

РЕШЕНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

10.09.2014

О реализации распоряжения Губернатора Красноярского края
«О первоочередных мерах, направленных на повышении доступности и качества
первичной медико-санитарной помощи в краевых государственных
амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения,
расположенных на территории города Красноярска»

Первичная медико-санитарной помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению.

Доступность и качество первичной медико-санитарной помощи обеспечивается в первую очередь за счет организации оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или учебы, наличия необходимого количества квалифицированных специалистов, транспортной доступностью медицинских организаций всех групп населения.

На территории Красноярского края в 2014 году первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий оказывают - 184 медицинские организации, в том числе 62 амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав больничных учреждений 364), 6 врачебных амбулаторий, 872 фельдшерско-акушерских пунктов. Из них 146 краевые учреждения, 7 федерального подчинения, 31 негосударственные учреждения здравоохранения.

В городе Красноярске амбулаторно - поликлиническая помощь в рамках программы государственных гарантий оказывается на принципах интегрированной системы медицинских учреждений всех форм собственности. Развернуто 8 взрослых поликлиник, имеющих 19 филиалов по районам города, 4 детских поликлиники, имеющих 11 филиалов, 8 стоматологических поликлиник, 12 женских консультации.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в Красноярском крае обеспечивают 3556 врачей, из них 889 участковых врачей, 1078 средних медицинских работников. Обеспеченность врачами, ведущими амбулаторный прием 12,3 на 10 тысяч населения, средним медицинским персоналом 13,7 на 10 тысяч населения.

Обеспеченность врачами, ведущими амбулаторный прием 12,3 на 10 тысяч населения (РФ - 14,2, СФО - 12,5), средним медицинским персоналом 13,7 на 10 тысяч населения (РФ - 13,2, СФО - 12,9).

Отмечается высокая доля врачей пенсионного возраста, которые продолжают работать, особенно в отдаленных районах и сельской местности, где доля их составляет до 70,0 %.

В период 2011-2013 годы в учреждения системы здравоохранения Красноярского края прибыло 700 врачей «молодых специалистов», доля трудоустроенных в амбулаторно-поликлинической службе 47,3 %.

Количество вакантных штатных должностей врачей и средних медицинских работников в участковой службе – 274,25.

Для оказания ПМСП взрослому населению на территории края организовано 1015 терапевтических участков, в том числе в Красноярске 466 и 3 участка общей врачебной практики. Средняя численность населения на участке в Красноярске 1829 человек (от 1116 до 3658). Детских участков 220, средняя численность детей на участке 933 (от 820 до 1046). В городах края участок обслуживает 1 врач и 1 медицинская сестра, в сельских районах дополнительно в состав участка включены фельдшера ФАПов (комплексный участок).

На динамику укомплектованности врачами участковыми терапевтами и медицинскими сестрами за последние десять лет серьезное влияние оказала реализация национального проекта «Здоровье» и программы модернизации, а в сельской местности программа "земский врач". В период с 2006 по 2008 годы количество участковых врачей выросло с 659 до 903, медицинских сестер с 844 до 1078, в период с 2008 по 2014 год количество врачей уменьшилось до 889 человек, медицинских сестер до 1045.

Наиболее серьезный отток специалистов произошел в городах: Красноярске, Канске, Ачинске, Лесосибирске, Минусинске, районах: Курагинском, Шушенском, Енисейском. Основными причинами являются недостаточная профессиональная ориентация в период обучения в медицинском университете, выравнивание заработной платы участковых врачей и узких специалистов, большой рынок труда в городе, в том числе в частных клиниках, недостаточная материально-техническая база и непрестижность поликлиник для профессионального роста. Средняя заработная плата участковых терапевтов составляет в крае 47,2 тыс. руб., в городе Красноярске - 39,3 тыс. руб., участковых медицинских сестер по краю 27,3 тыс. руб., в городе 25,7 тыс. руб.

Общее количество посещений в 2013 году составило 30 млн. (на 1 жителя составило 10,2), в том числе 11 млн. профилактических посещений (37,4%), 607 тыс. неотложных посещений (2%).

В структуре посещений участкового врача до 44,3% составляют посещения по поводу хронического заболевания, требующего постоянной лекарственной поддержки, до 30% - посещения с профилактической целью, в том числе проведение диспансеризации и профилактических осмотров.

Дополнительно определены объемы на консультации «узких специалистов» и диагностические исследования в межрайонных медицинских организациях края и в частных медицинских организациях в количестве 2 300 000 исследований (в 2012 году было 1 600 000), среднее время ожидания на высокотехнологичные исследования (КТ и МРТ) сократилось с 30 дней до 18 дней.

Средний срок ожидания плановой записи к узким специалистам в течение 3 лет сократился с 15 до 10 дней.

Основные проблемы при оказании первичной медико-санитарной помощи в Красноярском крае:

1. Редконаселенность отдаленных и труднодоступных как муниципальных образований, так и малонаселенных поселков в муниципальных образованиях особенно расположенных в северных территориях края;

2. Дефицит кадров, обусловленный низкой долей пополнения отрасли здравоохранения молодыми специалистами (снижение количества подготовки специалистов с высшим и средним медицинским образованием по основным специальностям), высокой долей специалистов предпенсионного и пенсионного возраста, высокой долей движения кадров.

3. Излишняя востребованность узких врачей-специалистов, диагностических и лабораторных исследований;

4. Перенасыщение работы участкового врача функциями по выписке рецептов для льготной категории граждан, ежегодного переоформления посыльных листов на МСЭ (форма 088-у), в том числе у лиц, не имеющих благоприятного реабилитационного потенциала (онкологические, инвалиды детства, с ампутированными конечностями, лица преклонного и старческого возраста и оформление формы 088-у для получения индивидуальной программы реабилитации инвалидов).

5. Низкий отклик населения при проведении профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации, скринингов, осмотров на туберкулез.

6. Несформированный (в том числе утраченный) в обществе престиж медицинских специальностей, в том числе врачебных.

7. Проблемы организации медицинской помощи внутри амбулаторно-поликлинических учреждений (несформированные потоки и маршруты пациентов, организация и ежедневное администрирование предварительной записи, как к участковым врачам, так и к узким специалистам и на диагностические исследования).

8. Трудности при внедрении современных информационных технологий, как со стороны населения, так и со стороны медицинских работников.

Коллегия министерства здравоохранения отмечает, что несмотря на проводимые мероприятия по повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, остаются проблемы как организационного, так и кадрового характера, что требует принятия дополнительных управленческих решений - организационных, кадровых, финансовых.

С марта 2013 года в крае реализуется новое профилактическое направление – диспансеризация определенных групп взрослого населения. Первый этап – скрининг, прошло в первом полугодии текущего года 268 073 человека или 52,5% от подлежащих диспансеризации. В структуре групп здоровья, определяемых по итогам диспансеризации, доля I группы составила - 31,0 %, II группы — 20,5 %, доля III группы возросла – 48,5 %. Структура групп здоровья приближается к средним значениям по Сибирскому федеральному округу.

Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний выявлены у 70,4 % граждан.

Преобладающим фактором риска является нерациональное питание — отмечено у 25,7 %, недостаточная физическая активность отмечена у 15,6 %, потребляют табак - 16,2 %, повышенное артериальное давление отмечено в 11,5 %, избыточную массу тела имеют 13,8 % обследованных, ожирением страдают 9,3 %, гиперхолестеринемия выявлена в 6,2 % случаев, гипергликемия установлена в 1,8 % случаев. Пагубное потребление алкоголя заподозрено у 1,7 % обследованных.

Медицинские осмотры детей в 2014 году проводятся 59 краевыми медицинскими организациями. Профилактическим медицинским осмотрам подлежит 301931 ребенок. Диспансеризации подлежат 5359 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; 10344 - детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Фактически проведены профилактические осмотры 155939 детям – 52% от подлежащих, а так же проведена диспансеризация 4933 - 90% от подлежащих, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; 3931 ребенка (34,4% от всей численности) из категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

По итогам диспансеризации выявляемость заболеваний составила 750 на 1000 детей в возрасте 0 – 17 лет. В структуре общей заболеваемости первое место принадлежит болезням костно-мышечной системы, второе – болезням органов пищеварения; третье – болезням глаза и придаточных пазух.

Из числа прошедших профилактические осмотры 3968 нуждались в дополнительном обследовании. Проведено обследование 1401ребенку, продолжается работа по завершению исследований остальным детям. Лечение рекомендовано 959 детям, в том числе у 50 - оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

По результатам профилактических осмотров дети распределены на группы здоровья. 32% детей имеют функциональные отклонения, 50% отнесены к 1 группе здоровья. 18% из прошедших профилактические осмотры состоят на диспансерном наблюдении по поводу хронических заболеваний. В сравнении с результатами 2013 вырос удельный вес несовершеннолетних 1 группы здоровья, что свидетельствует о недоучете функциональных отклонений при оценке результатов профилактического осмотра специалистов, допускаемых нарушениях на этапе внесении информации в базы информационных систем и несовершенстве информационных технологий.

За первое полугодие 2014 года организовано 393 публикации в СМИ, в т.ч.: ТВ- 68, радио - 223, газеты -20, 82 –Интернет. Организовано бесплатное размещение (2238 трансляций) антитабачных видео и аудио роликов социальной рекламы на телевидении, радио.

Напечатано просветительской печатной полиграфической продукции тиражом 48000 экз., в т.ч.: буклет «Все еще курите?»-8000; плакат по отказу от курения – 10000; стикер «Знак запрета курения – 10000; листовка информационная – 20000.

Проведено 3 информационно-профилактические кампании. В международном дне борьбы с раком 4 февраля в городе Дивногорске приняло участие более 2000 тыс. человек, информацию получили более 20 тыс. человек. Во Всемирный день здоровья под девизом «Профилактика артериальной гипертонии» в городе Шарыпово были информированы через СМИ 27261 человек, непосредственно приняли участие в мероприятиях районной больницы – 170 человек. В неделе без табака под девизом «Воздух без табачного дыма – это закон!» приняло участие 32125 человек, информацию получили более 800 тыс. жителей края.

Учитывая, что основными проблемами являются низкий отклик населения и отсутствие мотивации по формированию здорового образа жизни, коллегия министерства здравоохранения отмечает, что для успешной реализации приоритетного направления в части формирования здорового образа жизни необходимо проводить планомерную работу по информированию населения.

В 2013-2014 годах действует и продолжает свое развитие в соответствии с принятой Министерством здравоохранения РФ Стратегией лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 года система лекарственного обеспечения края.

В Красноярском крае каждый третий житель является льготником в части лекарственного обеспечения. Ежемесячно в крае льготную лекарственную помощь получают более 150 тыс. льготополучателей на сумму до 180 млн. рублей.

Значительное увеличение затрат на льготное лекарственное обеспечение за последние 3 года с 2,3 млрд. рублей в 2011 году до 3 млрд. в 2014 году по всем источникам финансирования привело не только к качественным изменениям в системе льготного лекарственного обеспечения, но и потребовало разработки и внедрения мер по оптимизации затрат.

Льготное лекарственное обеспечение граждан за счет средств краевого бюджета осуществляется с использованием механизма возмещения затрат, который позволяет оперативно решать вопросы лекарственного обеспечения граждан. Именно эту систему планируется взять за основу программ по лекарственному страхованию населения страны с 2017 года.

Были внедрены механизмы отпуска лекарств по референтным ценам, которые сократили расходы краевого бюджета на 7 %, организовано обеспечение льготников дорогостоящими препаратами через дневной стационар в системе ОМС (от 98 млн.руб. в 2013 году до 120 млн.руб в 2014 году) и сформирован единый перечень медикаментов для региональных льготополучателей в соответствии с перечнем жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Принятые меры предоставили возможность в целом по краю сохранить уровень обеспеченности рецептов 99,9%, в том числе в полном объеме

обеспечить дорогостоящими лекарственными препаратами 16 пациентов, страдающих орфанными заболеваниями на сумму 62 млн.руб. Более 90 % льготных рецептов были обслужены в срок до 7 дней. Активно предоставлялась аптечными организациями услуга доставки льготных лекарств на дом – от 4500 обслуженных рецептов в 2010 году до 85000 рецептов в 2013- 2014 годах.

Ежегодно повышающийся уровень охвата пациентов, получающих за счет средств краевого бюджета дорогостоящее лечение по жизненным показаниям, пенсионеров, получающих льготную лекарственную помощь, анализ показателей по заболеваемости и смертности в крае, говорит о необходимости и востребованности данного вида социальной помощи, дальнейшего соблюдения пациентами приверженности к лечению.

В частности, показатели смертности по сахарному диабету снизились за последние три года от 11,4 до 9,4 на 100 тыс.населения. Если оценивать динамику за последние 10 лет, с момента увеличения финансирования регионального бюджета на меры социальной поддержки в части лекарственного обеспечения, то смертность по сахарному диабету сократилась в два раза (18,1 в 2005 году, 9,4 – в 2013 году). За последние 10 лет уровень смертности от болезней системы кровообращения снизился почти на 10 %. Льготное лекарственное обеспечение пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, дорогостоящими препаратами позволило, в числе прочих мероприятий, увеличить пятилетнюю выживаемость таких пациентов с 2010 года с 47,3% до 51,3% в 2013 году.

Осуществляемая в крае работа по поддержке отечественного производителя, в том числе ежегодно проводимый медико-фармацевтический форум, позволили обеспечить более 50% объема централизованного закупа лекарственных препаратов российского производства.

На 2014 год и дальнейший период до 2016 года сформирован единый Перечень льготных лекарственных препаратов (далее – Перечень) для региональных льготополучателей в соответствии с Перечнем жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденный постановлением Правительства Красноярского края 25.12.2013 № 708-п. Перечень представлен широким ассортиментом препаратов отечественного производителя (134 позиции из 189), которые позволят обеспечить лекарственную терапию распространенных заболеваний среди льготных категорий граждан в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Актуальным направлением является обеспечение рационального использования лекарственных средств.

С этой целью в крае подготовлены и внедрены в практическую деятельность врачей методические рекомендации по оказанию неотложной помощи и использованию антибактериальных препаратов. Эти рекомендации, а также утвержденные федеральные стандарты и порядки оказания медицинской помощи в настоящее время в крае используются для разработки протоколов ведения больных, как в стационарных условиях, так и в поликлинике. В этом году будут внедрены в практическую деятельность алгоритмы лечения

бронхиальной астмы, острого нарушения мозгового кровообращения, пневмонии, язвенной болезни и антибактериальной профилактики хирургических вмешательств.

Особое внимание было уделено формированию эффективного лекарственного менеджмента в медицинских организациях края. Разработано и использовано при формировании заявок на лекарства для стационаров программное обеспечение «Интегрированная система планирования и учета», позволившая оценить целесообразность приобретения лекарств, с точки зрения стандартов и обеспечить централизацию закупок от 70 до 90%, что в свою очередь позволило оптимизировать средства ОМС на 156 млн.руб. что составляет 11,7% от общего объема закупки.

Коллегия министерства здравоохранения отмечает, что сформированная в крае политика лекарственного обеспечения льготополучателей позитивно отражается в основных показателях (сохранения набора социальных услуг, уровень обеспеченности льготных рецептов, уровень отсроченного обслуживания рецептов) свидетельствующих о доверии к программам и обеспечивает социальное удовлетворение граждан. Однако, в настоящее время в области лекарственного обеспечения отмечается ряд нерешенных вопросов. Существует проблема реализации лекарственных средств населению в отдаленных населенных пунктах, где нет аптечных учреждений.

На основании вышеизложенного, заслушав выступления докладчиков и членов коллегии, в рамках обсуждения обозначенных проблем, коллегия министерства здравоохранения Красноярского края РЕШИЛА:

1. Информацию принять к сведению.
2. Обеспечить реализацию распоряжения Губернатора Красноярского края «О первоочередных мерах, направленных на повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в краевых государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения, расположенных на территории города Красноярска».

3. Министерству здравоохранения Красноярского края:

3.1. Обеспечить:

переход участковой службы на эффективный контракт с внедрением критериев результативности (*ответственный – Б.М. Немик, И.И. Жирнова, срок исполнения - 2014 – 2015 годы*);

пересмотр и распределение зон обслуживания в амбулаторно-поликлинических учреждениях и функциональных обязанностей участкового врача и возложением их на средний медицинский персонал и социальных работников (*ответственный – Б.М. Немик, Д.В. Попов, Е.А. Непомнящая, Г.З. Низамеева срок исполнения - 2014 – 2015 годы*);

организацию консультативно-диагностического центров (правобережного, левобережного) (*ответственный – Б.М. Немик, срок исполнения - 2015 год*);

развитие ОВП для оказания первичной медико-санитарной помощи в новостройках г. Красноярска (при содействии застройщика) (*ответственный – Б.М. Немик, срок исполнения - 2014 – 2016 годы*).

3.2. Осуществлять развитие государственно частного партнерства в части: размещения государственного задания в медицинских организациях ведомственной и частной форм собственности в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий по первичной медико-санитарной помощи (*ответственный – Б.М. Немик, срок исполнения - 2014 – 2016 годы*);

организации для взрослого населения г. Красноярска на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница им. Н.С. Карповича» централизованной клинико-диагностической лаборатории на условиях концессии (*ответственный – В.Г. Добрецов, Б.М. Немик, срок исполнения - 2014 – 2016 годы*);

работы с инвесторами по вопросам строительства (реконструкции) медицинских объектов (*ответственный – В.Г. Добрецов, Б.М. Немик, руководители краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения края, срок исполнения - 2014 – 2016 годы*).

4. Министерству здравоохранения Красноярского края совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями

4.1. Обеспечить:

совершенствование нормативно-правовой базы по внедрению подушевого финансирования в медицинских организациях, осуществляющих амбулаторно-поликлиническую помощь на территории г. Красноярска и края:

внести изменения в тарифное соглашение по методике расчетов подушевого норматива и определения базовых пакетов медицинских услуг,

утвердить форму установленных показателей доступности, качества и стоимости медицинской помощи на 2015 год

(*ответственный – Б.М. Немик, С.В. Козаченко, страховые медицинские организации, срок исполнения до 01.12.2014*).

4.2. Провести кустовые методические семинары по вопросам внедрения подушевого финансирования, организации учета медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях края (*ответственный – Т.Н. Голубева, О.Н. Карпова, С.В. Козаченко, страховые медицинские организации, срок исполнения сентябрь – октябрь 2014*).

4.3. Информировать Общественный совет при министерстве здравоохранения о результатах оценки доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе результатов «самооценки» деятельности краевых государственных амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения (*ответственный – С.В. Козаченко, страховые медицинские организации, срок исполнения ежегодно*).

5. Министерству здравоохранения Красноярского края совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования и Федерацией профсоюзов края осуществлять:

поэтапное повышение заработной платы участковым врачам (терапевты, педиатры) краевых государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения, расположенных на территории города Красноярска *(ответственный – М.Г. Кузнецова, С.В. Козаченко, Е.В. Чугуева, руководители краевых амбулаторно-поликлинических учреждений, срок исполнения - 2014 – 2016 годы);*

поэтапное повышение заработной платы участковым медицинским сестрам, фельдшерам краевых государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения, расположенных на территории города Красноярска *(ответственный – М.Г. Кузнецова, С.В. Козаченко, Е.В. Чугуева, руководители краевых амбулаторно-поликлинических учреждений, срок исполнения - 2014 – 2016 годы).*

6. Рекомендовать главами муниципальных образований и городских округов осуществлять первоочередное обеспечение дополнительными мерами социальной поддержки медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в части предоставления жилья;

совместно с руководителями амбулаторно-поликлинических учреждений на территории ежеквартально проводить публичные встречи с населением по вопросам организации медицинской помощи и популяризации здорового образа жизни

(ответственный – главы муниципальных образований и городских округов, руководители амбулаторно-поликлинических учреждений, срок исполнения - ежеквартально 2014 – 2016 годы).

7. Руководителям краевых государственных амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения,

7.1. Обеспечить:

организацию и проведение ежеквартальных публичных встреч с населением по вопросам организации медицинской помощи на обслуживаемой территории, информированием населения о реализации планов по повышению доступности и качества медицинской помощи *(срок исполнения ежеквартально, постоянно);*

проведение анализа поводов обращений пациентов в амбулаторно-поликлиническое учреждение, структуры приема участкового врача с использованием полученных данных для пересмотра функциональных обязанностей участкового врача и возложения их на средний медицинский персонал с отработкой регламента по распределению потоков пациентов в зависимости от возложенных функций *(срок исполнения – до 01.12.2014);*

внедрение информационных технологий (работу сервисов по предварительной записи пациентов - по телефону, с использованием системы «Платежка», электронной почты, Интернет *(срок исполнения - 2015 год);*

оценку необходимости пересмотра и распределения населения на терапевтических участках (увеличение численности терапевтических участков до 2200-2500 человек) *(срок исполнения – до 01.12.2014)*;

работу отделения (кабинета) неотложной помощи, доврачебного кабинета, смотрового кабинета, отделения (кабинета) профилактики *(срок исполнения 2014-2015 годы)*;

отработку логистики пребывания пациента внутри учреждения, через разработку четких схем маршрутизации, введением должностных лиц администраторов с привлечением работников немедицинских специальностей, внедрением дистанционных форм работы с пациентами (информирование, консультирование, предварительная запись, патронаж) *(срок исполнения 2014-2015 годы)*;

перевод участковых врачей на «эффективный» контракт по оплате труда с учетом критериев оценки качества труда *(срок исполнения 2014-2015 годы)*;

заключение договоров о послевузовской подготовке с выпускниками ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно – Ясенецкого», с последующим трудоустройством в первичном звене здравоохранения *(срок исполнения - ежегодно)*;

развитие системы внутреннего контроля качества медицинской помощи *(срок исполнения - постоянно)*;

реализацию комплекса мероприятий, направленных на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, формирование ЗОЖ, активизацию работы по информированию населения, выполнение объемов диспансеризации населения *(срок исполнения 2014-2016 годы)*;

производственную практику студентов в полном объеме с расширением объемов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях);

предоставление отчета об исполнении плана мероприятий по повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи и результатов независимой оценки качества социальных услуг на медицинских советах учреждения здравоохранения *(срок исполнения - ежегодно)*.

7.2. Организовать:

участие общественных советов и районных советов ветеранов в мероприятиях по независимой оценке качества предоставления социальных услуг в учреждениях здравоохранения *(срок исполнения- с 2015 года)*;

встречи со студентами старших курсов обучения ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно – Ясенецкого» *(срок исполнения - постоянно)*;

обсуждение в трудовых коллективах подходы к выполнению государственного задания в части реализации Территориальной программы государственных гарантий *(срок исполнения - ежегодно)*.

8. Предложить ректору ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно – Ясенецкого» И.П. Артюхову:

обеспечить целевой прием из числа лиц, рекомендуемых для поступления в ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно – Ясенецкого»;

обеспечить целевую подготовку в клинической интернатуре (ординатуре) с учетом приоритета кадрового обеспечения первичного звена здравоохранения;

обеспечить практическую часть подготовки интернов и ординаторов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) в расширенном объеме.

(Ответственный - И.П. Артюхов, срок постоянно)

9. Руководителям образовательных организаций высшего и среднего профессионального (медицинского) образования края совместно с руководителям краевых государственных учреждений здравоохранения организовать:

непрерывную профессиональную подготовку врачей-терапевтов (педиатров) участковых, врачей общей (семейной) практики и средних медицинских работников по адаптированным программам, включая модульную дистанционную систему обучения;

проведение профессиональной ориентации среди студентов, ориентированной на работу в первичном звене здравоохранения.

(Ответственный – И.П. Артюхов, Т.Г. Момот, руководители медицинских техникумов (колледжа), срок постоянно).

10. Руководителям профессиональных образовательных учреждений по подготовке специалистов со средним медицинским образованием:

предусмотреть в рабочих программах профессиональных модулей, междисциплинарных курсов и дисциплин, направленных на изучение вопросов оказания первичной медико-санитарной помощи, увеличение часов теоретических и практических занятий за счет часов вариативной части;

проводить на базах амбулаторно-поликлинических учреждений учебные практики, направленные на изучение вопросов оказания первично медико-санитарной помощи;

организовывать и направлять студентов в амбулаторно-поликлинические учреждения на производственные практики по профилю специальности по выше обозначенным профессиональным модулям и междисциплинарным курсам, а также для прохождения преддипломной практики;

формировать вариативную часть рабочих программ по профессиональным модулям, междисциплинарным курсам и дисциплинам, направленным на изучение вопросов оказания первичной медико-санитарной помощи, совместно с краевыми учреждениями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь.

(Ответственный - руководители медицинских техникумов (колледжа) срок постоянно).

11. Поручить главному внештатному специалисту гериатру подготовить концепцию дальнейшего совершенствования и развития гериатрической службы в Красноярском крае (*ответственный – А.В. Подкорытов, срок исполнения до 01.12.2014*)

12. Рекомендовать Общественному совету при министерстве здравоохранения рассмотреть возможность организации независимой экспертизы и формирования рейтинга учреждений здравоохранения (*ответственный – И.А. Зализняк, срок исполнения – I квартал 2015 года*).

Председатель коллегии

В.Н. Янин

Секретарь коллегии

О.И. Соколова

