

## ДОРОЖНАЯ КАРТА

### III ВСЕРОССИЙСКОГО ЭКСПЕРТНОГО ФОРУМА «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ»

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
Доступность эффективной и инновационной терапии			
1.	<p>Развитие системы профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого и очень высокого риска за счет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) включения новых категорий пациентов высокого риска, с учетом пунктов 1.1 – 1.3 настоящей Дорожной карты;</li> <li>2) расширения перечня лекарственных препаратов для амбулаторного обеспечения пациентов экстремального сердечно-сосудистого риска, находящихся под диспансерным наблюдением, с учетом пункта 1.3 настоящей Дорожной карты;</li> <li>3) поэтапного увеличения продолжительности лекарственного обеспечения: <ul style="list-style-type: none"> <li>- до 3 – 5 лет после острых событий;</li> <li>- пожизненно для новой категории пациентов высокого риска с</li> </ul> </li> </ol>	<p>1. Внести изменения в Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска (Приложение 8 к государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства от 26 декабря 2017 года № 1640), находящихся на диспансерном наблюдении, предусмотрев:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации региональных проектов по обеспечению в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, страдающих дислипидемией и резистентной артериальной гипертензией;</li> <li>- поэтапное увеличение срока лекарственного обеспечения пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, до 3 лет после острых событий в краткосрочной</li> </ul>	<p>1. Существующий ФП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» продемонстрировал свою высокую эффективность. В 2022 году смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 11% по сравнению с 2021 годом, что составило 570,6 человек на 100 тыс. населения (831 557 человек в абсолютном выражении), в 2023 году эта позитивная тенденция продолжилась и смертность от болезней системы кровообращения снизилась еще на 3,3% и составила 545,66 на 100 тысяч. Однако, этот тренд не позволяет рассчитывать на достижение целевого показателя снижения смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения к 2024 году, как определено в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 и негативно влияет на выполнение национальной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году (Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 №309 "О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года"</p> <p>Дальнейшая позитивная динамика по снижению смертности возможна, если обеспечить максимальное количество пациентов с повышенным риском острых событий современными эффективными лекарствами в соответствии с</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
	<p>резистентной артериальной гипертензией.</p>	<p>перспективе и до 5 лет в среднесрочной перспективе, с возможностью пожизненного лекарственного обеспечения отдельных категорий пациентов.</p> <p>2. Главным внештатным специалистам – кардиологам Минздрава России актуализировать и направить в субъекты Российской Федерации Методические рекомендации по назначению лекарственных препаратов при реализации программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» с учетом новой группы пациентов страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка &lt;40%.</p>	<p>действующими клиническими рекомендациями</p> <p>Учитывая, что большая часть случаев сердечно-сосудистой смертности является следствием развития именно хронических ССЗ, необходимо расширение программы для пациентов с хроническими ССЗ с учетом пунктов 1.1 – 1.3 настоящей Дорожной карты.</p> <p>В части сроков лекарственного обеспечения, согласно мнению медицинских специалистов, наибольшие риски для пациентов сохраняются в течение 5 лет после острых событий, в связи с чем необходимо поэтапное увеличение срока лекарственного обеспечения. В противном случае, при прекращении лекарственного обеспечения по истечении двухлетнего срока наступление повторного острого события фактически приводит к неэффективности расходования бюджетных средств ввиду недостижения целевого результата.</p> <p>2. Необходимость актуализации методических рекомендаций обусловлена расширением как перечня категорий пациентов, обеспечиваемых в рамках программы, так и перечня лекарственных препаратов за период, прошедший с момента разработки действующей версии рекомендации (2022 г.). В отсутствие обновленных рекомендаций в отдельных субъектах Российской Федерации наблюдаются нарушения прав пациентов при организации лекарственного обеспечения новой категории органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья: наблюдаются случаи исключения пациентов из программы в связи с достижением фракции выброса &gt; 40% на фоне терапии, отсрочки включения пациентов в</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
			<p>программу в течение 12 месяцев после проведения эхокардиографии, а также установления периода лекарственного обеспечения в течение двух лет несмотря на условие пожизненного лекарственного обеспечения: в ряде регионов не обновлены коды льготы для вновь включенной группы пациентов, в связи с чем такие пациенты обеспечиваются лекарственными препаратами в течение только двух лет с момента постановки диагноза.</p>
1.1.	<p>Создание условий для расширения доступа к терапии для пациентов высокого риска за счет снятия ограничения по фракции выброса левого желудочка у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью</p>	<p>Внести изменения в Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска (Приложение 8 к государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства от 26 декабря 2017 года № 1640) и приказ Минздрава России от 6 февраля 2024 г. № 37н, исключив слова «с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка <math>\leq 40\%</math>».</p>	<p>С января 2024 года увеличилось финансирование Федерального проекта «Борьба с ССЗ» на 2 млрд рублей в год. В программу льготного лекарственного обеспечения включены пациенты с ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка <math>&lt; 40\%</math> без ограничения срока получения лекарственных препаратов в рамках Программы.</p> <p>Однако пациенты, страдающие ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий и ХСН с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка <math>&lt; 40\%</math>, составляют лишь часть группы пациентов высокого сердечно-сосудистого риска и в большинстве случаев уже имеют статус инвалида, что согласно пункту 3 Правил предоставления субсидии не позволяет пациенту участвовать в Программе, тем самым препятствуя достижению целевых показателей Программы. Снятие ограничения фракции выброса левого желудочка позволит</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
			охватить большее количество пациентов высокого риска и увеличить продолжительность и качество жизни.
1.2	Совершенствование программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска за счет включения новой категории пациентов с резистентной артериальной гипертензией в сочетании с хронической болезнью почек	Внести изменения в Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска (Приложение 8 к государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства от 26 декабря 2017 года № 1640) и приказ Минздрава России от 6 февраля 2024 г. № 37н, дополнив категорией пациентов с резистентной артериальной гипертензией в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП)	С учетом актуальности проведения профилактики серьезных сердечно-сосудистых событий, необходимо расширение программы лекарственного обеспечения Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на группу пациентов, страдающих резистентной артериальной гипертензией в сочетании с ХБП. Это в том числе позволит достичь национальных целей по снижению смертности от болезней системы кровообращения и увеличению общей продолжительности жизни. В России насчитывается порядка 7,6 млн пациентов с артериальной гипертензией, и это пациенты трудоспособного возраста. При этом основной резерв смертности приходится на группу пациентов, страдающих резистентной артериальной гипертензией, которая составляет порядка 10% от общей популяции пациентов с артериальной гипертензией. Артериальная гипертензия входит в перечень социально-значимых заболеваний, утвержденный постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715. При этом пациенты с резистентной артериальной гипертензией с поражением почек – это группа высокого риска, характеризующаяся высокой смертностью и инвалидизацией. 18% пациентов с ХБП имеют артериальную гипертензию – это составляет более 300 тыс. пациентов, что в случае применения препаратов класса иНГЛТ-2 позволит предотвратить 11 859 случаев смерти.
1.3	Совершенствование программы	1. Внести изменения в Правила предоставления и	Нарушения липидного обмена (дислипидемия) - один из

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
	<p>профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска за счет включения новой категории пациентов с дислипидемией и расширения перечня лекарственных препаратов, предоставляемых в амбулаторных условиях в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»</p>	<p>распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска (Приложение 8 к государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства от 26 декабря 2017 года № 1640) и приказ Минздрава России от 6 февраля 2024 г. № 37н для применения у пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- экстремального сердечно-сосудистого риска;</li> <li>- для коррекции уровня ХС ЛНП у пациентов после сердечно-сосудистых событий с семейной гиперхолестеринемией, получающих высокоинтенсивную статинотерапию.</li> </ul> <p>2. Дополнить перечень, утвержденный приказом Минздрава России от 6 февраля 2024 г. № 37н, гиполипидемическими лекарственными препаратами, предусмотренными Клиническими рекомендациями «Нарушения липидного обмена» (ID:752, 2023 г.).</p>	<p>ключевых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и острых событий. Существует прямая корреляция риска развития серьезных сердечно-сосудистых событий и уровнями холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) и триглицеридов (ТГ) крови. Для эффективного контроля дислипидемии, необходимо проводить лекарственную терапию в соответствии с Клиническими рекомендациями.</p> <p>В настоящий момент доступность гиполипидемических препаратов, включенных в Клинические рекомендации ограничена по ряду причин, среди которых отсутствие ряда препаратов в перечне ЖНВЛП (розувастатин, эзетимиб, инклисиран, Омега 3 ПНЖК), также очень ограниченное количество необходимых лекарств в перечне препаратов ФП БССЗ, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №37н, в который включены только аторвастатин и симвастатин. Эти препараты подавляющем большинстве случаев не позволяют достигать целевого уровня ХС ЛНП, ТГ и сохранить эффект, достигнутый в результате проведения высокотехнологичного лечения.</p> <p>Согласно Клиническим рекомендациям пациентам экстремального риска (к данной категории относятся пациенты, перенесшие два и более сердечно-сосудистых события в течение двух лет) показано назначение сразу всех линий терапии, поскольку поддержание целевого уровня ХС ЛНП жизненно важно. На основании статистических данных и расчетных моделей, подготовленных специалистами, на начало 2024 года количество пациентов экстремального сердечно-сосудистого риска в России составляет порядка</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
			<p>11 500 человек, обеспечение которых в соответствии с клиническими рекомендациями потребует выделения дополнительных бюджетных ассигнований в размере около 3,8 млрд рублей (совокупно из средств федерального и регионального бюджетов) и позволит сохранить порядка 250 жизней, избежать более 580 госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых событий и избежать дополнительных затрат в размере более 230 млн рублей на горизонте двух лет.</p> <p>Согласно Клиническим рекомендациям у лиц после острого коронарного синдрома или чрескожных коронарных вмешательств на фоне терапии статинами в максимально переносимых дозах в течение 4-6 недель после события уровень ХС ЛНП остается значительно повышенным (&gt;2,5 ммоль/л), можно рассматривать назначение PCSK9-таргетной терапии (алирокумаб**, инклисиран или эволокумаб**) без предварительного применения эзетимиба.</p> <p>Для пациентов очень высокого риска, а именно: имеющих верифицированное атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание (АССЗ), в первую очередь ИБС, дающую максимальный вклад в общую смертность в России, а также потенциальную семейную гиперхолестеринемия (если исходный уровень ХС ЛНП &gt;5,0 ммоль/л), в случае недостижения целевого уровня ХС ЛНП (1,4 ммоль/л) на фоне максимально переносимой дозы статина (аторвастатин, розувастатин, симвастатин) и эзетимиба, рекомендовано применение алирокумаба, инклисирана или эволокумаба. Расчетное количество таких пациентов составляет 5.844 человек с потребностью в дополнительном финансировании около 1,8 млрд руб. Смертность у</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
			<p>указанной группы пациентов может быть сокращена на 29 %, а число предотвращенных смертей – более 400 человек за один год и более 1000 – через 3 года.</p> <p>У каждого третьего пациента на терапии статинами сохраняется повышенный уровень триглицеридов. Повышение уровня триглицеридов крови у пациентов после серьезных сердечно-сосудистых событий ускоряет прогрессирование атеросклероза и приводит к повторению сердечно-сосудистых катастроф. Отдельного внимания требуют пациенты с ХБП, у которых повышение ТГ при снижении уровня ХС ЛВП ассоциировано с прогрессированием ССЗ и ХБП и требует коррекции.</p>
2.	<p>Включение важнейших лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями и применяемых в терапии нарушений липидного обмена, в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов</p>	<p>1. Рекомендовать держателям (владельцам) регистрационных удостоверений (их уполномоченным лицам) лекарственных препаратов с МНН розувастатин, эзетемиб, Омега-3 ПНЖК подать в комиссию Минздрава России по формированию перечней лекарственных препаратов и минимального ассортимента предложения о включении соответствующих лекарственных препаратов в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.</p>	<p>По данным исследования ЭССЕ-РФ, более в РФ почти 60% населения имеет гиперхолестеринемию и более 30% населения страдают от повышенного уровня триглицеридов.</p> <p>Ряд лекарственных препаратов, предусмотренных Клиническими рекомендациями «Нарушения липидного обмена» (ID:752, 2023 г.), в настоящее время отсутствует в перечне ЖНВЛП, что существенно ограничивает их доступность для пациентов и не позволяет организовать системное лекарственное обеспечение, в том числе, в рамках Программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска.</p> <p>Гипертриглицеридемия (ГТГ) является независимым фактором риска прогрессирования атеросклероза и возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. В Клинических рекомендациях, отмечено, что при</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
			коморбидных состояниях частота встречаемости ГТГ выше, чем в общей популяции. Одним из таких заболеваний является хроническая болезнь почек.
3.	Совершенствование финансирования системы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска	<p>1. Предусмотреть дополнительное финансирование из федерального бюджета на 2025 - 2026 гг. программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска в объеме, необходимом для реализации предложений, указанных в пп. 1 – 1.3 Дорожной карты.</p> <p>2. Установление отдельного способа расчета предельного уровня софинансирования расходного обязательства Российской Федерации, предусматривающего увеличение обязательной доли финансирования программ субъектами Российской Федерации (возможно за исключением новых субъектов Российской Федерации).</p> <p>3. В целях снижения финансовой нагрузки на бюджеты субъектов Российской Федерации при реализации вышеуказанных предложений, рассмотреть вопрос о внесении изменений в часть 3 статьи 6.3 Федерального закона от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», предусматривающих исключение возможности полного отказа от набора социальных услуг и замену возможности отказа от социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона, на возможность получения электронного</p>	<p>Расширение программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска требует существенного дополнительного финансирования, в то же время, сейчас для значимого количества регионов доля софинансирования программы из федерального бюджета составляет 99%.</p> <p>Представляется, что перераспределение нагрузки между федеральными и региональными бюджетами позволит увеличить финансирование программы с ограниченным негативным влиянием на показатели федерального бюджета.</p> <p>При этом увеличение финансовых вложений в лекарственное обеспечение со стороны субъектов Российской Федерации целесообразно компенсировать увеличением размера субвенций на лекарственное обеспечение пациентов, имеющих право на получение набора социальных услуг («федеральных льготников»).</p> <p>При рассмотрении законопроекта о «монетизации льгот» (впоследствии Федеральный закон от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ) в качестве обоснования указывалась неэффективность льгот в натуральной форме. В то же время, за прошедшие 18 лет ситуация с лекарственным обеспечением значительно улучшилась, кроме того, с принятием Федерального закона от 30 декабря 2020 г. N 491-ФЗ «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата» создаются необходимые регуляторные условия (с 2025 года) для</p>



№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>сертификата на приобретение соответствующих товаров, предусмотренного Федеральным законом "О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата" от 30.12.2020 № 491-ФЗ, с сохранением возможности отказа от социальных услуг, предусмотренных пунктами 1.1 и 2 части 1 статьи 6.2 Федерального закона.</p> <p>4. Довести часть средств федерального бюджета, направляемого в регионы для профилактики развития повторных сердечно-сосудистых событий у пациентов очень высокого риска в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» посредством системы ОМС. Дать возможность регионам использовать данное финансирование для инициации необходимой лекарственной терапии (Приказ МЗ РФ 37-н) на стационарном этапе, также проводить необходимую интенсивную гиполипидемическую терапию в соответствии с утвержденными Программой государственных гарантий схемами в условиях круглосуточного и дневного стационара.</p>	<p>самостоятельного приобретения гражданами лекарственных препаратов с использованием электронного сертификата. Тем самым отмена возможности «монетизации» социальной услуги по лекарственному обеспечению не должна оказывать негативного влияния на пациентов, расходувавших выплаченные суммы компенсации на лекарственные препараты. В свою очередь, для региональных бюджетов данная мера позволит сбалансировать лекарственное обеспечение нуждающихся лиц.</p> <p>Использование средств ОМС для лекарственного обеспечения пациентов в рамках Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» показало хорошие результаты и может быть использовано для болезней системы кровообращения. Это позволит иницировать терапию при выписке пациента из стационара, увеличивая приверженность пациентов и расширив доступность схем терапии, утвержденных Программой государственных гарантий (например, интенсивной липидснижающей терапией в условиях круглосуточного и дневного стационара).</p>
4.	Совершенствование процедур формирования перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях в рамках программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска	1. Минздраву России, ФГБУ ЦЭКМП Минздрава России разработать порядок (методику) формирования перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях в рамках программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых	Значительные финансовые вложения государства в рамках ГП «Развитие здравоохранения» требует повышения уровня прозрачности и объективности формирования перечня, в том числе, необходимость совершенствования подходов (методики) и критериев ОТЗ, учитывающих непосредственное влияние мер по диагностике, профилактике и лечению заболеваний, преобладающих в

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>осложнений у пациентов высокого риска. При разработке методики исходить из обязательности установления периодичности и порядка пересмотра перечня, включающего проведение подведомственным экспертным учреждением процедур оценки лекарственных препаратов, исходя из влияния на достижение целевых показателей ГП «Развитие здравоохранения».</p> <p>2. В рамках очередного пересмотра перечня исходить из приоритета включения лекарственных препаратов, оказывающих доказанное значимое влияние на снижение смертности и достижение целей федерального проекта.</p> <p>3. Минздраву России с привлечением профильных главных внештатных специалистов определить перечень лекарственных препаратов, необходимых для профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, при этом отсутствующих в перечне жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для организации совместно с Минпромторгом России последующего взаимодействия с субъектами обращения лекарственных средств в целях определения оптимальных вариантов включения таких препаратов в перечень ЖНВЛП.</p> <p>4. Приоритизировать включение в перечень ЖНВЛП лекарственных препаратов, применяемых</p>	<p>структуре смертности населения РФ, на достижение целевых показателей ГП «Развитие здравоохранения»</p> <p>Включаемые лекарственные препараты должны демонстрировать доказательную базу, подтверждающую не только их клиническую эффективность и безопасность, но и степень влияния на целевые показатели ГП «Развитие здравоохранения».</p> <p>Максимальная доступность лекарственных препаратов для заболеваний, которые вносят максимальный вклад в смертность, позволит в короткие сроки обеспечить достижение целевого показателя ГП «Развитие здравоохранения» в части снижения смертности населения в РФ.</p> <p>Необходимо гармонизировать список препаратов, входящих в Клинические Рекомендации с льготными списками лекарств. Отсутствие в перечне ряда необходимых по мнению экспертов препаратов влечет неэффективное расходование бюджетных средств на препараты, не позволяющие обеспечить достижение национальных целей.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>для оказания медицинской помощи в случае заболеваний, преобладающих в структуре заболеваемости и смертности граждан Российской Федерации заболеваний, путем увеличения до 3 количества баллов по соответствующему критерию Шкалы количественной оценки дополнительных данных о лекарственном препарате (Приложение N 6 к Правилам формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи, утв. постановлением Правительства РФ от 28.08.2014 № 871).</p>	
5.	<p>Повышение эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями</p>	<p>1. Минздраву России, ФФОМС при подготовке проекта программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, формировании методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, расшифровки клинико-статистических групп для медицинской помощи, инструкции по группировке случаев обеспечить финансирование лекарственной терапии с применением PCSK9-таргетной терапии путем формирования отдельных клинико-статистических групп, учитывающих конкретные схемы лекарственной терапии с</p>	<p>1. В настоящее время финансирование применения генно-инженерных биологических препаратов вне зависимости от диагноза, частоты применения препаратов и других дифференцирующих характеристик осуществляется в рамках укрупненных клинико-статистических групп, включающих лекарственные препараты с разной стоимостью.</p> <p>Существующий неоднородный перечень диагнозов и препаратов, которые могут назначаться в рамках указанных клинико-статистических групп, приводит к значительным отклонениям стоимости препаратов от размера тарифа, определенного усредненно.</p> <p>В такой ситуации существенно повышается риск выбора лекарственной терапии, исходя из финансовых соображений</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>учетом их реальной затратно-емкости (стоимости лекарственных препаратов и сопутствующих затрат).</p> <p>2. Минздраву России совместно с ФОМС и ЦЭККМП при подготовке проекта программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, формировании методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, расшифровки клинико-статистических групп для медицинской помощи, обеспечить включение схемы лекарственной терапии с МНН инкисирован в вышеуказанные документы, с учетом рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи о включении МНН инкисирован в перечень ЖНВЛП.</p> <p>3. Минздраву России совместно с ФОМС и ЦЭККМП при подготовке проекта программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, формировании методических рекомендаций, по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, расшифровки клинико-статистических групп для медицинской помощи, обеспечить увеличения</p>	<p>(экономии), а не реальной клинической целесообразности.</p> <p>Создание на федеральном уровне отдельных КСГ, учитывающих схемы лекарственной терапии (по аналогии со схемами лекарственной терапии онкологических заболеваний), позволит обеспечить равную доступность инновационной лекарственной терапии для всех пациентов вне зависимости от региона получения медицинской помощи.</p> <p>2. В целях реализации права граждан России на обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в рамках системы ОМС, необходимо предусмотреть включение схем лекарственной терапии, включающих препараты, рекомендованные к включению в перечень ЖНВЛП в течение 2024 года.</p> <p>3. Большинство пациентов с ХСН не видны системе здравоохранения так как они кодируются по коморбидным заболеваниям. Это связано в первую очередь с низкими тарифами на госпитализацию ХСН, использование текущего тарифа на госпитализацию ХСН несет в себе финансовый риск для медицинской организации.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>тарифа на госпитализацию ХСН (I50) с учетом обязательного проведения мозгового натрийуретического пептида.</p> <p>4. Обновление Номенклатуры медицинских услуг, включение в нее услуги по определению уровня липопротеина а (Лп(а)), как дополнительного фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений/событий, в соответствии с клиническими рекомендациями. Включение данного метода диагностики в Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам.</p>	<p>4.Повышенный уровень Лп(а) является наиболее распространенным генетически обусловленным липидным нарушением, встречающимся примерно у 20% популяции и один из наиболее очевидных факторов остаточного риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных, достигших целевых уровней ХС ЛНП на лекарственной терапии с использованием различных классов гиполипидемических препаратов [Афанасьева О.И., Ежов М.В., Покровский С. Н. Определение концентрации липопротеида(а) в клинической практике: актуальность и нерешенные вопросы. Атеросклероз и дислипидемии. 2021;2(43):47–56. DOI: 10.34687/2219-8202.JAD.2021.02.0004]</p>
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»			
6.	<p>Разработка стратегии по управлению и контролю факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений</p>	<p>1. Минздраву России доработать стратегию (концепцию) по управлению и контролю факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений, предусмотрев, в том числе.</p> <p>1) методологию формирования и ведения единого регистра пациентов с высокими рисками ССЗ, а также с детализацией по имеющимся ССЗ (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий) как основы для принятия решений по организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (с разработкой проекта постановления</p>	<p>Стратегия (концепция) по управлению и контролю факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений должна стать методологической базой как дальнейшего развития федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», так и повышения уровня профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и критических сердечно-сосудистых событий, а также обеспечение роста эффективности расходования бюджетных ассигнований в рамках региональных программ. Кроме того, данный подход в полной мере позволит реализовать принципы оказания медицинской помощи, представленные в клинических рекомендациях.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>Правительства Российской Федерации, предусмотренного ч. 4.1 ст. 91.1 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);</p> <p>2) единые методические рекомендации по организации порядка маршрутизации пациентов с высокими рисками сердечно-сосудистых событий, обеспечивающего оперативное установление диагноза и начало терапии.</p> <p>2. Дополнить Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, Порядок оказания медицинской помощи по профилю "детская кардиология", утвержденный приказом Минздрава России от 25.10.2012 № 440н, новым пунктом, предусматривающим обязательное определение органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающим:</p> <p>перечень участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинских организаций</p>	<p>2. Определение в порядках оказания медицинской помощи требований к региональным правовым актам позволит повысить уровень регламентации маршрутизации пациентов и исключить временные разрывы между различными этапами оказания медицинской помощи.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>(структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и осуществляющих диспансерное наблюдение, по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи с указанием их местонахождения (адреса);</p> <p>схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>перечень заболеваний, при которых в обязательном порядке проводятся консультации с</p>	

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>применением телемедицинских технологий как между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, так и с федеральными медицинскими организациями;</p> <p>3. Изложить сноску к пункту 6.3 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, в следующей редакции:</p> <p>«* в отношении иных категорий больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями диспансерное наблюдение, лечение и организация медицинской реабилитации осуществляются врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми цехового врачебного участка».</p> <p>4. Дополнить Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, новым пунктом следующего содержания:</p> <p>«При наличии у пациента с сердечно-сосудистым заболеванием медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации медицинская организация организует ее проведение в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых. При наличии факторов,</p>	<p>3. Корректировка пункта 6.3 Правил организации деятельности кардиологического кабинета (Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями), позволит устранить неопределенность с медицинской реабилитацией кардиологических пациентов, поскольку действующая редакция предусматривает отнесение к функционалу участковых врачей только наблюдения таких пациентов, не определяя порядок организации их реабилитации.</p> <p>4. Дополнение Порядка оказания медицинской помощи указанием на порядок проведения реабилитации необходимо для приведения в соответствие с действующими правовыми актами, регламентирующими ее проведение, в том числе на дому.</p>



№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		ограничивающих возможности пациента получить такую медицинскую реабилитацию, включая случаи проживания пациента в отдаленном от медицинской организации населенном пункте, ограничения в передвижении пациента, медицинская организация, к которой прикреплен пациент для получения первичной медико-санитарной помощи, организует ему прохождение медицинской реабилитации на дому в установленном порядке.».	
7.	Расширение диспансерного наблюдения за пациентами с хронической болезнью почек	<p>1. Минздраву России внести следующие изменения в пункт 22 Перечня заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом (Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми Приказ МЗ РФ № 168н ред. от 28.02.2024):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дополнить столбец 2 кодами N18.2, N18.3, N18.4; N18.5;</li> <li>- в столбце 3 слова «хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии)» – на хроническая болезнь почек 1 – 5 стадий;</li> <li>- в столбце 7 слова «1 раз в год» заменить словами «по медицинским показаниям (согласно клиническим рекомендациям с учетом стадии</li> </ul>	<p>Согласно Клиническим рекомендациям «Хроническая болезнь почек» факт снижения функции почек следует рассматривать в качестве причины ускоренного развития изменений сердечно-сосудистой системы, что объясняется многочисленными метаболическими и гемодинамическими сдвигами, которые сопутствуют развитию почечной дисфункции – нетрадиционных (ренальных) факторов риска сердечно-сосудистой патологии: альбуминурия/протеинурия, системное воспаление, оксидативный стресс, анемия, гипергомоцистеинемия и пр.</p> <p>ХБП в целом общепризнана существенным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.</p> <p>Отсутствие диспансерного наблюдения пациентов с ХБП существенно ухудшает прогнозы и повышает риск неконтролируемого развития сердечно-сосудистых осложнений.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>болезни и индекса альбуминурии)».</p> <p>2. Минздраву России при разработке и актуализации стандартов оказания медицинской помощи при хронической болезни почек 3Б – 5 стадий предусмотреть в разделе «Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением» услугу В04.025.002 «Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-нефролога» с усредненным показателем частоты предоставления – 1, усредненным показателем кратности применения – 4.</p>	
8.	<p>Дополнение федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» дополнительными целевыми показателями, непосредственно связанными с целями национального проекта «Развитие здравоохранения»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- доля лиц, перенесших повторное коронарное событие (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) в течение одного года, %;</li> <li>- доля пациентов с высокими уровнями риска, находящихся на диспансерном наблюдении, достигшие целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, %;</li> </ul>	<p>Дополнение федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» дополнительными целевыми показателями, непосредственно связанными с целями национального проекта «Развитие здравоохранения»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- доля лиц, перенесших повторное коронарное событие (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) в течение одного года, %;</li> <li>- доля пациентов с высокими уровнями риска, находящихся на диспансерном наблюдении, достигшие целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, %;</li> <li>- доля пациентов с высокими уровнями риска, находящихся на диспансерном наблюдении,</li> </ul>	<p>Дополнение федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» дополнительными целевыми показателями, непосредственно связанными с целями национального проекта «Развитие здравоохранения»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- доля лиц, перенесших повторное коронарное событие (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) в течение одного года, %;</li> <li>- доля пациентов с высокими уровнями риска, находящихся на диспансерном наблюдении, достигшие целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, %;</li> <li>- доля пациентов с высокими уровнями риска, находящихся на диспансерном наблюдении, достигшие целевого уровня артериального давления, %;</li> <li>- охват пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, лабораторным контролем уровня холестерина</li> </ul>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
	<p>- доля пациентов с высокими уровнями риска, находящихся на диспансерном наблюдении, достигшие целевого уровня артериального давления, %;</p> <p>- охват пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, лабораторным контролем уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, %</p>	<p>достигшие целевого уровня артериального давления, %;</p> <p>- охват пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, лабораторным контролем уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, %</p>	<p>липопротеинов низкой плотности, %</p>
9.	<p>Дополнение федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» перечнем факторов риска, в отношении которых необходим контроль достижения целевых показателей и выявление пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, в том числе в рамках вторичной профилактики</p>	<p>Дополнить раздел 3 «Задачи и результаты федерального проекта» паспорта федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»:</p> <p>- графу «Наименование задачи, результата» пункта 1.2 после слов «Проводится популяционная профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний и» дополнить словами «первичных и повторных»</p> <p>- графу «Характеристика результата» пункта 1.2 после слов «включая артериальную гипертензию и снижение риска ее развития,» дополнить словами «дислипидемию и сахарный диабет»</p>	<p>С целью реализации подхода по управлению факторами риска сердечно-сосудистых осложнений в рамках федеральной программы целесообразным является утверждение основного перечня факторов риска в части постановки задач по их профилактике.</p> <p>Согласно отечественным клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества «Стабильная ишемическая болезнь сердца» 2020 года, при реализации мер по модификации факторов риска особое внимание должно уделяться артериальной гипертензии, дислипидемии и сахарному диабету.</p>
10.	<p>Создание системы мотивации медицинских организаций за достижение целевых показателей</p>	<p>Минздраву России, ФФОМС при разработке Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования предусмотреть дополнительные выплаты медицинским организациям при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, за</p>	<p>Наличие системы мотивации способствует повышению уровня заинтересованности медицинских организации в достижении целевых показателей факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди прикрепленного населения, обеспечивая приоритизацию ресурсного и кадрового обеспечения данного направления у руководителей медицинских организаций.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		достижение показателей результативности, учитывающих достижение целевых показателей факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди прикрепленного населения.	
11.	Развитие информационного обеспечения	<p>В рамках развития ВИМИС «Сердечно-сосудистые заболевания» предусмотреть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внедрение и использование медицинскими организациями систем поддержки принятия врачебных решений и сопровождения маршрутизации пациентов, с целью исполнения клинических рекомендаций и повышения качества медицинской помощи.</li> <li>- унификацию передачи данных из ЭМК пациентов в ВИМИС в целях наполнения регистров пациентов с ИБС, ХСН, ФП и коморбидными состояниями.</li> <li>- отдельный учет группы пациентов с ФП с диагнозом I48. Например, посредством кодирования вторым кодом в случае установления диагноза ФП.</li> <li>- отдельный учет группы пациентов с ХСН. Например посредством кодирования вторым кодом в случае установления стадии 2Б, ФВ менее 40%, Ф.кл 3-4.</li> <li>- отдельный учет пациентов с диагнозом с ХБП с диагнозом N18.2, N18.3 посредством кодирования вторым кодом в случае установления диагноза ХБП</li> <li>- отдельный учет групп пациентов с дислипидемией (коды E78) при установлении ХС ЛНП выше 5 ммоль/л</li> </ul>	

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
12.	Совершенствование региональных программ реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»	<p>Органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при доработке и реализации региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предусмотреть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- утверждение территориальных целевых уровней эффективности оказания медицинской помощи и целевых значений показателей контроля факторов риска;</li> <li>- принятие нормативно-правовых актов по организации маршрутизации пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистых рисков органами управления здравоохранения субъектов РФ;</li> <li>- принятие региональных приказов об организации маршрутизации пациентов, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция, а также пациентов с ИБС+ФП+ХСН</li> <li>- ведение региональных систем диспансерного учета пациентов высокого риска;</li> <li>- обеспечение преемственности диагностики и лечения пациентов между медицинскими организациями различных уровней (включая передачу информации);</li> </ul>	<p>Согласно статье 72 Конституции Российской Федерации координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, относится к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.</p> <p>Экспертами отмечалось, что в отсутствие надлежащих усилий со стороны региональных органов управления здравоохранением невозможно достижение показателей федерального проекта, невзирая на все меры, предпринимаемые на федеральном уровне.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- систему контроля соответствия клиническим рекомендациям выполнения диагностики ключевых медицинских показателей и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.</li> <li>- принятие региональных приказов об обязательной лабораторной диагностике (NT-proBNP и ЭхоКГ по методу Симпсона) всем пациентам, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения и инфаркт миокарда</li> </ul>	
13.	Актуализация клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внести изменения в стандарт медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение), утвержденный приказом Минздрава России от 20.04.2022 № 272н, предусмотрев усредненный показатель частоты предоставления 1 для исследования уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови, ЭхоКГ по методу Симпсона.</li> <li>2. При пересмотре Клинических рекомендаций «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» рассмотреть возможность включения рекомендаций по направлению пациентов, перенесших ишемический инсульт, для консультации к врачу-кардиологу для скрининговой диагностики ХСН с выполнением ЭхоКГ с измерением фракции выброса по Симпсону и исследованием уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови с целью оптимизации последующих</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Согласно пункту 2.3 клинических рекомендаций «Хроническая сердечная недостаточность» <u>всем</u> пациентам с предполагаемым диагнозом ХСН рекомендуется исследование уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) и N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови. Пунктом 6.3 указанных рекомендаций предусмотрено, что определение концентрации в крови мозгового натрийуретического пептида – мозгового натрийуретического пептида (BNP) или N-концевого фрагмента его предшественника (NT-proBNP)) пациентам с ОДСН для определения прогноза рекомендуется при поступлении, при выписке, а также на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.  В то же время действующий стандарт оказания медицинской помощи предусматривает усредненный показатель частоты предоставления исследования уровня NT-proBNP - 0,57 с усредненным показателем кратности 1, что не соответствует клиническим рекомендациям.</li> <li>2. Для пациентов с инсультом исследование NT-proBNP и ЭхоКГ по методу Симпсона являются необходимыми для определения наличия ХСН и правильного подбора терапии</li> </ol>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>профилактических мероприятий.</p> <p>3. Дополнить клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности рекомендациями по направлению пациентов пожилого возраста с ХСН к специалисту-гериатру для назначения когнитивной терапии.</p>	
Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с нарушением ритма сердца			
14.	<p>Повышение доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи</p>	<p>1. Главному внештатному специалисту аритмологу совместно с профильными НМИЦ, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями рассмотреть возможность:</p> <p>- исходя из кадровой и технической обеспеченности региональных медицинских организаций 3 уровня, разработать предложения по переводу отдельных методов хирургического лечения нарушений ритма сердца из перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (ВМП-II), в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (ВМП-I), для подачи в межведомственный совет по формированию перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи;</p>	<p>Нарушения ритма сердца – наиболее часто диагностируемая сердечная патология. Ежегодно аритмия является причиной более 300 тысяч летальных исходов.</p> <p>В структуре аритмий, наиболее встречаемой (более 30%) является фибрилляция предсердий (ФП), заболеваемость которой продолжает расти во всем мире. Частично данный факт объясняется тенденцией к постарению населения, а также растущей распространенностью многочисленных факторов риска.</p> <p>Распространенность ФП в общей популяции составляет 1,5-2% и, по оценкам экспертов, эта цифра драматически вырастет в ближайшие 50 лет. Для европейцев риск развития ФП после 40 лет составляет 26% для мужчин и 23% для женщин; это самая частая причина госпитализации по поводу аритмии.</p> <p>Распространенность ФП в России около 3 млн человек. Известно, что в 15 - 30% течение ФП является бессимптомным. Наиболее частые осложнения – системные тромбоэмболии и инсульты, риск которых при ФП повышается от 2.3 – 7 (при неклапанной ФП) до 17 раз (!)</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- проработать вопрос о представлении в межведомственный совет по формированию перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи предложений по выделению новой группы ВМП, включающей катетерную изоляцию лёгочных вен;</li> <li>- совместно с ЦЭККМП Минздрава России провести переоценку на соответствие реальной потребности, исходя из доступных статистических данных, усредненного показателя частоты предоставления медицинской услуги «Радиочастотная абляция аритмогенных зон», предусмотренного стандартом медицинской помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение), утвержденным приказом Минздрава России от 12.05.2021 № 435н;</li> <li>- разработать комплекс мер по повышению выявляемости фибрилляции предсердий на ранних стадиях, в том числе, путем проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, а также повышения информированности населения о фибрилляции предсердий;</li> <li>- включить в клинические рекомендации (При пересмотре), либо разработать и довести до сведения региональных органов управления</li> </ul>	<p>(при клапанной ФП). Примерно каждый 5 инсульт связан с ФП, в т.ч. с бессимптомным течением аритмии. Около 8 из 10 пациентов старше 65 лет страдают от ФП. Когнитивные нарушения и сосудистая деменция зачастую прогрессирует даже у пациентов, находящихся на антикоагулянтной терапии.</p> <p>Согласно <a href="#">оценке главного внештатного специалиста</a> ежегодная потребность в хирургическом лечении составляет 4,5% согласно средним показателям по Европейским странам), текущие показатели в России сильно ниже.</p> <p>В части сроков обеспечения пациентов с ФП высокотехнологичной медицинской помощью, согласно мнению медицинских специалистов, наибольшие риски представляет собой прогрессирование заболевания до персистирующей стадии в течение 6-12 месяцев, что значительно снижает эффективность лечения и способствует возникновению рецидивов в постоперационном периоде. В этой связи является целесообразной разработка рекомендаций по очередности выполнения вмешательств в зависимости от тяжести аритмии и ожидаемой эффективности интервенционного или хирургического вмешательства в соответствии со стратификацией групп риска наступления острых событий.</p> <p>Повышение доступности медицинской помощи пациентам с ФП окажет существенное влияние на достижение как целевых показателей федерального проекта, так и национальных целей развития.</p>



№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>здравоохранением в рамках самостоятельных методических рекомендаций принципы очередности выполнения вмешательств в зависимости от тяжести аритмии и ожидаемой эффективности интервенционного или хирургического вмешательства.</p> <p>2. Минздраву России, ФФОМС рассмотреть возможность увеличения объемов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП-II), включающих методы хирургического лечения нарушений ритма сердца.</p> <p>3. Минздраву России рассмотреть возможность дополнения раздела VII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи требованиями к предельному сроку проведения (суточного мониторинга ритма сердца) у пациентов с подозрением на фибрилляцию – не позднее 3 дней со дня назначения.</p> <p>4. Минздраву России, Минобрнауки России, главному внештатному специалисту аритмологу Минздрава России, профильным медицинским профессиональным некоммерческим организациям оценить необходимость создания специальности по профильному направлению «аритмология».</p> <p>5. Минздраву России рассмотреть возможность дополнения Правил организации деятельности отделения хирургического лечения сложных</p>	

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (Приложения № 21 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями) требованиями к прохождению врачами отделения повышения квалификации по вопросам аритмологии.</p> <p>6. Минздраву России рассмотреть возможность включения кабинетов по диагностике и лечению ФП в структуру кардиологического диспансера (п.8 Приложения № 7 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).</p> <p>7. Минздраву России рассмотреть возможность разработки формы подтверждения предоставления пациенту информации о возможных вариантах тактики лечения (медикаментозного либо хирургического), с указанием перспектив лечения.</p>	
15.	Совершенствование финансирования оказания специализированной медицинской помощи	Минздраву России, ФФОМС, ЦЭККМП России рассмотреть возможность исключения медицинской услуги А05.10.012 «Имплантация петлевого регистратора для долговременной регистрации электрической активности проводящей системы сердца» из КСГ круглосуточного стационара st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» и включение ее в КСГ круглосуточного стационара st25.007 «Операции	<p>Необходимость переноса медицинской услуги по имплантации петлевого регистратора для долговременной регистрации электрической активности проводящей системы сердца в КСГ «Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)» обусловлена несколькими факторами:</p> <p>1) данная медицинская услуга является хирургическим вмешательством, при этом в КСГ st25.007 «Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3) уже включена медицинская услуга А05.10.006.002 «Внутрисердечное электрофизиологическое исследование». Данная процедура</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)», профиль «Сердечно-сосудистая хирургия»,	является инвазивной и проводится с диагностической целью. Суть, тип процедуры и затраты сопоставимы с процедурой по имплантации кардиомонитора;  2) с учетом установленного коэффициента затратоемкости КСГ st25.004 расчетные расходы медицинской организации на имплантацию петлевого регистратора (≈180 тыс.руб., из которых стоимость медицинских изделий составляет более 171 тыс.руб.) почти в 6 раз превышают сумму оплаты по тарифу КСГ (≈32 тыс.руб.), что влечет критично низкую доступность данного медицинского вмешательства
16.	Улучшение материально-технического оснащения медицинских организаций	1. Минздраву России:  1) разработать комплекс мероприятий по формированию региональных центров по расшифровке и/или телеметрической передаче ЭКГ с внесением соответствующих изменений в порядке оказания медицинской помощи;  2) Минздраву России в рамках реализации федерального проекта «Цифровые сервисы здравоохранения» предусмотреть меры по стимулированию внедрения технологий искусственного интеллекта для расшифровки ЭКГ, включая распознавание ФП, в том числе, предусмотрев при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установление средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств	Доступность современной медицинской помощи напрямую обусловлена уровнем технической оснащенности медицинских организаций, в особенности, регионального уровня, приближенных к месту проживания пациента.  Создание региональных центров по расшифровке и/или телеметрической передаче ЭКГ, а также стимулирование внедрения технологий ИИ для расшифровки ЭКГ, по мнению экспертов, могут существенно повысить своевременность выявления нарушений сердечного ритма и начала терапии.  Перевод кардиокомплекса для нефлюороскопического электроанатомического картирования сердца в число обязательных медицинских изделий для оснащения операционной операционного блока медицинской организации, в составе которой создано отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции позволит выровнять уровень доступности современной медицинской помощи в разных регионах Российской Федерации в части углубленной диагностики экстренных случаев нарушений ритма сердца

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>обязательного медицинского страхования с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) при проведении ЭКГ, и особенности установления тарифа на ЭКГ с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке);</p> <p>3) внести изменения в строку 24 Стандарта оснащения операционной операционного блока медицинской организации, в составе которой создано отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (Приложение № 24 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н), заменив слова «по требованию» цифрой «1»;</p> <p>4) рассмотреть возможность включения кардиокомплекса для нефлюороскопического электроанатомического картирования сердца в Перечень медицинских изделий для оснащения (переоснащения, дооснащения) региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, имеющих в структуре медицинских организаций, подведомственных исполнительным органам субъектов Российской Федерации, а</p>	<p>(ВЭФИ), а также обеспечить оперативное решение вопросов хирургического лечения НРС.</p>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		также региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, имеющих в структуре медицинских организаций, подведомственных органам местного самоуправления, утвержденный приказом Минздрава России от 28.08.2023 № 451н.	
17.	Обеспечение надлежащего качества медицинской помощи	<p>1. Минздраву России с привлечением профильного главного внештатного специалиста рассмотреть вопрос о:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- доработке критериев оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нарушениях ритма сердца и проводимости (пункт 3.9.2 Приложения к приказу Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н), исходя из необходимости приведения в соответствие с действующими клиническими рекомендациями и отражения медицинских вмешательств, предусмотренных для лечения нарушений ритма сердца, а также достижения заданного результата оказания медицинской помощи;</li> <li>- либо о выделении в самостоятельный пункт критериев оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий.2</li> </ul>	<p>В действующей редакции пункта 3.9.2 Приложения к приказу Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н в качестве критериев оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нарушениях ритма сердца и проводимости предусмотрены только (1) осмотр кардиологом и (2) ЭКГ в течение 10 минут после поступления в стационар, (3) биохимический анализ крови, а также (4) мероприятия по стабилизации ритма сердца в течение 30 минут после поступления в стационар.</p> <p>Фактически из всего периода пребывания в стационаре оценке подлежат только первые 30 минут после поступления пациента, при этом не имеют значения результаты оказания специализированной медицинской помощи, либо осуществление обязательных (по клиническим рекомендациям) медицинских вмешательств.</p> <p>Такой подход не позволяет объективно оценить качество медицинской помощи в рамках приказа № 203н.</p>
18.	Повышение приверженности лечению со стороны пациентов	1. Минобрнауки России, Минздраву России, организациям высшего профессионального образования медицинского профиля обеспечить разработку образовательных специализированных курсов с целью повышения	Недостаточная информированность о программе и низкий уровень приверженности лечению являются одними из ключевых препятствий при реализации Федерального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<p>квалификации врачей общей врачебной практики, врачей-кардиологов в части взаимодействия с пациентами, вовлечения пациентов в лечебный процесс и повышения приверженности к терапии.</p> <p>2. Минздраву России в части развития института школ пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- включить медицинскую услугу В.04.015.001 «Школа для больных с артериальной гипертензией» в стандарты медицинской помощи взрослым с артериальной гипертензией;</li> <li>- включить медицинскую услугу В.04.015.002 «Школа для больных с сердечной недостаточностью» в стандарты медицинской помощи взрослым с сердечной недостаточностью;</li> <li>- рассмотреть вопрос о дополнении Номенклатуры медицинских услуг услугами по проведению школ пациентов для больных иными сердечно-сосудистыми заболеваниями (с последующим включением в соответствующие стандарты оказания медицинской помощи), в частности, школ для больных с ишемической болезнью сердца, школ для больных с нарушениями ритма сердца.</li> </ul> <p>3. Минздраву России совместно с АНО «Национальные приоритеты» рассмотреть вопрос о дополнительном информационном продвижении мер национального проекта «Здравоохранение» в части борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности таких направлений как:</p>	<p>По данным, озвученным в рамках мероприятия, только 60% из пациентов, которым показано льготное лекарственное обеспечение, включены в программу. Хуже всего включаются в программу ЛЛО женщины. И напротив, пациенты, вошедшие в программу льготного лекарственного обеспечения, на 46% чаще проходят диспансеризацию.</p> <p>Инструментами повышения приверженности терапии могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обучение врачей взаимодействию с пациентами для вовлечения пациентов в процесс в рамках пациент-ориентированного подхода в качестве полноправного субъекта, а не объекта (как встречается в распространенной патерналистской схеме взаимодействия врача с пациентом);</li> <li>- проведение школ пациентов (следует отметить, что даже предусмотренные номенклатурой медицинских услуг школы для больных АГ и ХСН отсутствуют в соответствующих стандартах медицинской помощи);</li> <li>- коммуникационное сопровождение мер национального проекта «Здравоохранение» в части борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями с использованием традиционных СМИ и диджитал-ресурсов.</li> </ul>

№ п/п	СОДЕРЖАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ	ОБОСНОВАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- информирование пациентов и врачей о возможностях программы льготного лекарственного обеспечения для стимуляции включения пациентов в программу;</li> <li>- развитие ответственного лечения и приверженности назначенной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями;</li> <li>- повышение осведомленности граждан о заболеваниях, связанных с нарушением ритма сердца</li> </ul> <p>4. Всероссийскому союзу пациентов продолжить развитие интернет-проекта «Чтобы жить долго», обеспечить дальнейшее взаимодействие со средствами массовой информации по популяризации ответственного лечения.</p> <p>5. АНО «Национальные приоритеты» по возможности поддержать материалы интернет проекта «Чтобы жить долго» на ресурсах национальных проектов России, портале <a href="http://объясняем.рф">объясняем.рф</a> и в социальных сетях.</p>	