

**Протокол заседания профильной комиссии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
по специальности «кардиология»**

№ 1/2024 от 18 апреля 2024 г.

Место проведения: ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, зал «Павлов» с использованием видеотрансляции.

Видеозапись заседания доступна по ссылке:

<https://box.almazovcentre.ru/index.php/s/QFYFKnxSyzCZau2>

Присутствовали: 113 членов профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «кардиология» (перечень 38 присутствовавших очно представлен в Приложении), 18 экспертов по соответствующим профилям.

Выступления:

1. Состояние кардиологической помощи в субъектах Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республиках Российской Федерации

Докладчик: Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик) – Бойцов Сергей Анатольевич

По данным ЕГР ЗАГС, за I квартал 2024 г. по сравнению с данными I квартала 2019 г. отмечается рост общей смертности в 16 курируемых регионах. Большое влияние на общую смертность и смертность от болезней системы кровообращения (БСК) оказали сопутствующие респираторные инфекции, что доказано предшествующими наблюдениями. Смертность от инфаркта миокарда за первый квартал 2024 г. – без существенной динамики к прошлому году. Смертность от инфаркта миокарда вне стационара на 100 тыс. населения в 8 регионах остается высокой (Забайкальский край, Орловская, Сахалинская, Челябинская, Костромская, Томская, Владимирская области, Приморский край). Обозначены и проанализированы риски недостижения целевых значений показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в первом квартале 2024 г. В 10 курируемых субъектах показатель «больничная летальность от инфаркта миокарда» превышает целевые значения, в 17 курируемых субъектах показатель «больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения» также превышает целевые значения. В 12 курируемых регионах показатель «доля лиц с БСК, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших услугу в рамках диспансерного наблюдения» ниже целевых значений. В 2 курируемых субъектах отмечается риск недостижения целевого показателя «количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях». В 12 субъектах курируемых округов отсутствуют единые консультативно-диспетчерских центры по расшифровке ЭКГ, методической поддержке бригад скорой медицинской помощи (СМП) и маршрутизации больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и другими неотложными состояниями.

В 10 регионах с низкой плотностью населения в маршрутизации задействованы промежуточные этапы эвакуации: преимущественно в регионах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Высокая смертность от хронической ишемической болезни сердца (ИБС) на 100 тыс. населения вне стационаров за период январь-март 2024 г. отмечена в Орловской, Костромской, Белгородской, Новосибирской, Владимирской, Смоленской областях и Еврейской автономной области. Необходимы активные мероприятия

по снижению смертности от хронической ИБС: своевременная диагностика ИБС с современными визуализирующими стресс-тестами, проактивное диспансерное наблюдение с контролем лекарственной терапии и достижением целевых параметров, информирование пациентов о симптомах и порядке действия в случае их проявления. По данным 2023 г., количество стресс-Эхокардиографии на 100 тыс населения проводится: в РФ – 97, в ЦФО – 217, в УФО и СФО – 57, в ДФО – 15. МСКТ коронароангиография наиболее часто проводится в ХМАО.

Проведен сравнительный анализ показателей Мониторинга Минздрава (АСММС) за период январь-февраль 2024 г.: Доля пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), госпитализированных в стационар в ранние сроки от начала заболевания, среднее по РФ – 27,3%, в субъектах ЦФО, УФО, СФО, ДФО – 22,7%, 35,8%, 23,5% и 28,8%, соответственно. Доля пациентов с ОКСпST, госпитализированных в стационар в сроки <12 ч. от начала симптомов, в РФ составляет 71,8%, в субъектах ЦФО и ДФО этот показатель выше среднероссийского значения – 73,2% и 74,4%, соответственно. Доля пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) высокого риска, которым проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), в целом остается низкой, целевой показателей составляет 70%, тогда как в среднем по РФ – 54,8%, самая низкая доля – в СФО (36,9%). Догоспитальный тромболизис в среднем по РФ проводится в 78,7% случаев, в субъектах ЦФО – в 87,6%, а в субъектах УФО, СФО и ДФО – в 75,2, 72,1% и 77%, соответственно; в целом он остается ниже целевого значения (90%). Применением фармакоинвазивной стратегии в среднем по РФ составило 60,2%, в ЦФО – 59,5%, в УФО – 67,8%, ДФО – 72%, самая низкая доля в СФО – 44,5%.

Летальность пациентов с инфарктом миокарда в стране в 2023 г. достигла целевых значений федерального проекта, в региональных сосудистых центрах (РСЦ) за период январь-февраль 2024 г. летальность в РФ составила 8,2%, летальность от инфаркта миокарда в первичных сосудистых отделениях (ПСО) – 10,2%, летальность вне сети РСЦ и ПСО в РФ – 26%. Повторный инфаркт миокарда отмечен в Российской Федерации в 2023 г. в 11 случаях на 100 тыс. населения.

Доля пролеченных пациентов с БСК на терапевтических койках наиболее высокая в регионах СФО (Красноярский край – 65%, Алтайский край – 59%), регионах ДФО (Республика Саха (Якутия) – 76%). В курируемых регионах создана и функционирует трехуровневая система лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН). В 29 курируемых регионах функционируют амбулаторные кабинеты ХСН, наибольшее количество кабинетов ХСН отмечается в Тюменской области – 18, в Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО) – 21, в Тульской области – 24, Новосибирской области – 46, Воронежской области – 47, Липецкой области – 30. В 26 регионах функционируют регистры ХСН. Созданы и функционируют межрайонные центры и Центры ХСН в 26 курируемых регионах.

Рассмотрены объемы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) на 1 млн. населения в 2022 г. в курируемых субъектах: ЧКВ со стентированием в РФ составляет 1887, наибольшая частота в УФО – 2160; аортокоронарное шунтирование в РФ 202, наибольшая частота в УФО – 266; операции на артериях в РФ – 1238, наибольшая частота в ЦФО – 1592; операции на артериях, питающих головной мозг, в РФ – 280, в ЦФО – 324; операции по поводу клапанных пороков сердца в РФ – 91, наиболее высокая частота в СФО – 102,7; катетерная абляция в РФ – 222, в СФО – 388; имплантация ЭКС в РФ – 345, наибольшая частота в ЦФО – 372.

В целом охват диспансерным наблюдением (ДН) пациентов с БСК в РФ составил 71,6%, наименьший уровень охвата ДН отмечен в субъектах ДФО – 66,3% случаев, низкий уровень охвата ДН остается в ЦФО и УФО.

В поликлиниках на базе областных больниц и кардиодиспансеров проводится проактивное консультирование, в том числе телемедицинское сопровождение ДН в 23 регионах. Созданы кабинеты высокого риска для регулярного ДН в условиях выраженного кадрового дефицита врачей-терапевтов участковых, наибольшее количество таких кабинетов – в Московской области. В 31 регионе проводится работа фельдшеров ФАП по вовлечению в ДН, сестринскому патронажу пациентов с ССЗ высокого риска, в том числе с ХСН. Необходимо организовать в регионах правильное взаимодействие по лекарственному обеспечению, в

настоящее время существуют 3 источника обеспечения бесплатными лекарственными препаратами больных с ССЗ на амбулаторном этапе.

С целью развития кардиореабилитации необходимо создавать реабилитационные отделения на базе региональных сосудистых центров (РСЦ) (при наличии резерва коечного фонда) или на базе других стационаров, формирование системы раннего перевода пациентов после ОКСпСТ, кардиохирургических операций на реабилитацию для снижения нагрузки на кардиологические койки и персонал РСЦ, кардиохирургических отделений с целью увеличения доступности специализированной помощи при острых ССЗ, а также создание 3 этапа реабилитации, санаторно-курортного лечения для профилактики внезапной сердечной смерти и ХСН.

В ДНР и ЛНР в отчетном периоде проводилась работа по согласованию территориального планирования и развитию сети ПСО и РСЦ до 2026 г. Разработана маршрутизация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, начата программа выездных образовательных циклов для врачей кардиологов, терапевтов, врачей Скорой помощи, разработан план мероприятий работы ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» с новыми субъектами РФ на 2024 г., разработаны «дорожные карты» по совершенствованию профильной медицинской помощи на период 2024–2026 гг. Согласована потребность в лекарственных препаратах в рамках льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого сердечно-сосудистого риска на 2024 г. Согласован перечень медицинского оборудования для приобретения в приоритетном порядке с целью оснащения / переоснащения ПСО и РСЦ в 2025 г.

Доля выполненных ЧКВ с лечебной целью при ОКС: в ДНР – 37%, в ЛНР – 10% (при целевом значении – 70%). Доля ТЛТ при ИМпСТ от должного: в ДНР – 10%, в ЛНР – 18% (целевое значение – 90%). Доля случаев ИМ (I21-I22), первично доставленных в ПСО и РСЦ: в ДНР – 21,8%, в ЛНР – 25,2% (целевое значение – 97%)

Госпитальная летальность от острого и повторного инфаркта миокарда выше, чем в среднем по РФ, в обеих республиках. В настоящее время идет становление статистического учета, в субъектах пока отсутствует возможность автоматического подсчета случаев медицинской помощи.

Среди приоритетных задач на 2024 г.: снижение смертности населения от болезней системы кровообращения, достижение показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», выполнение мероприятий региональных программ; создание в соответствии с приказом Минздрава России от 21.01.2022 №19н на базе республиканских, краевых, областных больниц или кардиологических диспансеров координационно-методических центров по контролю и сопровождению оказания медицинской помощи, в том числе больным с БСК в городских больницах, ЦРБ и в поликлиниках, в том числе в режиме регулярного телемедицинского консультирования; создание в каждом регионе единого консультативно-диспетчерского центра по расшифровке ЭКГ, методической поддержке бригад СМП и маршрутизации больных с ОКС и другими неотложными состояниями; наличие единой региональной МИС, позволяющей формировать региональные нозологические регистры пациентов с регулярным анализом качества оказания им медицинской помощи на предмет соответствия клиническим рекомендациям, в том числе в муниципальном разрезе.

Важнейшая функция главных кардиологов регионов будет состоять в непрерывном контроле качества оказания медицинской помощи, в том числе с использованием возможностей медицинских информационных систем.

2. Состояние кардиологической помощи в субъектах Северо-Кавказского, Северо-Западного, Приволжского, Южного федеральных округов, Херсонской и Запорожской областях Российской Федерации

Докладчик: Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Северо-Западного, Приволжского, Северо-Кавказского, Южного федеральных округов, Запорожской и Херсонской областей) – Шляхто Евгений Владимирович

Продолжая анализировать показатели смертности от болезни кровообращения за 2022-2023 годы, мы должны отметить результативность работы кардиологической службы в страны. Представлены достижения работы кардиологической службы в курируемых округах в 2023 году по сравнению с 2019 годом в аспекте территориального планирования, стационарной и амбулаторной помощи, лекарственного обеспечения, кадрового обеспечения, информатизации и телемедицины. В Запорожской и Херсонской областях проведена реорганизация кардиологической службы с существенной положительной динамикой. В 2024 году подъем смертности от БСК, вероятно, связан со многими причинами, в том числе с фактором стресса. При этом появляется риск недостижения целевых показателей, на которые следует регионам обратить внимание.

Для решительных кардинальных изменений требуется доработка региональных программ, над чем мы совместно с регионами работаем. Важны аналитическая трансформация регионов, бенчмаркинг показателей эффективности медицинской помощи при БСК на уровне районов, изменение подходов к формированию схем маршрутизации, обновление порядка маршрутизации пациентов с БСК, территориальное планирование развития сети РСЦ с учетом плотности населения, заболеваемости, а также планов по дооснащению медицинским оборудованием, бенчмаркинг деятельности отдельных стационаров региона, совершенствование оказания медицинской помощи и поиска лучших практик, построение модели управления сердечно-сосудистыми рисками, анализ работы амбулаторной службы, кадрового обеспечения и мероприятий по устранению кадрового дефицита, льготного лекарственного обеспечения, комплексный многофакторный анализ текущей ситуации по системе SWOT. Представлены типовые замечания к проектам актуализированных региональных программ «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» с акцентом на использование в работе возможностей ВИМИС ССЗ.

По-прежнему много внимания уделяется медицинской помощи при ОКС, поскольку путь у порядка трети пациентов не соответствует идеальному, что вносит вклад в летальность. Для понимания ситуации необходимы данные и оперативная аналитика. Мы работаем над внедрением в регионах аналитических дашбордов по движению пациентов с ОКС на всех этапах оказания медицинской помощи. Несмотря на положительную динамику, остается ряд резервов в улучшении маршрутизации на уровне региона и внутригоспитально, в повышении доли фармакоинвазивного подхода для пациентов с ОКСпST (представлен перечень регионов, где показатель менее 70%, целевое значение – 90%), увеличении качества стентирования, которое существенно влияет на судьбу пациента в отношении тромбоза стента и повторных событий. Важно обеспечение системами визуализации коронарных артерий, поскольку при неправильном позиционировании стента смертность от инфаркта миокарда в три раза выше. Для улучшения эффективности медицинской помощи при острых состояниях перспективно создание шоковых центров или центров лечения критических состояний, что способствует снижению количества используемых инотропных препаратов, частоты и длительности искусственной вентиляции легких, механической поддержки кровообращения, длительности пребывания в реанимации и снижению госпитальной летальности до 30%. Впечатляющим примером в этом отношении является город Москва.

Конечно, мы должны говорить о профилактике. Сегодня всё характеризуется «сдвигом влево» в сторону примордиальной профилактики, в сторону профилактики развития сердечно-сосудистых факторов риска. По всем четырём федеральным округам мы видим неплохую картину, выделяется только Приволжский федеральный округ, где и уровень нарушений липидного обмена и распространенность других факторов риска, артериальной гипертензии и ожирения, значительно выше. Наша совместная задача с руководством регионов и с федеральными и окружными главными специалистами посмотреть, как изменить ситуацию, потому что высокий уровень факторов риска неизбежно приведёт к дальнейшему увеличению заболеваемости и смертности от БСК. Мы очень рассчитываем на то, что в будущем нам помогут разрабатываемые, в том числе с помощью искусственного интеллекта, полигенные шкалы риска и использование приложений, которые помогают сформировать индивидуальное

ведение конкретного пациента в части физической активности, питания, прогноза. В рамках совершенствования помощи целевым группам почти в каждом курируемом регионе есть специализированные программы для пациентов с ХСН, дислипидемией, фибрилляцией предсердий (ФП) и резистентной артериальной гипертензией. Новыми приоритетными группами с точки зрения растущей распространенности мультифокального атеросклероза и потенциального снижения смертности при своевременной диагностике и интенсификации терапии являются пациенты с поражением аорты, брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей, подвздошных артерий. Очень важный фактор для выявления пациентов групп риска – это доступность амбулаторной помощи и доступность инструментальных исследований сердечно-сосудистой системы. К сожалению, довольно много регионов с небольшими показателями доли пациентов, состоящих на диспансерном учёте, и доли пациентов, направленных на 2 этап диспансеризации. Аналогично, есть регионы с небольшим числом амбулаторных посещений на 1 занятую ставку врача-кардиолога и небольшим числом эхокардиографии.

Наблюдаются удовлетворительные показатели реализации программы льготного лекарственного обеспечения, регистрируется рост обеспеченности терапией основными группами препаратов, достигнуто целевое значение показателя «Доля лиц, которые перенесли ОНМК, ИМ, а также которым были выполнены АКШ, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция, бесплатно получавших необходимые препараты» в 2023 году (в 2024 году оперативное значение показателя 94%). Особого внимания заслуживает развитие телемониторинга, поскольку это направление может быть эффективным, особенно для пациентов с ХСН, и может снизить общую смертность на 16% и повторные госпитализации до 20%. Вместе с партнерами мы реализуем проекты с удаленным мониторингом для совершенствования наблюдения пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. Главная задача для нас – повысить эффективность лекарственного обеспечения, повысить приверженность пациентов и добиться их активного вовлечения в программу и удержания в ней, чтобы повысить и экономическую, и социальную эффективность, и существенно снизить смертность. Мы очень рассчитываем на формирование системы управления рисками в каждом курируемом регионе и на центры управления рисками, которые возьмут на себя функцию управления и мониторинга реализации региональных программ снижения смертности от БСК, для этого формируется нормативная база.

В отношении кадрового обеспечения по интегральному индексу обеспечения кадрами по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия» отдельные регионы в зоне «риска». Проблемы касаются в основном диагностических служб, реанимации, скорой помощи и амбулаторного звена. Актуализированная версия профессионального стандарта врача-кардиолога, который находится на рассмотрении в Минтруде, позволит нам ввести новые обобщенные трудовые функции по функциональной диагностике, неотложной помощи и интервенционных вмешательств. Очень важной задачей сегодня является развитие института лидерства, поскольку от лидеров зависит инновационное развитие в регионах, внедрение новых методов диагностики и лечения в реальную жизнь, формирование командного подхода, решение проблемы дефицита кадров и привлечения студентов и молодых специалистов.

Вместе с Сергеем Анатольевичем Бойцовым мы работаем над порядком оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Получены замечания со стороны Минздрава России, которые мы устранили. Надеемся, что в этом году мы завершим работу, и новый порядок станет основой для новой итерации региональных программ. В 2024 году ключевыми задачами в рамках обновления региональных программ являются анализ текущей ситуации и мероприятия – по обеспечению получения оперативной информации по показателям, отражающим оказание медицинской помощи и исходы при БСК, по территориальному планированию и развитию инфраструктуры, по улучшению кадрового обеспечения, по улучшению ведения пациентов с сердечно-сосудистой патологией на амбулаторном этапе и стратегическому планированию. Это важно, чтобы понимать текущие и будущие объемы помощи, мониторить качество и формировать индивидуальный план

развития специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи при БСК в регионе.

3. Актуальные предложения по развитию кардиологической службы

Докладчики:

Главный внештатный специалист кардиолог Уральского федерального округа – Рейтблат Олег Маркович

Широкому внедрению стресс-эхокардиографических исследований в отдельных регионах препятствует отсутствие тарифов на оплату данного исследования в амбулаторном звене. Аналогичная ситуация складывается с дистанционным амбулаторным наблюдением пациентов с имплантированными кардиостимуляторами, проведением внутрикoronарного ультразвукового исследования и определением фракционного резерва кровотока без сопутствующего выполнения интракоронарных вмешательств. Необходимо видоизменять в сторону увеличения тарифные решения по стационарному лечению пациентов с ХСН. Целесообразно рассмотреть вопрос о включении в программу федерального бесплатного лекарственного обеспечения лиц с резидуальной легочной артериальной гипертензией после перенесенной тромбоэмболии лёгочной артерии. Следует продолжать усилия по внесению гипополипидемического средства эзетимиба в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, что позволит включить его в перечень для бесплатного лекарственного обеспечения лиц с высоким сердечным риском, и сохранять дополнительно не менее 5-8 тыс. жизней в год.

Главный внештатный специалист кардиолог Северо-Кавказского федерального округа – Туаева Ирма Борисовна

Северокавказский федеральный округ всегда был округом с наименьшим показателем смертности от БСК и наибольшей продолжительностью жизни. Тем не менее, в первом квартале 2024 года у нас также зарегистрирован рост показателя, хотя в последние недели он снижается, но не достиг уровня конца 2023 года.

Обращает внимание разброс в значениях показателя смертности от БСК между регионами более чем в 7 раз. Для преодоления проблемы кодирования целесообразна разработка методических рекомендаций или согласительных документов совместно со специалистами смежных специальностей – онкологами, эндокринологами, другими.

В рамках федеральной программы государственных гарантий необходимо изменение федеральных тарифов на оказание медицинской помощи при ХСН поскольку для данной нозологии действуют понижающие тарифы, и выделение отдельного тарифа на стресс-эхокардиографию, которая требует отдельных временных и финансовых затрат и сопряжена с определенными рисками.

В рамках программы льготного лекарственного обеспечения мы говорим о пациентах с уже перенесенными событиями, однако основные «поставщики» данных событий – это артериальная гипертензия и дислипидемия. Важно стремиться, чтобы, если врач выписывает препарат для лечения этих состояний, пациенты также получали льготные препараты для предотвращения серьезных сосудистых событий и ХСН. Для инвалидов важно предусмотреть, если это возможно, невозможность отказа от медикаментозного обеспечения в социальном пакете. Также у нас остались вне поля зрения пациенты после вмешательств по поводу врожденных и приобретенных пороков сердца, которые нуждаются в постоянной медикаментозной поддержке.

И по аналогии с эндокринологами и школами для больных с сахарным диабетом с отдельными объемами и оплатой, нам, конечно, нужны школы для пациентов с артериальной

гипертензией, ХСН, ФП и другими состояниями, чтобы доносить до наших пациентов что это пожизненное лечение, а не курсовой прием.

Главный внештатный специалист кардиолог Дальневосточного федерального округа – Шевцов Борис Петрович

Для устранения кадрового дефицита врачей-кардиологов амбулаторного звена целесообразна проработка вопроса о возможности подготовки медицинских сестер с высшим образованием для работы с кардиологическими больными в первичном звене здравоохранения. Совершенствование медицинской помощи при ХСН обусловлено задержкой актуализации клинических рекомендаций и обновлением соответствующих стандартов диагностики и лечения. Одной из ведущих причин недостаточно эффективного гиполипидемического лечения в повседневной практике является отсутствие в списке жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов современных препаратов розувастатина и эзетимиба. На федеральном уровне не решен вопрос возможности лекарственного обеспечения пациентов высокого риска при выписке из стационаров сроком на 1—2 мес. с последующим переходом на обеспечение в условиях диспансерного наблюдения. Устранение этих пробелов позволит повысить доступность, качество и преемственность современного лечения и сохранять ежегодно не менее 2—5 тыс. жизней. Для улучшения диспансерного наблюдения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо повышать роль кардиологических диспансеров в тех регионах, где они имеются и создавать их в медицинских организациях 3 уровня в случае отсутствия.

Главный внештатный специалист кардиолог Приволжского федерального округа – Галявич Альберт Сарварович

Хотелось бы обратить внимание на несколько цифр. В частности, смертность от БСК в 7 регионах ПФО еще не снизилась до показателя 2019 года. Четыре основных компонента кардиологической службы: кадры, осведомленность населения, оборудование, лекарства. Я остановлюсь на проблеме кадрового обеспечения. Из 100% пациентов с БСК госпитализируется только 1%. Однако на примере Приволжского федерального округа, в стационарах работает в 1,5 раза больше кардиологов, чем в амбулаторных условиях. Для обеспечения эффективного контроля сердечно-сосудистых заболеваний при невозможности создания новых ставок врачей-кардиологов необходимо обучать врачей терапевтов основным нозологиям: артериальная гипертензия, ИБС, ХСН, ФП. Это требует серьезного обсуждения. С терапевтической службой у нас общая задача по снижению смертности населения. Возможно, стоит провести совместную профильную комиссию кардиологической и терапевтических служб, поскольку с учетом значений показателей кадровой обеспеченности нам крайне сложно будет выполнить поставленные задачи.

Главный внештатный специалист кардиолог Центрального федерального округа – Проваторов Сергей Ильич

Имеется несовершенство нормативной базы, регламентирующей льготное лекарственное обеспечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда, стентирование коронарных артерий. Алгоритм льготного обеспечения, указанный в приказе № 37н (прим. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.02.2024 №37н "Об утверждении перечня лекарственных препаратов в целях обеспечения в амбулаторных условиях лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда,

страдающих ИБС в сочетании с ФП и ХСН с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний") и условия постановления на диспансерное наблюдение в соответствии с приказом Минздрава России №168н 15.03.2022 "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" не позволяют легитимно обеспечить непрерывность льготного лекарственного обеспечения, в связи с чем в регионах льготные препараты не выдаются пациентам непосредственно при выписке из стационара, что может приводить к прерыванию терапии и повышению риска осложнений. Требуется доработать федеральную нормативную базу для устранения этого недостатка. Диспансерное наблюдение врачом-кардиологом пациентов, перенесших острый коронарный синдром, существенно улучшает отдаленный прогноз, однако, кадровый дефицит в большинстве регионов не позволяет обеспечить его в полной мере. В настоящее время является актуальным внедрение дистанционного диспансерного наблюдения врачами кардиологических диспансеров с доработкой нормативной базы по организации данного процесса. Особенности кодирования причин смерти умерших в стационаре от инфаркта миокарда с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, онкологические заболевания, бронхиальная астма приводят к искажению статистики, в частности показателя летальности от инфаркта миокарда, что необходимо учитывать при анализе данного параметра. Протоколы заключений эхокардиографических исследований в большинстве региональных медицинских информационных систем представлены в форматах, не позволяющих структурировать и анализировать данные, что затрудняет формирование статистических сведений о группах больных со сниженной фракцией выброса (40% и менее). Необходимо провести работу по внедрению цифровых полей для основных показателей эхокардиографии в региональных медицинских информационных системах.

Главный внештатный специалист кардиолог Южного федерального округа – Хрипун Алексей Валерьевич

В отношении проблемы кодирования причин смерти в нашем регионе мы в большей степени сталкиваемся с проблемой кодирования инфаркта миокарда 2 типа в хирургических и других непрофильных отделениях.

Хотелось бы обратить внимание на льготное лекарственное обеспечение. На текущий момент мы не можем полностью реализовать рекомендации и стандарты ведения пациентов с БСК в части назначения эзетимиба и препаратов для генно-инженерной терапии. Данные препараты отсутствуют в льготном лекарственном обеспечении.

Отдельная проблема – кадровый дефицит и подготовка кадров. Мы отмечаем дефицит специалистов на уровне амбулаторного звена, мы наблюдаем переток специалистов в малые города или в частные медицинские структуры. К сожалению, мы не видим статистики по частным структурам, хотя они оказывают медицинскую помощь по ОМС, и не понимаем, как организовано взаимодействие между частными и государственными организациями.

И касательно специализированных липидных кабинетов и кабинетов ХСН. В нашем регионе территориальный фонд ОМС не готов выделять отдельный тариф без согласования с федеральным фондом. И в рамках взаимодействия, нам было бы проще, если бы были методические рекомендации для субъектов.

На первый план сегодня выходит проблема ФП, в связи с чем в рамках сосудистой программы отдельного внимания заслуживают высокотехнологичные методы лечения нарушений ритма сердца.

Главный внештатный специалист кардиолог Сибирского федерального округа – академик РАН Барбаш Ольга Леонидовна

Требует решения дифференциация тарифов для ультразвукового исследования при стандартной процедуре и при стресс-эхокардиографии. Необходимо доработать подходы к оплате данных медицинских услуг с учетом затрат времени на выполнение исследований. Также, для медицинских учреждений, имеющих возможность выполнять эхокардиографию с фармакологической и физической нагрузкой, можно рассмотреть установление плановых объемов проводимых исследований. Низкая величина тарифов на оплату лечения ХСН в рамках клинико-статистических групп не позволяет в полной мере покрыть расходы медицинских организаций на обследование и лечение. Необходима доработка этого тарифа с введением дополнительных классификационных критериев в группировке клинико-статистических групп, позволяющих учитывать оказание медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью. Имеется несовершенство механизмов оплаты медицинских услуг, оказанных пациентам региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, обследованных в приемных покоях стационара, но не госпитализированных из-за отсутствия показаний. Оплата производится по тарифу посещения в неотложной форме и при исключении диагноза «острый коронарный синдром» или «острое нарушение мозгового кровообращения» региональный сосудистый центр и первичные сосудистые отделения несут большие затраты по отказным пациентам. Необходимо изменить подход к оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), определить комплекс услуг по профилям кардиология, неврология, выполняемых в приемном покое медицинских учреждений, в целях подтверждения диагноза, для пациентов, госпитализация которых по различным причинам не состоялась. Оценка фракционного резерва кровотока и внутрисосудистого ультразвука погружена исключительно в диагностическую процедуру коронароангиографии. Вместе с тем необходимость этих манипуляций существует и при лечебных вмешательствах, в связи с чем, необходимо ввести тариф для оплаты в таких случаях. Ошибки при использовании МКБ-10 для построения логической последовательности и выбора первоначальной причины смерти при оформлении медицинского свидетельства о смерти нередко приводит к искажениям в статистической структуре смертности. Необходимо делегирование оформления всех медицинских свидетельств о смерти отдельным структурным подразделениям с целью формирования единого, соответствующего МКБ-10, подхода к кодированию и получения достоверных статистических данных о причинах смертности населения. Длительный период утверждения обновленных рекомендаций Российского кардиологического общества по основным направлениям затрудняют использование новых подходов к лечению. Пример – исключение на догоспитальном этапе лечения пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST второго антиагреганта и антикоагулянта. Максимально оперативное введение в действие обновленных рекомендаций позволит изменить подходы к догоспитальному лечению острого коронарного синдрома и других сердечно-сосудистых заболеваний. Для совершенствования контроля за соблюдением целевых показателей эффективности лечения и профилактики целесообразно ввести отдельно коды I.50 (сердечная недостаточность) и I.48 (ФП) в отчетную форму статистического наблюдения № 12. Учитывая необходимость перераспределения зон ответственности по ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями между врачебным персоналом и средним медицинским персоналом, целесообразно предусмотреть национальные рекомендации для среднего медицинского персонала (в т.ч. фельдшеров) по основным заболеваниям сердечно-сосудистой системы, или дополнить существующие разделом соответствующим блоком. Рекомендованное в ряде случаев репрофилирование стационарных терапевтических коек центральных районных больниц в кардиологические приводят к необходимости возмещения затрат на дооснащение и лицензирование, которых не предусматриваются региональными бюджетами. Необходимо рассмотреть вопрос внесения в «Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» положения об упрощенной возможности репрофилирования коек. Сохранение в федеральном проекте и в региональных программах целевого показателя «Количество эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях» не представляется

целесообразным, так как предопределяет необходимость выполнения вмешательств без обеспечения правил оценки показаний и противопоказаний к их проведению.

**Главный внештатный специалист кардиолог Северо-Западного федерального округа –
Конради Александра Олеговна**

Хочется подчеркнуть, что смертность населения лишь на 15% определяется медицинской помощью. Например, смертность от БСК в Псковской области в 2 раза выше, чем смертность в регионах СКФО и некоторых других регионах. Однако это не означает, что система здравоохранения в Псковской области многократно хуже. Напротив, работают все хорошо, а различия связаны в основном не с медициной, а с другими факторами, и даже не стрессом и не с парамедицинскими факторами. Мы провели исследование, в котором показали, что кадровое обеспечение врачами кардиологами также не связано с уровнем смертности. Нам нужно обращать внимание на терапевтов, на профилактику, в первую очередь на проблемы артериальной гипертензии, ожирения, метаболического синдрома, сахарного диабета, воспаления. И мы должны лучше понимать потребности практического здравоохранения. Мы вводим для врачей и главных врачей многие целевые показатели, однако это избыточная нагрузка на систему здравоохранения, и система быстро к ним адаптируется. Либо у нас есть надежная система сбора информации, либо пока единственный показатель уровня региона – это показатель общей смертности.

Также поддержку коллег в отношении изменения тарифов. Лечение пациентов с БСК, например, с ХСН, должно быть рентабельным, ну или хотя бы не убыточным, для медицинской организации.

4. Текущий статус актуализации порядка оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях

Докладчик: заместитель генерального директора ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России по работе с регионами, секретарь профильной комиссии Минздрава России по специальности «кардиология» Звартау Надежда Эдвиновна

На заседании профильной комиссии в декабре 2023 года, мы отмечали, что отправили согласованную версию Порядка в Минздрав России и получили ответ с замечаниями. За последний квартал проведена работа по их максимально возможному устранению. Аргументирована необходимость сохранения положения о маршрутизации в документе. Доработаны приложения по стандарту оснащения с указанием кодов и наименований видов номенклатурной классификации медицинских изделий. Отдельное замечание касалось изменений штатных нормативов и возможным риском усиления дефицита кадров. Мы постарались обозначить, что изменения не приведут к ухудшению кадрового обеспечения и не вызовут усугубления дефицита, наоборот, мы сможем даже улучшить ситуацию с кадровым обеспечением кардиологической службы. Поскольку по мере согласования редакции порядка сменился главный внештатный специалист по анестезиологии и реаниматологии, все позиции по данному направлению были также дополнительно с ним согласованы. Удалось прийти к консенсусу с профильными НМИЦ и главными внештатными специалистами, которые выразили свое согласие с актуализированной версией документа. Единственное, что не удалось согласовать с главным штатным специалистом по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, это вопрос по стационарному коечному фонду и по амбулаторному кабинету по данному направлению. Эти позиции мы обозначили как несогласованные. 22.02.2024 обновленная редакция документа отправлена в Минздрав России. Документ находится на рассмотрении, ответа дополнительного мы пока не получали.

В обсуждении докладов приняли участие: сопредседатели профильной комиссии С.А. Бойцов и Е.В. Шляхто, главные внештатные специалисты кардиологи округов и субъектов Российской Федерации.


По результатам заслушанных докладов и их обсуждения постановили:

1. Одобрить регламент проведения заседания профильной комиссии Минздрава России по специальности «кардиология».
2. Принять к сведению информацию о итогах реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2023 году и о ходе реализации и задачах в 2024 году. Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации в срок до 29.04.2024 г. завершить актуализацию и согласование с профильными главными специалистами и национальными медицинскими исследовательскими центрами региональных программ «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»
3. Главным специалистам субъектов Российской Федерации совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения обеспечить достижение целевых показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2024 году. Совместно с главными внештатными специалистами терапевтами обеспечить в течение 2024 г. обучение амбулаторных специалистов, оказывающих медицинскую помощь при БСК, по программам дополнительного профессионального образования, касающихся артериальной гипертензии, дислипидемии, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточности. В срок до 01.07.2024 г. совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения проработать вопрос возможности привлечения к ведению пациентов с БСК на различных этапах оказания медицинской помощи специалистов со средним медицинским образованием. В соответствии с перечнями мероприятий региональных программ обеспечить в течение 2024 г. реализацию мероприятий по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе числа лиц, прошедших профессиональный осмотр и диспансеризацию, обеспечение контроля факторов риска, формирование системы ответственного отношения пациента к своему здоровью), увеличению охвата диспансерным наблюдением пациентов с установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с «Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», повышению внутреннего контроля качества медицинской помощи, внедрению и соблюдению клинических рекомендаций, непрерывности и преемственности лечения на всех этапах, развитию и улучшению доступности специализированной и высокотехнологичной помощи.
4. Главным специалистам субъектов Российской Федерации совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения в течение 2024 г. обеспечить реализацию мероприятий региональных программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с особым акцентом на мероприятия по внедрению клинических рекомендаций по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в практическую деятельность медицинских организаций всех уровней регионального здравоохранения.
5. Принять к сведению информацию о ходе актуализации Порядка оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и согласовать новую редакцию

документа. Секретариату профильной комиссии обеспечить вынесение на общественное обсуждение замечаний Минздрава России к последней версии проекта в случае их появления и своевременное согласованное формирование аргументированных предложений и изменений его содержания в случае необходимости.

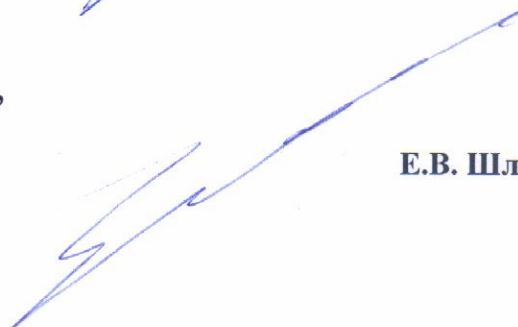
6. Продолжить работу по совершенствованию программы лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» с улучшением показателей охвата и удержания в программе пациентов целевых групп. Принять к сведению информацию об отсутствии ряда рекомендованных лекарственных препаратов в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Согласовать предложения по вопросу потенциального расширения программы в сторону пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с другими заболеваниями высокого и очень высокого риска.
7. Главным внештатным специалистам кардиологам федеральных округов совместно с главными специалистами кардиологами субъектов этих округов в срок до 31.05.2024 г. провести сбор, анализ, обработку и представление в Секретариат профильной комиссии обоснованных консолидированных предложений в федеральный фонд обязательного медицинского страхования по изменениям в способах оплаты медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью за счет средств обязательного медицинского страхования. Ввиду неизбежно высокой частоты повторных госпитализаций у пациентов с БСК, осложнившимися развитием сердечной недостаточности, рекомендовать региональным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения проработать с территориальными фондами обязательного медицинского страхования возможность формирования отдельных тарифов на законченный или прерванный случаи госпитализации по поводу сердечной недостаточности и необходимые для этого условия.
8. Секретариату профильной комиссии Минздрава России по специальности «кардиология» в срок до 30.04.2024 г. обеспечить распространение информационных материалов настоящего заседания среди ее участников.
9. Главным внештатным специалистам субъектов РФ совместно с руководством региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения в срок до 01.06.2024 г. рассмотреть необходимость и возможность проведения заседаний тарифных комиссий региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья с целью совершенствования региональных тарифов на оплату медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях.

**Главный внештатный специалист
кардиолог Минздрава России в
субъектах ЦФО, УФО, СФО, ДФО,
Донецкой и Луганской Народных
Республиках Российской Федерации**



С.А. Бойцов

**Главный внештатный специалист
кардиолог Минздрава России в
субъектах СЗФО, СКФО, ЮФО, ПФО,
Херсонской и Запорожской областях
Российской Федерации**



Е.В. Шляхто

Приложение
к протоколу заседания профильной
комиссии Министерства здравоохранения
Российской Федерации по специальности
«кардиология» № 1/2024 от 18 апреля 2024 г.

Список членов профильной комиссии, присутствовавших на заседании 18.04.2024 г.

№	ФИО	Должность
1	Алексенко Алексей Владимирович	заведующий оргметодотделом ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша», главный внештатный специалист кардиолог Кемеровской области;
2	Богданова Татьяна Михайловна	заведующий кардиологической службой государственного учреждения здравоохранения «Областной клинический кардиологический диспансер», заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Саратовской области;
3	Бойцов Сергей Анатольевич	генеральный директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сопредседатель);
4	Виллевальде Светлана Вадимовна	начальник службы анализа и перспективного планирования Управления по реализации федеральных проектов, заведующая кафедрой кардиологии ИМО федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
5	Дуничева Оксана Витальевна	главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Новосибирской области;

6	Дупляков Дмитрий Викторович	заместитель главного врача по медицинской части государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова», заведующий кафедрой пропедевтической терапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Самарской области;
7	Зваргау Надежда Эдвиновна	заместитель генерального директора по работе с регионами, начальник Управления по реализации федеральных проектов федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
8	Золотова Юлия Владимировна	врач-кардиолог кардиологического диспансера государственного автономного учреждения здравоохранения «Оренбургская областная клиническая больница имени В.И. Войнова», главный внештатный специалист кардиолог Оренбургской области;
9	Катаева Кермен Батаевна	заместитель главного врача по медицинской части бюджетного учреждения Республики Калмыкия «Республиканская больница им. П.П. Жемчужева», главный внештатный специалист кардиолог Республики Калмыкия;
10	Ковалева Наталья Витальевна	заведующая отделением кардиологии федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медико-биологический центр им. А.И.Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, главный внештатный специалист по кардиологии Федерального медико-биологического агентства России;
11	Конради Александра Олеговна	заместитель генерального директора по научной работе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Северо-Западного федерального округа;
12	Костина Ксения Сергеевна	заместитель главного врача по терапевтической помощи, врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница», ассистент кафедры госпитальной терапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Архангельской области;
13	Кузуб Алина Александровна	заместитель главного врача по региональному сосудистому центру государственного бюджетного учреждения здравоохранения Псковской области «Псковская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Псковской области;

14	Кулибаба Елена Викторовна	заведующая кардиологическим отделением для больных с острым коронарным синдромом с палатой реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области, главный внештатный специалист кардиолог Владимирской области;
15	Ломовцева Резеда Хамидовна	первый заместитель главного врача, заместитель главного врача по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, врач-кардиолог государственного областного бюджетного учреждения здравоохранения «Новгородская областная клиническая больница»; главный внештатный специалист кардиолог Новгородской области;
16	Львов Вадим Эдмонович	руководитель регионального сосудистого центра, врач кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ленинградская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ленинградской области;
17	Малафеев Андрей Викторович	заместитель главного врача по терапевтической помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Карелия «Республиканская больница им. В.А. Баранова», главный внештатный специалист кардиолог Республики Карелия;
18	Мальцев Станислав Геннадьевич	заместитель главного врача, руководитель Регионального сосудистого центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Калужская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Калужской области;
19	Мешкова Мария Анатольевна	заместитель главного врача по кардиологии государственного учреждения здравоохранения «Липецкая областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Липецкой области;
20	Недогода Сергей Владимирович	заведующий кафедрой внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
21	Недошвин Александр Олегович	учёный секретарь федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
22	Принтс Юлия Шамилевна	заведующая кардиологическим отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», главный внештатный специалист кардиолог Тюменской области;
23	Проваторов Сергей Ильич	ведущий научный сотрудник отдела легочной гипертензии и заболеваний сердца Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Центрального федерального округа;

24	Рабинович Роберт Михайлович	заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница» Министерства здравоохранения Тверской области, доцент кафедры госпитальной терапии Тверского ГМУ, главный внештатный специалист по неотложной кардиологии Минздрава Тверской области;
25	Рачкова Светлана Алексеевна	главный врач областного бюджетного учреждения здравоохранения «Кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Ивановской области;
26	Рейтблат Олег Маркович	начальник Регионального сосудистого центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области "Областная клиническая больница №1", главный внештатный специалист кардиолог Уральского федерального округа;
27	Самохвалов Евгений Владимирович	заведующий кардиологическим отделением № 4 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Красноярского края по острому коронарному синдрому;
28	Сорокин Евгений Владимирович	руководитель научно-организационного отдела федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (секретарь);
29	Урванцева Ирина Александровна	главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», главный внештатный специалист кардиолог Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;
30	Устюгов Сергей Александрович	заведующий кардиологическим отделением № 3 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Красноярского края;
31	Филиппов Евгений Владимирович	заведующий кафедрой поликлинической терапии и профилактической медицины федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Рязанской области;
32	Хлудеева Елена Альфредовна	заведующая региональным сосудистым центром государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Приморская краевая клиническая больница № 1», главный внештатный специалист кардиолог Приморского края;

33	Храмцова Наталья Анатольевна	заведующая отделением кардиологии для больных с острым коронарным синдромом ГБУЗ ИО «Областная клиническая больница», профессор кафедры терапии ИГМАПО Минздрава России главный внештатный специалист кардиолог Иркутской области;
34	Черепенин Сергей Михайлович	заведующий кардиологическим отделением №1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Челябинской области;
35	Шестова Ирина Игоревна	врио главного врача государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Городская больница № 13 г. Тулы», главный внештатный специалист кардиолог Тульской области;
36	Шляхто Евгений Владимирович	генеральный директор федерального государственного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог (Северо-Западного, Приволжского, Южного, Северо-Кавказского федеральных округов, Херсонской и Запорожской областей) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сопредседатель);
37	Язиков Денис Николаевич	заведующий отделением кардиологии с ПРИТ сосудистого центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области», главный внештатный специалист кардиолог Калининградской области;
38	Яковлев Алексей Николаевич	начальник службы по развитию регионального здравоохранения Управления по реализации федеральных проектов федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;