

***Итоги реализации
Пилотного проекта
«Модернизация системы
здравоохранения
Томской области»
2006-2008 гг.***

***Начальник Департамента здравоохранения Томской области
А.Т. Адамян***

Миссия

Пилотного проекта

«Модернизация системы

здравоохранения

Томской области»

**2005 год: система здравоохранения Томской области
подвергнута серьезной ревизии, дана оценка всем
основным ее составляющим параметрам:**

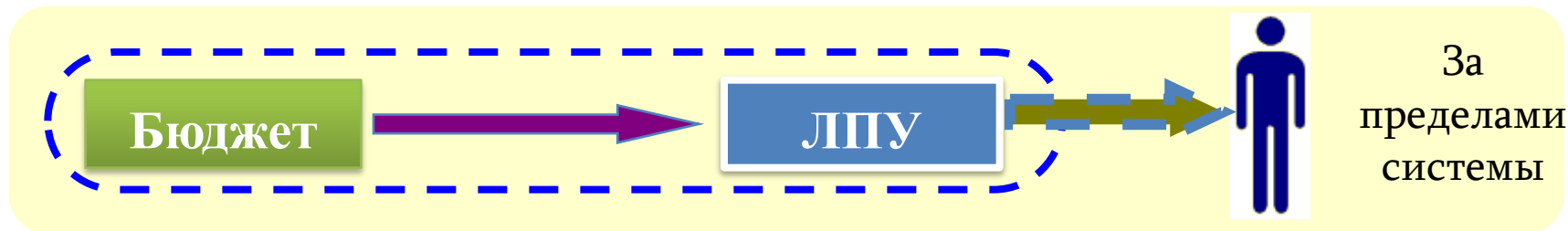
- ✓ структурной организации;
- ✓ кадрового потенциала;
- ✓ показателей материально-технической обеспеченности;
- ✓ финансовых ресурсов;
- ✓ экономических и медико-организационных условий предоставления гражданам медицинской помощи и ряд других.



- **поручение Президента Российской Федерации от 10.12.2004 № ПР-2003**
- **Соглашение № 38** между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Томской областью о взаимодействии в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения от 30.12.2005 г.;
- **Постановление Администрации Томской области от 01.07.2005 г. № 71а/1** «Об утверждении Пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области»»;
- **Постановление Государственной Думы Томской области от 22.12.2005 г. №2747** «О рекомендациях парламентских слушаний по обсуждению пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области»»;

Миссия здравоохранения Томской области

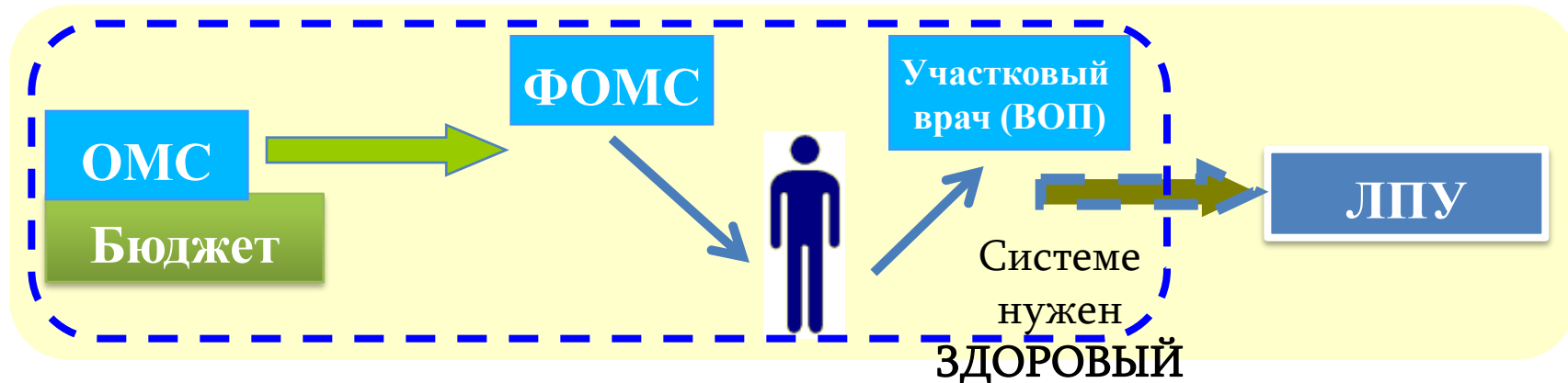
Прошлое...



Переходный этап...



Цель...



Цели, задачи и инструменты реализации Пилотного проекта

Совершенствование качества и доступности оказания медицинской помощи путем повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения на основе создания рыночных механизмов и конкурентной среды между производителями медицинских услуг



Сроки и этапы реализации Пилотного проекта

Мероприятия	Дата начала по плану	Реальная дата начала
условно полный тариф (без расходов на кап. ремонт и оборудование)	<i>01.01.2006</i>	<i>01.01.2006</i>
взаиморасчеты за специализированную консультативно-диагностическую помощь (вертикальные)	<i>01.07.2006</i>	<i>01.05.2006</i>
внутри- и межмуниципальные взаиморасчеты за амбулаторно-поликлиническую помощь (горизонтальные)	<i>01.07.2006</i>	<i>01.10.2006</i>
полный тариф, включающий расходы на кап. ремонт и оборудование	<i>01.01.2007</i>	<i>01.10.2006</i>
взаиморасчеты за плановую стационарную помощь и стационар замещающие технологии	<i>01.01.2007</i>	<i>01.05.2007</i>
взаиморасчеты за экстренную стационарную помощь	<i>01.01.2008</i>	<i>01.04.2008</i>

Взаимосвязь проектов в сфере здравоохранения, реализуемых в Томской области



**Федеральный
пилотный
проект**



*Одноканальное
финансирование
Внедрение стандартов
оказания медпомощи
Частичное фондодержание
Совершенствование учета
объемов оказания медпомощи
(введение системы
персонифицированного учета)*



**Приоритетный
национальный
проект
«Здоровье»**

*Повышение
престижа
и значимости
первичного звена
здравоохранения*

Создание института ОВП

*Укрепление материально-
технической базы
первичного звена
здравоохранения*

*Основные направления, риски,
пути решения и результаты
реализации основных
направлений*

*Пилотного проекта
«Модернизация системы
здравоохранения Томской
области»*

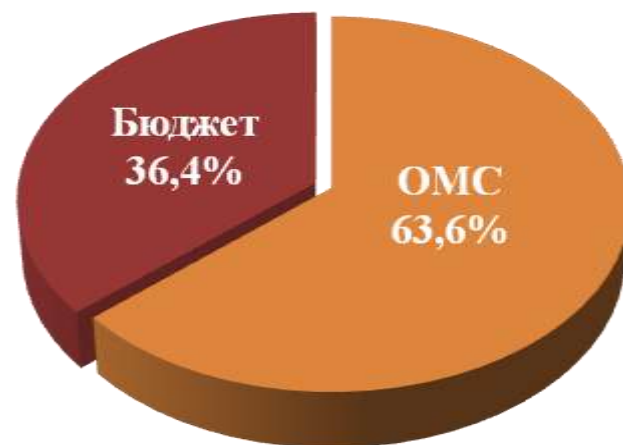
Преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС – создание финансово-экономических и организационных условий для реализации прав пациентов на качественную медицинскую помощь, обеспеченную всеми ресурсами системы ОМС

Задачи: 1. Обеспечить прозрачность финансовых потоков. 2. Для руководителей ЛПУ обеспечить возможность управления ресурсами в соответствии с реальными потребностями в расходах.

Соотношение средств ОМС и средств консолидированного бюджета



2005 год



2008 год

Полный тариф – финансовая возможность реализации права пациента на качественную медицинскую помощь

Задача: обеспечить прозрачность финансовых потоков при введении одноканального финансирования

Проведение капитальных ремонтов

Приобретение оборудования

Коммунальные платежи

Хозяйственные расходы

Приобрет. ГСМ

Текущее содержание и ремонт

Коммунальные платежи

Хозяйственные расходы

Приобрет. ГСМ

Текущее содержание и ремонт

Заработная плата

Начисления на заработную плату

Медикаменты

Мягкий инвентарь

Заработная плата

Начисления на заработную плату

Медикаменты

Мягкий инвентарь

Заработная плата

Начисления на заработную плату

Медикаменты

Мягкий инвентарь

до 2006 года

2006 год

с 2007 года

©ДЗ ТО 2009



Подушевое финансирование – экономическое выражение равных прав граждан на медицинские услуги.

Задачи: 1. Уйти от зависимости объемных показателей. 2. Обеспечить экономические механизмы выбора пациента. 3. Обеспечить экономический механизм мотивации профилактических мероприятий.

Дифференцированный подушевой норматив

Дополнительный подушевой норматив для расчета за дневной стационар

+

Дополнительный подушевой норматив на объем деятельности за стационарную помощь

+

Дополнительный подушевой норматив на объем деятельности узких специалистов и параклинических служб

+

Коэффициент половозрастной дифференциации

X

Коэффициент территориальной дифференциации

X

Среднедушевой норматив

Подушевой норматив на собственную деятельность

Частичное фондодержание



1. Снижение доступности специализированной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

2. Снижение доступности к узким специалистам, имеющимся в поликлиниках первичного звена

3. Введение фондодержания на плановую стационарную помощь может привести к снижению доступности на плановую стационарную помощь и росту госпитализации по экстренным показаниям

4. Введение фондодержания на экстренную стационарную помощь может привести к слабому влиянию фондодержателя на изменение госпитализации по экстренным показаниям

внедрение рыночных механизмов и развитие конкурентных отношений между ЛПУ

переходный период по отработке механизмов фондодержания (исключение ряда нозологий и др.)

- ❑ проведена реструктуризация видов специализированной медицинской помощи,
- ❑ появились учреждения - поставщики консультативно-диагностических медицинских услуг (45);
- ❑ к 01.01.2007 г. заключено 172 договора между медицинскими организациями на оказание амбулаторных медицинских услуг и 100 договоров на услуги стационара;
- ❑ у медицинского учреждения-фондодержателя появилась возможность выбора поставщика медицинских услуг
- ❑ в областных ЛПУ снизилась госпитализация по экстренным показаниям
- ❑ По итогам 2008 года снижение доли госпитализации по экстренным показаниям с 75% до 68,2%

Финансово-экономическая деятельность ЛПУ области в условиях фондодержания по состоянию на 01.01.2008

Группы ЛПУ:

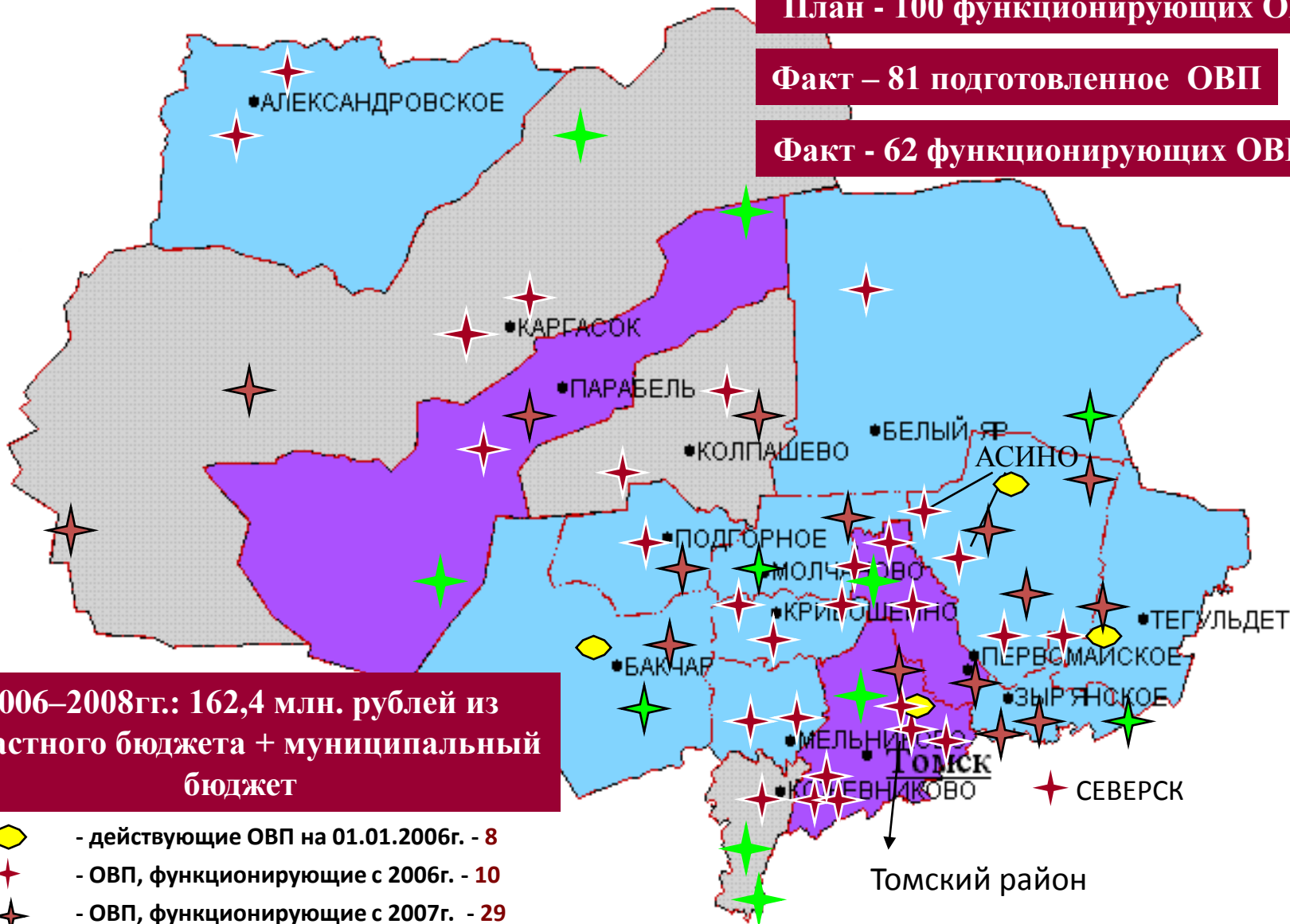
- 1. Тревожная (1 учреждение – 1,8%) МСЧ №1**
 - условий для развития учреждений нет, средств хватает только на обеспечение текущей деятельности, учреждение «живет в долг»
- 2. Нестабильная (7 учреждений – 12,7%)**
 - условия для развития учреждения – минимальны
- 3. Требуют текущей коррекции (14 учреждений – 25,5%)**
 - условия для развития учреждения есть, но не стабильны, требуют постоянного контроля и коррекции
- 4. Требуют только продолжения мониторинга (33 учреждения – 60,0%)**
 - условия для развития учреждения есть

Создание сети общих врачебных практик

План - 100 функционирующих ОВП

Факт – 81 подготовленное ОВП

Факт - 62 функционирующих ОВП



- ◊ - действующие ОВП на 01.01.2006г. - 8
- ★ - ОВП, функционирующие с 2006г. - 10
- ★ - ОВП, функционирующие с 2007г. - 29
- ★ - планируемые к открытию в 2008г. - 13

пос. Сайга Верхнекетского района



ОВП п. Сайга Верхнекетского района



Не реализовано:

Мероприятия	Причина	Что сделано
<p>Формирование страхового фонда <u>для обеспечения стабильности реализации пилотного проекта</u> (500,0 млн. руб.)</p>	<p>Отвлечение средств на реализацию федерального пилотного проекта, приоритетного национального проекта, строительство перинатального центра (610,1 млн. руб. средств областного бюджета)</p>	<p>Только по двум федеральным проектам дополнительно за 3 года здравоохранение Томской области получило 3,78 млрд. руб. , в т.ч. средств федерального бюджета - 2,96 млрд. руб.; средств областного бюджета 772,5 млн. руб. и средств муниципального бюджета – 46,8 млн. руб.</p>
<p>Формирование фонда развития амбулаторно-поликлинической помощи <u>для обеспечения мотивирования специалистов поликлиник и ОВП</u> в ходе проведения пилотного проекта</p>		
<p>Отработка схем кредитования первичного звена здравоохранения под их финансовые потоки и гарантии бюджетов <u>для обеспечения стабильности деятельности медицинских учреждений</u></p>		
<p>Создание 100 ОВП, выделение ОВП в самостоятельную структуру</p>	<p>Финансовые и кадровые проблемы. ВОП не готовы работать как самостоятельная структура</p>	<p>Вложены 162,4 млн. средств областного бюджета (+муниципальный) на открытие 81 ОВП, имеют лицензию – 62. Просчитываются риски выделения ОВП в самостоятельную структуру</p>
<p>Реорганизация консультативно-диагностических служб амбулаторно-поликлинических учреждений в консультативно-диагностические центры</p>	<p>Учреждения не готовы к подобным системным преобразованиям</p>	<p>Подготовлена концептуальная модель, реализация которой – задача следующих периодов</p>
<p>Создание автономных некоммерческих предприятий</p>	<p>Действующее законодательство</p>	<p>Внедренная экономическая модель существенно расширила финансово-хозяйственную самостоятельность ЛПУ</p>
<p>Принятие Закона Томской области, утверждающего новые организационные и финансово-экономические условия функционирования системы здравоохранения</p>	<p>Отработка механизмов реализации регионального пилотного проекта в условиях работы по приоритетному национальному проекту и федеральному пилотному проекту требует постоянного мониторинга эффективности работы в новых условиях</p>	<p>Проект закона подготовлен, производится его коррекция в связи с изменяющимися нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Федерального Фонда ОМС</p>

*Критерии мониторинга и
результаты деятельности
системы здравоохранения в
условиях реализации
Пилотного проекта
«Модернизация системы
здравоохранения Томской
области»*

Критерии мониторинга и результативности

	Базовый показатель 2005 года	ЦЕЛЕ- ВОЙ показа- тель 2008 год	Ожида- емый результат 2008 года	Отклонение 2008 г. к 2005 г в %
Демографические показатели				
Численность населения	1036,5		1035,0	
Рождаемость на 1000 населения	10,7	12,5	12,8	19,6
Смертность на 1000 населения	14,5	13,0	12,9	-11,0
Средняя продолжительность предстоящей жизни (лет)	65,4	66,0	66,5	1,7

Итоги естественного движения населения

Коэффициент рождаемости (на 1000 населения)

	2003	2004	2005	2006	2007	Ожидаемый результат 2008 г.	Темп роста %
Томская область	10,6	11,2	10,7	11,1	12,0	12,8	13,2
Сибирский Федеральный округ	11,5	11,6	11,4	11,6	11,8	-	2,6
Российская Федерация	10,2	10,4	10,2	10,4	10,7	-	4,9

Коэффициенты рождаемости

	2005	2006	2007	Отклонение к итогу 2005 г. в %
Томская область	10,7	11,1	12,0	12,1
РФ	10,2	10,4	10,7	4,9
СФО	11,4	11,6	11,8	3,5

Алтайский край	10,3	10,1	11,2	-1,9
Красноярский край	10,8	11,0	11,9	1,9
Иркутская область	11,9	12,3	12,9	3,4
Кемеровская область	10,8	11,3	12,2	4,6
Новосибирская область	10,6	10,5	11,4	-0,9
Омская область	10,4	10,6	11,7	1,9
Калининградская область	8,9	9,3	9,8	4,5

Итоги естественного движения населения

Коэффициент смертности (на 1000 населения)

	2003	2004	2005	2006	2007	Ожидаемый результат 2008 г.	Темп снижения %
Томская область	14,5	14,0	14,5	13,5	12,8	12,9	11,8
Сибирский Федеральный округ	16,2	15,9	16,5	15,1	15,9	-	1,9
Российская Федерация	16,4	16,0	16,1	15,2	15,0	-	8,6

Коэффициенты смертности

	2005	2006	2007	Отклонение к итогу 2005 г. в %
Томская область	14,5	13,5	12,8	-11,7
РФ	16,1	15,2	15,0	-6,8
СФО	16,5	15,1	15,9	-3,6

Алтайский край	16,7	15,2	14,9	-10,8
Красноярский край	15,7	13,9	13,3	-15,3
Иркутская область	17,0	15,1	14,0	-17,6
Кемеровская область	18,7	17,3	16,6	-11,2
Новосибирская область	16,1	15,2	14,7	-8,7
Омская область	15,5	14,9	14,6	-5,8
Калининградская область	18,1	16,5	16,0	-11,6

Итоги естественного движения населения

Естественный прирост (убыль) на 1000 населения

	2003	2004	2005	2006	2007	Ожидаемый результат 2008 г.	Темп снижения %
Томская область	-3,9	-2,8	-3,8	-2,4	-0,8	-0,1	79,5
Сибирский Федеральный округ	-4,7	-4,3	-5,1	-3,5	-4,1	-	12,7
Российская Федерация	-6,2	-5,6	-5,9	-4,8	-4,3	-	30,7

Коэффициенты естественной убыли населения

	2005	2006	2007	Отклонение к итогу 2005 г. в %
Томская область	-3,8	-2,4	-0,8	-78,9
РФ	-5,9	-4,8	-4,3	-27,1
СФО	-5,1	-3,5	-4,1	-19,6

Алтайский край	-6,4	-5,1	-3,6	-43,8
Красноярский край	-4,9	-2,9	-1,5	-69,4
Иркутская область	-5,1	-2,8	-0,2	-96,1
Кемеровская область	-7,9	-6,0	-4,5	-43,0
Новосибирская область	-5,5	-4,7	-3,3	-40,0
Омская область	-5,1	-4,3	-2,9	-43,1
Калининградская область	-9,2	-7,2	-6,2	-32,6

Критерии мониторинга и результативности

	Базовый показатель 2005 года	Целевой показатель на 2008 год	Ожидаемый результат 2008 года	Отклонение 2008 г. к 2005 г в %
Показатели состояния здоровья населения				
Общая заболеваемость на 1000 населения	1681,0	1625,0	1610,0	-4,2
Первичная заболеваемость на 1000 населения	805,8	835,5	806,5	0,1
Первичная заболеваемость сердечно-сосудистой патологией на 1000 населения	22,3	25,0	23,0	3,1
Первичная онкологическая заболеваемость на 100000 населения	363,1	381,0	386,0	6,3
Первичная заболеваемость СПИД на 100000 населения	69,8	69,6	69,0	-1,1
Первичная заболеваемость сифилисом на 100000 населения	94,3	94,1	94,0	-0,3
Первичная заболеваемость гонореей на 100000 населения	155,1	153,0	150,0	-3,3
Первичная заболеваемость туберкулезом на 100000 населения	107,2	108,0	105,4	-1,6

Динамика общей заболеваемости

	2003	2004	2005	2006	2007	Тенденция
Томская область	1682,8	1660,4	1681,0	1637,7	1612,2	Снижение
РФ	1401,7	1431,1	1463,5	1517,4	1543,1	Рост
СФО	1488,6	1519,9	1535,8	1618,4	1645,4	Рост

Алтайский край	2085,9	2158,5	2217,5	2359,0	2413,2	Рост
Красноярский край	1317,1	1415,8	1415,6	1520,4	1571,3	Рост
Иркутская область	1425,4	1524,3	1508,4	1582,7	1634,7	Рост
Кемеровская область	1305,6	1352,7	1337,2	1552,5	1559,8	Рост
Новосибирская область	1300,3	1339,7	1371,5	1371,1	1483,5	Рост
Омская область	1656,5	1684,2	1676,7	1714,5	1715,6	Рост

Динамика впервые выявленной заболеваемости

	2003	2004	2005	2006	2007	Тенденция
Томская область	847,0	793,8	805,8	799,0	785,4	Снижение
РФ	748,6	744,9	745,9	763,9	770,4	Рост
СФО	775,8	776,6	777,0	801,5	808,4	Рост

Алтайский край	964,5	969,9	974,5	1014,4	1016,1	Рост
Красноярский край	733,5	759,2	752,7	773,0	806,2	Рост
Иркутская область	834,5	837,8	824,7	853,1	871,9	Рост
Кемеровская область	734,7	7471,7	725,3	816,9	828,2	Рост
Новосибирская область	678,9	685,9	696,7	674,7	727,5	Рост
Омская область	838,2	830,4	823,2	841,0	827,4	Рост

Злокачественные новообразования

	2005	2006	2007
Динамика впервые выявленной заболеваемости	363,1	375,1	385,5
Удельный вес больных, впервые выявленных при профилактических осмотрах			
Всего	4,5	6,6	7,1
в том числе:			
шейки матки	16,9	38,0	35,0
молочной железы	5,2	5,9	21,7
предстательной железы	3,9	9,8	15,3
трахеи, бронхов, легкого	6,1	3,7	5,8
Удельный вес стадии заболевания			
I-II	35,0	38,4	40,6
III	28,2	26,5	24,5
IV	22,2	25,3	25,9
Удельный вес больных, состоящих под наблюдением 5 лет и более			
	42,8	45,5	46,4

Критерии мониторинга и результативности

	Базовый показатель 2005 года	Целевой показатель на 2008 год	Ожидаемый результат 2008 года	Отклонение 2008 г. к 2005 г. в %
Показатели деятельности амбулаторно-поликлинической службы				
Обеспеченность занятыми врачебными должностями амбулаторного приема на 10000 населения (лечебный процесс)	21,2	22,5	21,5	1,4
Число посещений на 1000 населения	9400,8	9325,0	9225,0	-1,9
Нагрузка на одну занятую врачебную должность в поликлинике (лечебный процесс)	4428	4140	4290	-3.1
Деятельность стационарной службы				
Обеспеченность занятыми врачебными должностями в стационаре на 10000 населения (лечебный процесс)	17,0	16,5	16,9	-0,6
Обеспеченность койками на 10000 населения	117,2	117,0	116,5	-0,5
Число койко-дней на 1000 населения	3498,1	3450,0	3400,0	-2,8
Уровень госпитализации на 1000 населения	235,7	235,0	234,5	-0,5
Работа койки	300	303	300	
Средние сроки пребывания	14,8	14,5	14,3	-3,3
Больничная летальность	1,3	1,3	1,3	

Обращаемость населения в медицинские организации частных форм собственности и среднему медперсоналу

Частники: 2006 год: посещений — 766,7 тыс. или 7,4% от общего числа - **0,74 посещения на 1 жителя**

пролечено больных — 3160 или 1,4%

2007 год: посещений — 959,7 тыс. или 9,1% от общего числа - **0,94 посещения на 1 жителя**

пролечено больных — 2834 или 1,2 %

По итогам 2008 года доля медицинских организаций частных форм собственности — 54 % от числа всех учреждений здравоохранения Томской области

Посещения к среднему персоналу:

2005 год - 1356,3 посещений на 1000 населения

2008 год - 1475,9 посещений на 1000 населения

(целевое значение по Пилоту - 1463,0)

Реструктуризация коечного фонда Областной клинической больницы

Отделение	2005г.	2008г.	Причина
Травматологическое отделение	54	20	Исключение первичной помощи
Нейрохирургическое отделение	64	49	Открытие инсультного центра
Отделение общей хирургии	44	33	Исключение первичной помощи
Отоларингологическое отделение	42	22	Исключение первичной помощи
Кардиологическое отделение	69	57	Исключение первичной помощи
Неврологическое отделение	72	44	Открытие инсультного центра
"Инсультный центр"	0	120	Специализированная помощь
Пульмонологическое отделение	48	37	Исключение первичной помощи
ВСЕГО:	1035	1005	

*С 01 января 2009 года Томская
областная клиническая больница
перешла на круглосуточное
ежедневное оказание
специализированной медицинской
помощи по экстренным
показаниям.*

*Оказание первичной медицинской
помощи – прекращено.*

Критерии мониторинга и результативности

	Базовый показатель 2005 года	Целевой показатель на 2008 год	Ожидаемый показатель на 2008 год	Отклонение 2008 г. к итогу 2005 г в %
Деятельность стационаров дневного пребывания				
Уровень госпитализации на 1000 населения	60,3	61,5	60,5	0,3
Проведено дней лечения на 1000 населения	704,9	738,5	705,5	0,1
Средняя длительность пребывания	11,6	12,0	11,7	0,8
Работа койко-места	292	300	295	1,0
Медицинские кадры				
Обеспеченность врачами на 10000 населения	64,1	63,5	64,0	-0,1
Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10000 населения	104,7	106,0	105,0	0,3
Деятельность вспомогательных служб (на 1000 населения)				
Эндоскопических исследований	77,2	79,5	77,5	0,4
Функциональных исследований	619,0	712,0	702,0	13,4
Рентгенологических исследований	595,7	608,0	604,0	1,4
Флюорографий грудной клетки	390,7	408,0	402,0	2,9
Ультразвуковых исследований	750,6	879,0	872,0	16,2

Критерии мониторинга и результативности

	Базовый показатель 2005 года	Целевой показатель на 2008 год	Ожидаемый показатель на 2008 год	Отклонение 2008 г. к итогу 2005 г в %
Деятельность лаборатории				
Число анализов на одного жителя	20,2	23,5	24,5	21,3
Число анализов на одного пролеченного больного	39,9	44,0	46,0	15,3
Число анализов на 100 посещений в поликлинику	128,0	137,0	140,0	9,4
Деятельность службы скорой медицинской помощи				
Выполнено выездов на 1000 населения	409,0	409,0	408,0	-0,2

Распределение муниципальных образований области по группам медико-социальной эффективности 2005 год - Базовый

1 группа - 4	2 группа - 9	3 группа - 7
<p>Положительные тенденции здоровья населения и эффективное использование ресурсов здравоохранения</p>	<p>Отсутствие существенных изменений в здоровье населения и малоэффективное использование ресурсов здравоохранения</p>	<p>Отрицательные тенденции в здоровье населения и неэффективное использование ресурсов здравоохранения</p>
<p><i>коэффициент рождаемости 10,3</i> <i>коэффициент смертности 13,4</i> <i>естественная убыль - 3,1</i></p>	<p><i>коэффициент рождаемости 11,0</i> <i>коэффициент смертности 16,3</i> <i>естественная убыль - 5,3</i></p>	<p><i>коэффициент рождаемости 9,1</i> <i>коэффициент смертности 17,1</i> <i>естественная убыль - 8,0</i></p>
<p>Кожевниковский Парабельский г. Северск г. Стрежевой</p>	<p>Александровский Каргасокский Колпашевский Первомайский Тегульдетский Томский Чаинский г. Кедровый г. Томск</p>	<p>Асиновский Бакчарский Верхнекетский Зырянский Кривошеинский Молчановский Шегарский</p>

2008 год - III-й год реализации Пилотного проекта

1 группа - 5

Положительные демографическая ситуация и тенденции в здоровье населения, эффективное использование ресурсов

*коэффициент рождаемости 15,0
коэффициент смертности 11,7
естественный прирост 3,3*

г. Стрежевой
г. Кедровый
Парабельский
г. Томск
Каргасокский

2 группа - 11

Некоторое улучшение в здоровье населения, незначительное улучшение демографической ситуации, при недостаточно эффективном использовании ресурсов здравоохранения

*коэффициент рождаемости 11,8
коэффициент смертности 15,0
естественная убыль - 5,3*

Александровский
Кожевниковский
Колпашевский
Томский
г. Северск
Верхнекетский
Зырянский
Чаинский
Тегульдетский
Бакчарский
Первомайский

3 группа - 4

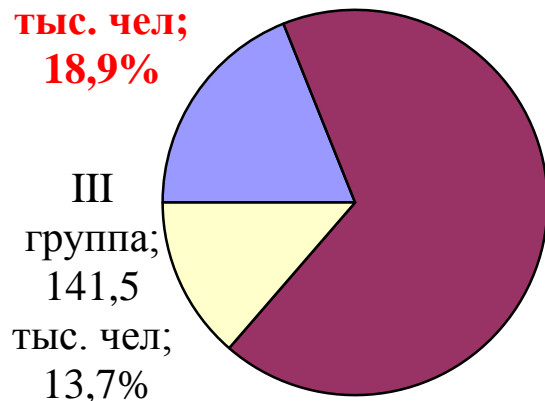
Отрицательная демографическая ситуация, максимальные демографические потери, низкие показатели здоровья населения

*коэффициент рождаемости 11,5
коэффициент смертности 17,3
естественная убыль - 5,8*

Асиновский
Молчановский
Кривошеинский
Шегарский

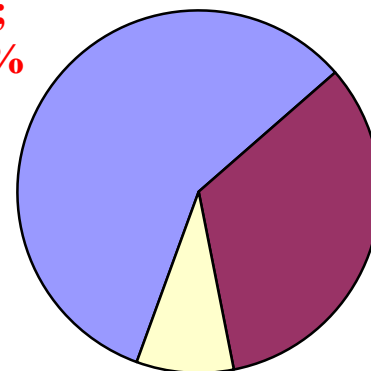
Распределение численности населения по группам МО

**I группа;
196,3
тыс. чел;
18,9%**



2005 год

**I
группа;
600,5
тыс.
чел;
58,0%**



**II
группа;
344,8
тыс. чел;
33,3%**

**III
группа;
89,7 тыс.
чел;
8,7%**

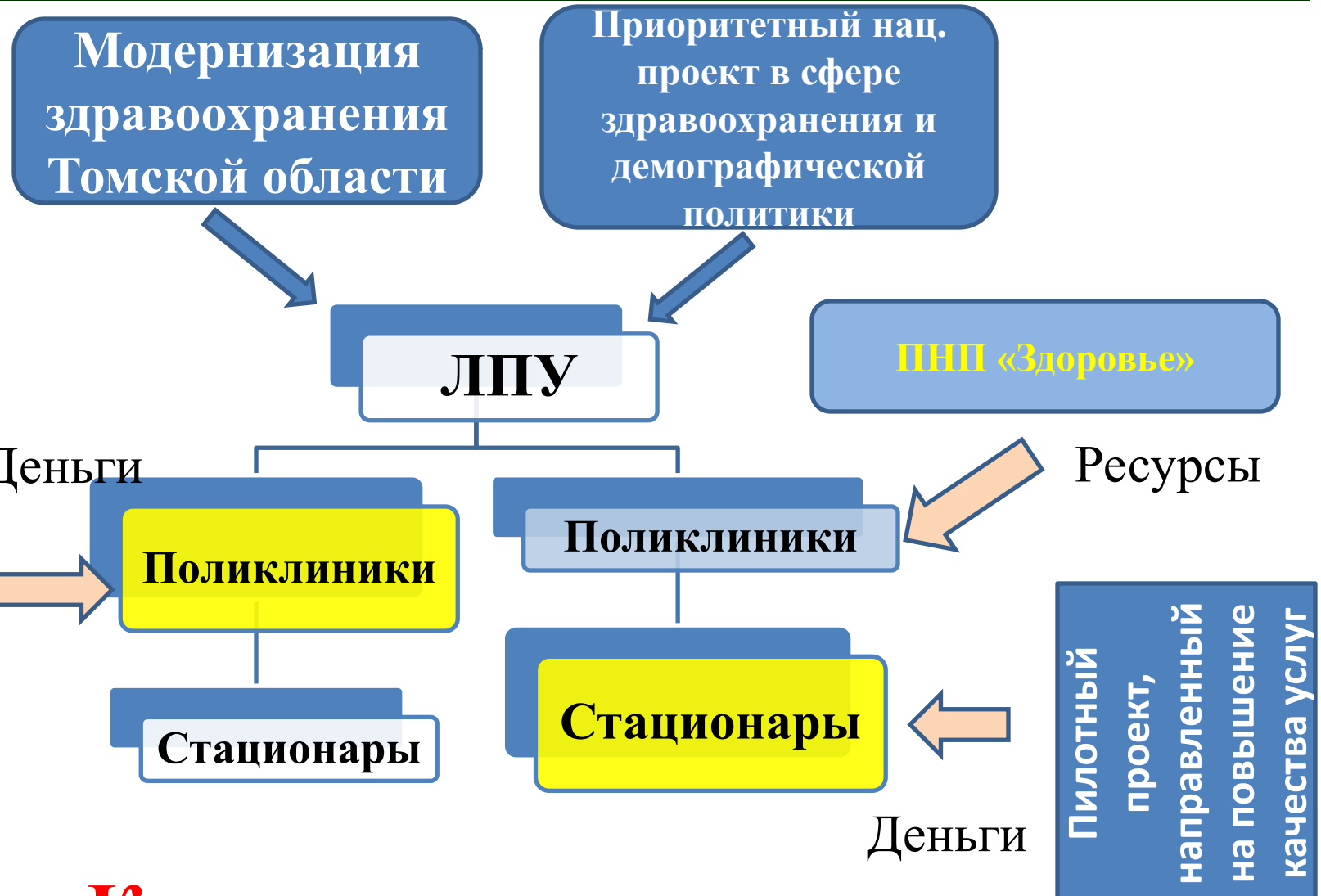
2008 год

60% жителей Томской области проживает на территориях муниципальных образований, в которых создана более эффективная и качественная система оказания медицинской помощи

***Выводы по итогам реализации
Пилотного проекта
«Модернизация системы
здравоохранения Томской
области»***

1. Сформирована современная модель здравоохранения Томской области

Через медико-организационные и финансово-экономические технологии деньги заведены в ЛПУ



Концептуальная модель

 - приоритеты

Выводы по итогам реализации Пилотного проекта

- 2. Доказана высокая медико-организационная и финансово-экономическая эффективность принятой модели здравоохранения.*

- 3. Выявлены «болевые точки» современного здравоохранения, связанные с сформировавшимся в постсоветском здравоохранении конфликте интересов между ожиданиями*
 - ✓ медицинских организаций,*
 - ✓ медицинских работников и*
 - ✓ населением.*

**Качество взаимоотношений:
между врачом и пациентом!
между учреждением и населением!
между системой и социально-
экономической средой!
Становятся определяющими факторами
успеха**

**Ментальность и мотивации зависят от степени
удовлетворения уровня ожидания при взаимодействии с
системой здравоохранения**



*Выводы по итогам реализации
Пилотного проекта*

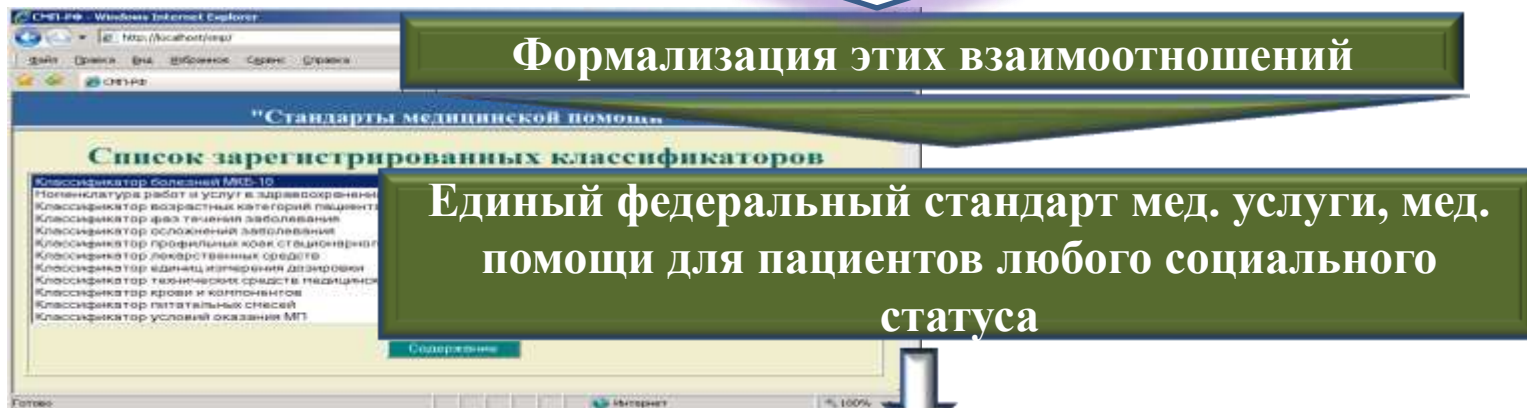


*4. Намечены пути дальнейшего
развития системы
здравоохранения Томской
области в
направлении достижения
нового, более высокого уровня
качества и доступности
медицинской помощи*

Разрешение конфликта интересов и создание конкурентной среды



Формализация этих взаимоотношений



Уровень обслуживания

Создание конкурентной среды:

- Квалификация специалиста
- Информационное обеспечение (call-центр, I-net и т.д.)
 - Продуманная логистика
 - Этика взаимоотношений
- Комфортность пребывания пациента
- Атмосфера, благоприятная к пациенту и др.

Межведомственная координация – основа дальнейшего развития системы охраны здоровья населения



- Реформа здравоохранения не может и не должна быть отделена от модернизации в других сферах социальной защиты населения, а так же от повышения уровня культуры общества и гражданина.



- И начинать надо с решения проблем реабилитации и обеспечения достойного **уровня качества жизни** больных людей, людей старшего и преклонного возраста.



***БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ!***

