

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

Целевыми значениями критериев доступности и качества медицинской помощи в 2017 году являются:

- удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского, сельского населения (процентов от числа опрошенных) - 38%;
- обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, - 38,8;
- обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, - 96,9;
- средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по субъекту Российской Федерации), дней - 11,0;
- эффективность деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда), дней - 329:
- коэффициент выполнения функции врачебной должности (K_v), $K_v = 95 - 100\%$;
- показатель рационального использования коечного фонда $K_r = 0,9 - 1,0$;
- коэффициент целевого использования коечного фонда $K_s = 0,9 - 1,0$;
- коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда $K_э = 0,9 - 1,0$;
- коэффициент финансовых затрат поликлиники (K_p) и стационара (K_c) считается эффективным, если деятельность поликлиники (K_p) и стационара (K_c) ниже коэффициента выполнения функции врачебной должности (K_v) и коэффициента эффективного использования коечного фонда ($K_э$);
- доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, - 1,5%;
- количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы (на 1 тыс. населения), - не более 0,001.