

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

13.12.2023 № 17-4/И/1-9864

На № _____

от _____

Сопредседателю Всероссийского союза
общественных объединений пациентов

Ю.А. Жулеву

Нарышкинская аллея, д. 5, стр. 2
Москва,
125167

pat@patients.ru

Уважаемый Юрий Александрович!

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела в соответствии с письмом Аппарата Правительства Российской Федерации от 13.11.2023 № 72977-П12 и письмом Всероссийского союза общественных объединений пациентов от 02.11.2023 № ВСП-01/340 рассмотрел Дорожную карту II-го Всероссийского Форума «Сердечно-сосудистые заболевания и продолжительность жизни» и направляет информацию о результатах ее рассмотрения.

Приложение: на 15 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 01D9AD8C9C589CE0000BB00C00060002
Кому выдан: Камкин Евгений Геннадьевич
Действителен: с 03.07.2023 до 03.07.2024

Е.Г. Камкин

Минздрав России



№17-4/И/1-9864 от 13.12.2023

**Информация о рассмотрении Дорожной карты
I-го Всероссийского Форума «Сердечно-сосудистые заболевания
и продолжительность жизни»**

По вопросам совершенствования лекарственного обеспечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В части расширения программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска за счет включения новых категорий пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью, фибрилляцией предсердий, дислипидемией и семейной гиперхолестеринемией, увеличения срока лекарственного обеспечения отмечаем.

Программа лекарственного обеспечения в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – федеральный проект) неоднократно расширялась в рамках предусмотренного финансирования. Так, для формирования у пациентов приверженности к постоянному медикаментозному лечению, постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2021 № 1254 расширен период лекарственного обеспечения лиц с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями с одного года до двух лет. Дополнительно приказом Минздрава России от 29.09.2022 № 639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства» (далее – Перечень) ранее утвержденный перечень лекарственных препаратов расширен на 8 международных непатентованных наименований для обеспечения доступности специализированной медикаментозной терапии среди пациентов высокого риска, перенесших острое сердечно-сосудистое событие в сочетании с хронической сердечной недостаточностью.

Необходимо отметить, что Перечень включает в том числе необходимые препараты для лечения хронической сердечной недостаточности, гиполипидемические препараты статинового ряда, антиаритмические, гипотензивные лекарственные препараты, антиагреганты и антикоагулянты.

Минздравом России совместно с главными внештатными специалистами Минздрава России и Минфином России проработана возможность обеспечения доступности лекарственной терапии для лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, 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 $\leq 40\%$.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.11.2023 № 2030 внесены соответствующие изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, предусматривающие пожизненное обеспечение пациентов 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 $\leq 40\%$ в рамках обеспечения профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска.

Принятые меры благоприятно скажутся на достижении национальных целей в части снижения смертности от болезней системы кровообращения и увеличению общей продолжительности жизни, а также будут способствовать снижению случаев острых сердечно-сосудистых катастроф.

В свою очередь расширение программы лекарственного обеспечения федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – федеральный проект) потребовало дополнительного финансового обеспечения в объеме 2 млрд рублей ежегодно.

Дальнейшее расширение программы в рамках доступного финансирования влечет риски выхода за рамки доведенных лимитов бюджетных обязательств.

При этом включение лекарственных препаратов в перечень лекарственных препаратов для обеспечения пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями в рамках федерального проекта осуществляется при наличии таких препаратов в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденном распоряжением Правительства Российской Федерации 12.10.2019 № 2406-р (далее – перечень ЖНВЛП).

В свою очередь включение лекарственного препарата в перечень ЖНВЛП осуществляется в соответствии с Правилами формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 28.08.2014 № 871 (далее – постановление № 871), с учетом всех процедур, предусмотренных указанными Правилами, в том числе с проведением комплексной оценки лекарственного препарата.

В целях повышения качества медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации осуществляется совершенствование действующих процедур формирования перечней лекарственных препаратов

для медицинского применения и минимального ассортимента путем внесения изменений в постановление № 871.

Проектом постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 28.08.2014 № 871» (далее – проект постановления) в том числе предусмотрено внесение изменений в шкалы количественной оценки дополнительных данных о лекарственном препарате в части корректировки баллов по критерию «Наличие производства (локализация) лекарственного препарата на территории Российской Федерации».

Кроме того, в пункте 10 приложения 9 к проекту постановления осуществлена корректировка баллов по критерию «Наличие или целесообразность включения лекарственного препарата в клинические рекомендации или стандарты оказания медицинской помощи» с «+ 2» на «+ 3» балла.

Иные предложения в части доработки проекта постановления полагаем целесообразным рассмотреть на заседании Рабочей Группы при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по мониторингу правоприменительной практики Правил формирования перечней лекарственных препаратов, утвержденной приказом Минздрава России от 06.04.2021 № 302 (далее – Рабочая группа).

При поступлении соответствующих предложений о внесении изменений в постановление № 871, они будут рассмотрены на заседании Рабочей группы в установленном порядке.

Также отмечаем, что согласно информации главных внештатных специалистов Минздрава России, лекарственные препараты группы ингибиторов PCSK9 представляют собой третью линию гиполипидемической терапии, назначаемую по результатам проведения гиполипидемической терапии препаратами статинового ряда в качестве первой линии терапии и лекарственным препаратом Эзетимиб в качестве второй линии терапии.

В свою очередь лекарственный препарат Эзетимиб не включен в перечень ЖНВЛП, в связи с чем включение данного препарата в перечень препаратов, утвержденный приказом Минздрава России от 29.09.2022 № 639н, не представляется возможным.

Таким образом, существует риск неконтролируемого назначения препаратов группы ингибиторов PCSK9 в рамках федерального проекта в качестве второй линии терапии, что, с учетом экономических аспектов данных препаратов, может привести к значительному расходу бюджетных средств.

С учетом вышеизложенного полагаем возможным вернуться к рассмотрению вопроса расширения программы лекарственного обеспечения в рамках федерального проекта по результатам реализации мер по обеспечению профилактики сердечно-сосудистых заболеваний при условии наличия соответствующего финансирования.

В части совершенствования финансирования системы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска отмечаем.

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, находящихся на диспансерном наблюдении, приведены в приложении № 8 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 (далее – Правила).

Согласно пункту 11 Правил, объем бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение расходных обязательств субъекта Российской Федерации, в целях софинансирования которых предоставляется субсидия, может быть увеличен в одностороннем порядке субъектом Российской Федерации.

Так, объем бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение расходных обязательств субъекта Российской Федерации, в целях софинансирования которых предоставляется субсидия, утверждается законом субъекта Российской Федерации о бюджете субъекта Российской Федерации, исходя из необходимости достижения установленных соглашением значений результатов использования субсидии.

Кроме того, постановлением Правительства Российской Федерации от 30.11.2023 № 2030 введена возможность частичного отказа от средств субсидии субъектом Российской Федерации при наличии товарных запасов лекарственных препаратов, позволяющих обеспечить достижение целевого значения результата программы лекарственного обеспечения федерального проекта, и перераспределение части субсидии в пользу субъекта Российской Федерации, заявившего о потребности в дополнительных бюджетных ассигнованиях по формуле, предусмотренной пунктом 16 Правил.

В части рассмотрения вопроса внесения изменений в Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (далее – Федеральный закон № 178-ФЗ), предусматривающих исключение возможности полного отказа от набора социальных услуг и отказа от социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона № 178-ФЗ, с сохранением возможности отказа от социальных услуг, предусмотренных пунктами 1.1 и 2 части 1 статьи 6.2 Федерального закона № 178-ФЗ, сообщаем.

В соответствии с Федеральным законом от 13.07.2023 № 206-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам

обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания» создан Федеральный регистр граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации (далее – Федеральный регистр), порядок ведения которого утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.10.2020 № 1656.

В настоящее время субъектами Российской Федерации внесены в Федеральный регистр и постоянно актуализируются сведения о гражданах, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

В дальнейшем анализ загруженных данных в Федеральный регистр позволит провести детальный анализ сведений о фактическом обеспечении граждан вышеуказанной продукцией за счет различных финансовых источников, оценить затраты бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, а также предложить мероприятия по дальнейшему совершенствованию системы лекарственного обеспечения.

Дополнительно отмечаем, что граждане, имеющие право на получение социальных услуг в соответствии Федеральным законом 178-ФЗ, вправе отказаться от их получения, обратившись с заявлением в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, осуществляющий ему ежемесячную денежную выплату, непосредственно в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг или иным способом.

В свою очередь отказ от набора социальных услуг в пользу денежных выплат не отменяет право гражданина на данные меры социальной поддержки. Ограничение прав граждан в возможности отказа от получения набора социальных услуг в пользу денежных выплат требует всесторонней, многопрофильной проработки и не может рассматриваться с позиции здравоохранения исключительно.

Минздравом России регулярно направляются письма в органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья о проведении информационно-разъяснительных работ с гражданами, имеющими право на набор социальных услуг, для повышения результативности в субъектах Российской Федерации в увеличении числа граждан, сохранивших это право.

По вопросу повышения эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

По вопросу выделения отдельных клинико-статистических групп, связанных с проведением лекарственной терапии с применением ингибиторов пропротеин конвертазы субтилизин/кексин типа 9 (PCSK-9) и гиполипидемического миРНК препарата, отмечаем.

Приказом Минздрава России от 13.05.2022 № 321 утверждено положение о рабочей группе Министерства здравоохранения Российской Федерации по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее соответственно – Положение, ОМС, Программа).

Согласно Положению, к рассмотрению принимаются обоснованные предложения по совершенствованию способов оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по ОМС, применяемых при реализации Программы, а также по актуализации методических рекомендаций Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, в том числе в части актуализации перечня клинико-статистических групп заболеваний и/или дополнения его новыми группами, поступившие не позднее 1 апреля года, предшествующего году, на который формируется проект Программы и проект Методических рекомендаций.

Одновременно отмечаем, что с 2023 года инициация и замена генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (далее – ГИБП и СИ) осуществляются в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), а поддерживающая терапия в рамках модели клинико-статистических групп (далее – КСГ). В модели КСГ выделено по 20 КСГ для оплаты поддерживающей терапии в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара. Классификационным критерием отнесения к КСГ является схема лекарственной терапии. Описание каждой схемы включает международное непатентованное название (далее – МНН) препарата, дозу в единицах измерения действующего вещества, способ введения, количество введений или дней приема.

Данный подход распространяется только на профили медицинской помощи и группы лекарственных препаратов, включенные в перечень видов ВМП. Для нозологий, по которым не предусмотрена инициация или замена ГИБП и СИ, либо предусмотрено назначение только ГИБП без возможности применения СИ, выделены отдельные КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация)» для круглосуточного и для дневного стационара, критериями отнесения к которым

служат код Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10), возраст пациента и дополнительный классификационный критерий, который подразумевает терапию с инициацией или заменой ГИБП и СИ (код «т») или только СИ (код «тс»).

В целях определения коэффициента относительной затратоемкости (далее – КЗ) был произведен расчет стоимости ГИБП и СИ на основании МНН и дозы в единицах измерения действующего вещества, формы выпуска и способа введения в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов.

При этом описание режима дозирования ряда лекарственных препаратов предполагает определение дозы, исходя из массы или площади поверхности тела пациента, в связи с чем при расчете стоимости введения для определения разовой дозы использовались средние значения указанных показателей в зависимости от возраста пациента.

Для расчета стоимости ГИБП и СИ, представленных в перечне схем, использовались цены за единицу измерения действующего вещества, исходя из фактических закупочных цен, в том числе с учетом форм выпуска.

После расчета стоимости ГИБП и СИ, необходимых для одной госпитализации, был произведен итоговый расчет затрат, необходимых в рамках одной госпитализации, путем прибавления стоимости соответствующего количества «койко-дней» («пациенто-дней») и стоимости питания в стационарных условиях с учетом длительности госпитализации, предусмотренной описанием схемы.

Далее для отнесения случаев лекарственной терапии с применением соответствующей схемы к определенной КСГ применялась такая статистическая процедура как кластерный анализ, позволяющая упорядочивать объекты в сравнительно однородные группы. Для каждой сформированной группы была рассчитана средняя стоимость госпитализации. На основании полученной средней стоимости был определен КЗ путем ее деления на базовую ставку, определяемую исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Таким образом, система определения размера тарифа на оплату лекарственной терапии с применением ГИБП и СИ является экономически обоснованной, полностью расчетной и сбалансированной. В то же время следует учитывать, что в целом применение способа оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ), подразумевает оплату медицинской помощи по усредненному тарифу.

При этом затраты на оказание медицинской помощи конкретному пациенту могут быть как выше, так и ниже установленного тарифа, то есть в каждой КСГ для поддерживающей лекарственной терапии с применением ГИБП

и СИ можно определить как схемы, имеющие профицит, так и схемы, имеющие дефицит при оплате случая лечения по установленному тарифу.

Необходимо отметить, что модель КСГ не регламентирует применение конкретных схем лекарственной терапии. Несмотря на то, что классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ случая лекарственной терапии с применением ГИБП и СИ служит код схемы, непосредственно применяемый метод медицинского вмешательства регулируется клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи. Таким образом, при выборе метода лечения врач должен руководствоваться не размером тарифа на оплату лекарственной терапии с применением ГИБП и СИ, а потребностями и особенностями пациента, а также клиническими рекомендациями.

Дополнительно обращаем внимание, что описания схем с применением МНН «Алирокумаб» в дозировках 75, 150 и 300 мг и «Эволокумаб» в дозировках 140 и 420 мг не содержат слов «поддерживающая терапия», так как применение указанных препаратов не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии, а МНН «Инклизипан» было исключено из модели КСГ на 2024 год в связи с отсутствием препарата в перечне ЖНВЛП.

По вопросу внесения изменений в порядок оказания медицинской помощи по профилю «эндокринология» в части возможности оказания медицинской помощи пациентам с гиперхолестеринемиями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «кардиология» отмечаем.

В 2023 году издан приказ Минздрава России от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», разработанный совместно с главным внештатным специалистом эндокринологом Минздрава России.

Одновременно отмечаем, что в настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России проводится работа по актуализации номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н.

По вопросу разработки стратегии по управлению и контролю факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений.

В соответствии с порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, выявление и наблюдение больных с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений является основной функцией кардиологического кабинета.

В целях снижения преждевременной смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний, в том числе за счет уменьшения риска развития у пациентов с болезнями системы кровообращения осложнений и повторных

сердечно-сосудистых событий, систематизации диспансерного наблюдения за пациентами с болезнями системы кровообращения приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н утвержден Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (далее – Порядок диспансерного наблюдения). Порядком диспансерного наблюдения разграничены функции врачей-специалистов путем выделения 13 групп заболеваний (состояний), при наличии которых имеется высокий риск развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, требующих обязательного наблюдения врачом-кардиологом.

С учетом экспертного мнения профильных главных внештатных специалистов Минздрава России Порядком диспансерного наблюдения конкретизированы контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения, определены периодичность диспансерных приемов и длительность диспансерного наблюдения.

Одновременно отмечаем, что паспортом федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» предусмотрена контрольная точка «Актуализация маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в рамках которой субъектами Российской Федерации совместно с главными внештатными специалистами кардиологами и неврологом Минздрава России ежегодно пересматриваются региональные порядки маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Также в настоящее время главными внештатными специалистами кардиологами Минздрава России проводится работа по актуализации Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н.

По вопросу дополнения федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» дополнительными целевыми показателями, непосредственно связанными с целями национального проекта «Здравоохранение».

В паспорт федерального проекта включены показатели, согласованные куратором федерального проекта, Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой. При этом паспорт федерального проекта может включать в себя дополнительные показатели федерального проекта. Согласно методическим указаниям по разработке национальных проектов (программ) утвержденным президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 14.10.2019 № 12) дополнительный показатель федерального проекта – показатель, детализирующий основной показатель федерального проекта, либо иной показатель, количественно характеризующий вклад федерального проекта в достижение целевого и (или) дополнительного показателя национального проекта.

По вопросу дополнения федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» перечнем факторов риска, в отношении которых необходим контроль достижения целевых показателей, и выявления пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, в том числе в рамках вторичной профилактики.

Действующей редакцией паспорта федерального проекта результат по проведению популяционной профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний не предусмотрен, в этой связи внесение предлагаемых изменений в раздел 3 паспорта «Результаты» не представляется возможным.

Вместе с тем отмечаем, что согласно пункту 2 Порядка диспансерного наблюдения, диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Таким образом, вышеуказанные функции могут осуществляться в рамках диспансерного наблюдения пациентов.

Также отмечаем, что в рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» реализуется комплекс мероприятий, направленный на развитие системы укрепления общественного здоровья.

По вопросу создания системы мотивации медицинских организаций за достижение целевых показателей.

Приложением к Требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н (далее – Требования), установлены показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи, по результатам оценки которых медицинской организации осуществляются выплаты стимулирующего характера.

С применением данного подхода указанные медицинские организации получают финансирование, зависящее не только от количества прикрепленного населения или количества оказанных услуг, но и от показателей здоровья прикрепленного населения.

Так, например, Требованиями установлены в том числе показатели оценки эффективности работы медицинской организации в части диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий у взрослых с болезнями системы кровообращения.

По вопросу совершенствования борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, обусловленными наследственными патологиями.

В части дополнения Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 07.04.2021 № 404н (далее – Порядок), опросом (анкетированием) лиц с повышенным уровнем холестерина для выявления семейной гиперхолестеринемии, положениями о направлении на углубленное профилактическое консультирование членом семей пациентов с семейной гиперхолестеринемией, отмечаем.

В соответствии с пунктом 16 Порядка профилактический медицинский осмотр включает в себя в том числе анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, выявления отягощенной наследственности и др.

Согласно Порядку, профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно, диспансеризация – 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно, ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан.

Диспансеризация проводится в два этапа. Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния).

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя, в том числе проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья для граждан при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более (пункт 18 Порядка).

Кроме этого, при выявлении у гражданина по результатам профилактического медицинского осмотра высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более гражданин

направляется на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического медицинского осмотра (пункт 21 Порядка).

Согласно пункту 11 Порядка необходимым предварительным условием проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

Вопросы формирования проекта Программы и расширения льготного лекарственного обеспечения в рамках федерального проекта рассмотрены ранее.

По вопросам актуализации клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи.

В соответствии с частью 3 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (далее – МПНКО) по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг.

В этой связи для решения вопроса о внесении изменений в клинические рекомендации просим обращаться в соответствующие МПНКО.

Кроме того, для формирования предложений по содержанию клинических рекомендаций Минздравом России разработан единый портал общественного обсуждения проектов клинических рекомендаций <https://portalcr.minzdrav.gov.ru/>.

В отношении стандартов медицинской помощи необходимо отметить следующее.

В соответствии с частью 14 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

б) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Также сформированные проекты нормативных правовых актов об утверждении стандартов медицинской помощи размещаются для проведения общественного обсуждения на официальном сайте для размещения информации о подготовке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатах их общественного обсуждения regulation.gov.ru.

Все предложения, поступившие в ходе общественного обсуждения, прорабатываются в установленном порядке.

Таким образом, в настоящее время создан механизм учета мнения широкого круга лиц при разработке стандартов медицинской помощи.

По вопросам повышения приверженности лечению со стороны пациентов.

По вопросу разработки специальных образовательных курсов с целью повышения квалификации врачей общей практики, врачей-кардиологов в части взаимодействия с пациентами, вовлечения пациентов в лечебный процесс и повышения приверженности к терапии сообщаем, что обучение по вопросам взаимодействия с пациентами производится в процессе прохождения обучения по программам высшего профессионального образования.

Дополнительно отмечаем, что на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России размещены 77 интерактивных образовательных модулей для врачей и специалистов со средним профессиональным образованием по вопросам формирования коммуникативных навыков, этики и деонтологии (1 398 645 случаев освоения нарастающим итогом), 392 образовательные программы повышения квалификации по указанным вопросам, реализуемые с использованием симуляционного курса или стажировки (19 490 случаев освоения нарастающим итогом), и проведены 275 аккредитованных образовательных мероприятия (11 557 участников).

По вопросу развития института школ пациентов в части включения соответствующих медицинских услуг в стандарты медицинской помощи отмечаем.

В соответствии с частью 14 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций и включает в себя в том числе усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг.

Порядок разработки стандартов медицинской помощи утвержден приказом Минздрава России от 22.02.2022 № 103н.

Одновременно отмечаем, что в настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России проводится работа по актуализации номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н.

В части вопроса применения цифровых систем мониторинга за состоянием здоровья пациента сообщаем следующее.

В рамках мероприятий инициативы «Персональные медицинские помощники», включенной в перечень инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 06.10.2021 № 2816-р, и в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2022 № 2469 «О реализации пилотного проекта по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники» (далее – пилотный проект ПМП) совместно с Государственной корпорацией «Ростех», Минпромторгом России, Росздравнадзором отрабатываются технологии осуществления дистанционного наблюдения с использованием отечественных цифровых медицинских изделий и ИТ-решений, включая информационную систему (платформу) «Персональные медицинские помощники».

Пилотный проект ПМП реализуется в условиях экспериментального правового режима, установленного постановлением Правительства Российской Федерации от 09.12.2022 № 2276 «Об установлении экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций и утверждении Программы экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по направлению медицинской деятельности с применением технологий сбора и обработки сведений о состоянии здоровья и диагнозов граждан в отношении реализации инициативы социально-экономического развития Российской Федерации «Персональные медицинские помощники».

Пилотный проект ПМП проводится в 2023–2024 годах в Иркутской, Новосибирской, Самарской, Тюменской областях, Республике Татарстан и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, а также в медицинских организациях ФМБА России в целях апробации технологий дистанционного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники», медицинских изделий и информационных систем, предназначенных для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов.

Для реализации пилотного проекта сформирована необходимая нормативная и методологическая база, выбраны медицинские изделия и ИТ-решения с высокой

степенью готовности для апробации технологии дистанционного мониторинга пациентов.

Создан прототип информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники», осуществлена его интеграция с медицинскими изделиями и медицинскими информационными системами пилотных субъектов Российской Федерации.

По состоянию на 30.10.2023 9 751 пациент (127 % от плана в 7 715 человек) взяты под дистанционное наблюдение (7 995 человек с артериальной гипертензией и 1 756 человек с сахарным диабетом).