининградской области	О внесении изменений в целевую программу Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»	Министерство здравоохранения Калининградской области	2014-2017 годы
24.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно

1	2	3	4	5
Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения на 2013-2020 годы»				
25.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
26.	Постановление Правительства Калининградской области	О внесении изменений в целевую программу Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2013-2017 годов»	Министерство здравоохранения Калининградской области	2014-2017 годы
27.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении на 2013-2020 годы»				
28.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно
29.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно
Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования сферы здравоохранения Калининградской области на 2013-2020 годы»				
30.	Закон Калининградской области	Об областном бюджете на финансовый год и на плановый двухлетний период	Министерство финансов Калининградской области	ежегодно

1	2	3	4	5
	области			
31.	Постановление Правительства Калининградской области	О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на календарный год и на плановый двухлетний период	Министерство здравоохранения Калининградской области	ежегодно

Приложение № 4  
к государственной программе  
Калининградской области  
«Развитие здравоохранения»  
на 2013 – 2020 годы

Прогноз

сводных показателей государственных заданий на оказание государственных услуг (работ)  
государственными учреждениями Калининградской области государственной программы «Развитие здравоохранения» на  
2013 – 2020 годы

Таблица

№ п/п	Наименование мероприятия	Наименование в соответствии с реестром государствен- ных услуг (работ)	Показатель объема услуги (работы)	Единица измерения показателя объема услуги (работы)	Значение показателя объема услуги (работы)				
					Отчетный год	Текущий год	Очеред- ной год	Первый год планового периода	Второй год планового периода
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Услуги здравпункта Правительства Калининградской области	услуга	число посещений	посещение	4987	4987	4987	4987	4987
2	Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	работа	объем литров заготовлен- ной крови	литры	12200	12200	12200	12200	12200
3	Проведение судебно-	работа	число	экспертизы,	4078	4078	4078	4078	4078

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	медицинской экспертизы (исследования) трупов		экспертиз, исследований	исследования					
4	Проведение иных судебно-медицинских экспертиз (исследований)	работа	число экспертиз, исследований	экспертизы, исследования	13890	13890	13890	13890	13890
5	Оказание экстренной медицинской помощи при катастрофах и чрезвычайных ситуациях	работа	обеспечение круглосуточных дежурств	дни	366	365	365	365	365
6	Обеспечение медицинской статистикой	работа	число мониторингов	единиц	8410	8410	8410	8410	8410