В.Скворцова: Уважаемый Владимир Владимирович! Уважаемые коллеги!

Мы видим, что первичная медико-санитарная помощь – это основа всей системы оказания медицинской помощи, и вклад в здоровье каждого человека не менее 60 процентов оказывает «первичка».

Хотелось бы сказать, что в нашей стране первичная медико-санитарная помощь максимально приближена к месту жительства, работы или учёбы граждан. Основной принцип её формирования участково-территориальный. Оказывается, она в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара, может оказываться в неотложной форме и в зависимости от квалификации медицинских работников делится на доврачебную, врачебную и первичную специализированную.

За прошедшие четыре года, с 2014 года, инфраструктура первичной помощи расширилась почти на две тысячи подразделений, превысив 60 тысяч подразделений, преимущественно за счёт поликлинических отделений центральных районных, районных и участковых больниц.

В системе работает более 305 тысяч врачей. С 2014 года на четыре тысячи число врачей увеличилось, в том числе более 74 тысяч участковый врачей, их число тоже увеличилось на 3700 человек. Однако действительно дефицит сохраняется – это более 25 тысяч врачей.

Что касается среднего персонала, в системе работает более 545 тысяч человек. Здесь пока нам не удалось достигнуть роста среднего медицинского персонала: дефицит – 130 тысяч человек, причём за четыре года он усугубился.

Хотелось бы отметить, что первичная медико-санитарная помощь ежегодно касается каждого россиянина, и в 2018 году 1 миллиард 202 миллиона посещений организаций первичного звена, соответственно, произошло в нашей стране, 8,4 посещения на одного человека.

За четыре года принципиально изменилась структура этих посещений: увеличилась доля профилактических. Если в 2012 году профилактические мероприятия затрагивали 38,6 миллиона граждан, в прошлом году – уже 62 миллиона человек.

В 2019 году Правительством объявлена всероссийская диспансеризация, внесены изменения в положение о профилактических осмотрах и диспансеризации, и теперь профосмотры ежегодно проходит всё население. Расширенную взрослую диспансеризацию до 40 лет проходят раз в три года, а с 40 лет и старше – ежегодно. Диспансеризация включает международную систему онкоскринингов из семи наиболее значимых локализаций, и с 2020 года мы присоединяем дополнительные скрининги здоровья у лиц старше 65 лет.

На сегодняшний день полностью сформирована нормативная база, регулирующая первичную помощь, причём определены предельные сроки ожидания всех видов первичной помощи, включая ожидания участкового врача, узкого специалиста, скорой неотложной помощи, лабораторных и инструментальных методов диагностики, плановой госпитализации и так далее. Мониторинг за этими показателями свидетельствует о том, что всё в большем количестве случаев, пока ещё не тотально, эти показатели исполняются на территории страны.

Приняты: положения и порядки оказания медицинской помощи со стандартами оснащения и рекомендуемыми штатами всех медицинских организаций; единое требование к размещению медицинских организаций; распоряжение, как я уже сказала, о всероссийской диспансеризации и порядке проведения всех профилактических мероприятий; требования к уровню квалификации медицинских работников и аккредитационных критериев; профессиональные стандарты; требование к государственным информационным системам и так далее.

Очень важно отметить, что изменились правила обязательного медицинского страхования, согласно которым первичная помощь более не финансируется по остаточному принципу после специализированной и высокотехнологичной, а является приоритетным направлением. Объёмы помощи для первичного звена приоритетно планируются на основе единого подушевого норматива, который составляет уже 44 процента от единого норматива на каждого гражданина нашей страны.

С 2019 года из подушевого норматива выделен самостоятельный тариф на профосмотр и диспансеризацию, что позволяет обеспечивать профилактические мероприятия полным рублём.

С 2020 года самостоятельный тариф выделяется на сложные методы диагностики, такие как томография, ангиография и другие, а также будет обеспечено полное финансирование ФАПов [фельдшерско-акушерских пунктов] и фельдшерских пунктов на основе необходимого уровня заработной платы, который в этом случае занимает 90 процентов от тарифа.

Важно также отметить, что с 2016 года особо развивается институт страховых представителей и система защиты прав пациентов. Сейчас уже более 14 тысяч страховых представителей работают в первичном звене.

В соответствии с принятыми нормами размещения медицинских организаций первичного звена для страны в 2015 году была создана геоинформационная система как механизм, который позволяет автоматизировано определять доступность медицинской помощи с учётом транспортной доступности и определением времени доставки пациента в медицинскую организацию любого уровня.

На основе этой системы проанализированы все 156 тысяч населённых пунктов нашей страны. И, как Вы уже сказали, Владимир Владимирович, это позволило нам с 2017 года целенаправленно уменьшать число населённых пунктов, которые имеют ограничения к допуску первичной помощи. Так, для населённых пунктов с численностью от 100 до 2000 жителей уже на сегодня ограничения сохраняются для 480 из 45 734 населённых пунктов. К концу года число уменьшится до 144, на будущий год мы полностью эту проблему решим.

Также геоинформационная система позволила выявить территории с низкой плотностью населения, где проживают менее 100 человек в населённом пункте, и за последние четыре года на треть увеличилось число мобильных комплексов, мобильных бригад, сейчас их количество дошло до 3800.

Те направления, о которых я говорила, фактически легли в основу формирования федерального проекта совершенствования первичной медико-санитарной помощи, которая является частью национального проекта «Здравоохранение».

Кроме этого проекта, который сконцентрирован на достраивании системы сельской медицины, на развитии выездных форм работы, развитии скорой и санитарной помощи, санитарно-авиационной, внедрении новой модели медицинской организации в первичном звене с использованием бережливых технологий и формировании системы защиты прав пациентов, ещё пять федеральных проектов также направлены на первичное звено.

Это развитие детского здравоохранения, переоснащение детских поликлиник; борьба с онкологическими заболеваниями и создание центров амбулаторной онкологической помощи; устранение дефицита кадров в первичном звене и непрерывное медицинское образование кадров; формирование единого цифрового контура в первичном звене. А также один из проектов – «Старшее поколение», который входит в национальный проект «Демография», – включает такие мероприятия, как обеспечение транспортной доступности для сельского населения старше 65 лет, вакцинопрофилактика и со следующего года дополнительные скрининги здоровья.

Хотелось бы отметить, что по результатам на сегодняшний день все мероприятия национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» идут в соответствии с нашим планом. Ряд показателей – с опережением плана, такие как снижение младенческой смертности, доля медицинских организаций, участвующих в создании новой модели, организация каналов связи со страховыми представителями.

Это позволило за первое полугодие 2019 года существенно улучшить ряд показателей. По предварительным данным, продолжительность жизни составила 73,7 года, увеличившись на 0,8 года за полгода – у женщин это уже 78,5 лет. Произошло это благодаря существенному снижению числа смертей за полгода – на 28 400.

В.Путин: Это самые последние данные?

В.Скворцова: Это последние данные по сравнению с первым полугодием 2018 года. Фактически мы сейчас находимся уже на исполнении плана 2020 года, если этот показатель не ухудшится за второе полугодие текущего года.

Хотелось бы также отметить, что мы достигли показателя младенческой смертности, который планировали достичь только в 2023 году, – это 4,7 промилле. Фактически мы входим в короткий перечень лучших стран мира по этим показателям.

Тем не менее, Владимир Владимирович, мы констатируем, что проблем в первичном звене очень много. Прежде всего это дефицит кадров всех категорий: и участковых врачей, и узких специалистов, и среднего персонала; это нарушения в территориальном планировании медицинской инфраструктуры в регионах; это большой износ основных фондов, включая и здания, и инфраструктуру, и оборудование; и это сложности транспортной доступности в удалённых районах страны.

В связи с этим нами проведён дополнительный анализ и предложен комплекс дополнительных мер для устранения, уменьшения выраженности этих проблем. Они представлены в презентации. Очень коротко позвольте остановиться на них.

Прежде всего мы ставим перед собой задачу принятия дополнительных мер по устранению дефицита медицинских кадров. Дефицит врачей – 25 300 человек. Для этого нам представляется очень важным изменить и совершенствовать системные подходы к заработной плате у медицинских работников. Прежде всего закрепить долю выплат окладов в структуре заработной платы, то есть гарантированной части заработной платы, не ниже 55 процентов.

Этот показатель был выведен на основе пилотных проектов, которые мы провели в пяти регионах страны в 2014 году. С 2015 года этот показатель был рекомендован всем регионам, проведён через Российскую трёхстороннюю комиссию и закреплён в единых рекомендациях по системе оплаты труда в нашем отраслевом разделе.

Ситуация изменилась с 2015 года, но тем не менее четыре региона до сих пор имеют долю оклада менее 30 процентов, а выше 50 [процентов] имеют только десять регионов. Это приводит, безусловно, к дестабилизации ситуации, к очень высокой дифференциации между зарплатами медицинских работников, которые находятся на одинаковых должностях с одинаковой нормой рабочего времени.

Если будет такое поручение – закрепить долю окладов – это позволит сократить дифференциацию до 1,2–1,3, что нам представляется максимальным.

Кроме того, мы предлагаем закрепить минимальный уровень соотношения средней заработной платы к средней по экономике региона при внутреннем совместительстве 1,2. Притом что средний уровень зарплаты у врачей 200 процентов, хотелось бы, чтобы минимальный уровень составлял 170 процентов для врачей первичного звена, участковых, врачей общей практики и узких специалистов, а для врачей скорой помощи не был ниже 200 процентов.

Если говорить о среднем медицинском персонале, то медицинские сёстры первичного звена – минимальный уровень не ниже 70 процентов, а фельдшеры, которые выполняют ряд врачебных функций, соответственно, не менее 120 процентов.

Для этого не требуется дополнительного финансирования, это чисто организационное мероприятие. Очень просим поддержать. Это позволит существенно стабилизировать ситуацию и обеспечить гарантированную часть зарплаты.

Второе наше предложение связано с развитием и повышением привлекательности программы «Земский доктор» («Земский фельдшер»). Эта программа была запущена в 2012 году, что позволило нам более 34 тысяч специалистов привести в первичное звено, в том числе с прошлого года это полторы тысячи фельдшеров.

Выплаты – один миллион для врачей и пятьсот тысяч для фельдшеров [по программе «Земский доктор»], тем не менее каждый год мы вынуждены были внедрять дополнительные меры для повышения привлекательности этой программы. Мы увеличили возрастной ценз с 35 до 50 лет. Кроме того, распространили географию этого проекта: в сельской местности – на рабочие посёлки и посёлки городского типа, на малые города до 50 тысяч населения.

Во-первых, мы хотели бы поблагодарить, Владимир Владимирович, за Ваше поручение снять возрастной ценз. И мы это уже предусмотрели в проекте постановления Правительства на следующий год.

И второй момент: для особо сложных территорий, таких как территории Крайнего Севера и приравненные к ним, арктическая зона, а также территории с низкой транспортной доступностью по жёстким критериям, ввести повышающий коэффициент 1,4. Мы не просим дополнительного финансирования. Средства есть в федеральном бюджете. Это позволило бы дополнительно для этих регионов привлечь медицинских работников.

Третье направление кадровой политики касается работы молодых специалистов. Я хотела бы, Владимир Владимирович, сказать о международном опыте внедрения так называемой резидентуры. Это не обучение – это работа молодых специалистов, не имеющих пока опыта работы по специальности, под контролем опытных наставников, кураторов.

По терапевтическому профилю во всех странах Европы, на Американском континенте, включая Канаду, это два-три года, по хирургическим базовым профилям – четыре-пять лет, по узким специальностям – до семи лет.

Нам представляется, что необходимо внести на законодательном уровне статус молодого специалиста и врача-наставника – человека с первой или высшей категорией, работающего не менее пяти лет по своей специальности, – для того чтобы обеспечить работу в государственной системе здравоохранения под контролем квалифицированных специалистов на протяжении не менее трёх лет выпускникам, соответственно, и специалитета вузов, и ординатуры.

Прежде всего, безусловно, это важно для того, чтобы ответственность за принятые решения молодыми специалистами разделяли наставники и чтобы всё это шло, соответственно, под контролем. Кроме того, это гарантированно приведёт в первичное звено дополнительно более одиннадцати тысяч специалистов, более семи тысяч специалистов – выпускников вузов и более четырёх тысяч выпускников ординатуры.

Если это предложение будет поддержано, мы просим поручения разработать изменения для внесения в 323 й закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я ещё раз хочу сказать, что это не нововведение, а в большинстве стран мира эта норма действует.

Кроме того, мы хотели бы попросить поручения установить полномочия Минздраву по введению регистра лиц, получающих медицинское и фармацевтическое образование, по примеру регистра медицинских работников, что необходимо для планирования кадровой ситуации как в целом в стране, так и в регионах.

Как я уже сказала, серьёзной проблемой остаётся дефицит среднего медицинского персонала. В отличие от врачей, где мы имеем прирост за последние четыре года, количество среднего медицинского персонала продолжает уменьшаться.

Анализ того, что происходит, показывает, что с 1990 года фактически в два раза сократился приём в средние специальные медицинские учреждения, которые относятся к субъектам Российской Федерации. Минимума мы достигли в 2012 году, с 2012 года на 41 процент увеличили приём, но тем не менее мы на 16,5 тысячи выпускников отличаемся «в минус» от 1990 года.

Мы просим поручения субъектам Российской Федерации увеличить приём в средние специальные учебные заведения до уровня не менее 1990 года. Это позволит нам обеспечить приход в отрасль не менее 68–70 тысяч человек ежегодно, и даже с учётом оттока по возрасту и вследствие внутренней отраслевой миграции – 26 тысяч сотрудников уходят со средним специальным образованием каждый год – это даст нам 42 тысячи дополнительных людей в год. Таким образом, мы закроем дефицит, как и планировали, к концу 2023 года, то есть в течение трёх-четырёх лет.

Просим также поручения субъектам Российской Федерации в обязательном порядке предусмотреть социальный пакет для медицинских работников первичного звена и скорой помощи. Особую значимость имеет закрепление обязательств регионов по обеспечению медиков служебным жильём, в том числе передача служебного жилья через несколько лет работы. Этот опыт прекрасно реализован на Сахалине. На южных Курилах достаточно трёх лет отработки, чтобы служебное жильё приватизировать, в Южно-Сахалинске – семи лет. Во многих регионах этот опыт используется. А также [особую значимость имеет] приоритетность предоставления мест в ясли, детские сады, школы медицинским работникам.

Хотелось бы отметить, что в 2018 году шесть регионов вообще не предусмотрели никаких методов соцподдержки медикам, а 79 регионов обеспечили жильём 0,4 процента врачей и 0,1 процента среднего медицинского персонала.

Кроме того, хотелось бы отметить, что с коллегами мы обсуждали дополнительные возможности стимулирования прихода медицинских работников в первичное звено, в том числе обеспечение социальных выплат медицинскому персоналу. Здесь существуют разные подходы, мы готовы их обсудить.

Хотелось бы отметить, что общее число врачей и среднего персонала в первичном звене и по скорой помощи – это 847,5 тысячи человек.

Второе направление, которое мы считаем необходимым развивать, и оно будет усиленно развиваться, это внедрение «Новой модели медицинской организации» на основе «бережливых технологий». Этот проект был запущен в 2016 году как пилотный, реализовывался в 2018 году как приоритетный, с 2019 года это часть федерального проекта. Если мы начинали с шести поликлиник в трёх субъектах Российской Федерации, то уже на сегодняшний день в проект вошли более 2200 поликлиник в 52 субъектах Российской Федерации при исходном плане менее пятисот.

Важно отметить, что массовая попытка регионов войти в этот проект связана с тем, что уже первый опыт показал существенное снижение времени ожидания очередей в медицинских организациях: в регистратуре почти в четыре раза, у кабинета врача почти в восемь раз, сокращение срока прохождения диспансеризации в восемь раз – с двенадцати дней до полутора, а в ряде случаев – до одного дня, и увеличение времени непосредственной работы с пациентом в полтора раза.

Для того чтобы обеспечить качество новой модели, было создано двенадцать ресурсных центров и обучено более четырёх тысяч специалистов, а также разработана модель из 22 критериев для оценки объективности, измеримости и возможности улучшения достигнутых результатов. В соответствии с этой критериальной базой мы разделяем базовый, прогрессивный и лидерский уровень таких медицинских организаций.

Пока можно сказать, что все две тысячи организаций пытаются достичь базового уровня. С учётом массовости внедрения этой модели мы боимся каких бы то ни было искажений в сторону уменьшения её качества, поэтому просим решения о нормативном закреплении статуса новой модели медицинской организации, оказывающей первичную помощь, по международному варианту ISO и установления полномочий Росздравнадзору по установлению этого статуса в соответствии с прописанным законодательно. В том случае, если это будет официальное сертифицирование медицинской организации на данный статус, это позволит нам использовать данный факт, в том числе для дополнительного денежного стимулирования тех медицинских работников, которые обеспечивают работу на высоком качественном уровне.

Следующее направление – это совершенствование территориального планирования и обновление основных фондов медицинских организаций. Я уже упоминала геоинформационную систему. Хотелось бы отметить, что она является частью единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, и по постановлению Правительства регламент внесения изменений в эту систему составляет до пяти дней. Вместе с тем проверки, которые проводит Министерство здравоохранения и Росздравнадзор, свидетельствуют о том, что субъекты Российской Федерации вносят изменения несвоевременно и зачастую информация искажённая. Фактически нет ответственности руководства региона и медицинских организаций за обновление информации в геоинформационной системе.

Мы просили бы, Владимир Владимирович, повысить ответственность, возложить ответственность на руководителей высших органов исполнительной власти субъектов за территориальное планирование, в том числе за внесение правильных и своевременных данных по медицинской сети, а кроме того, установить ответственность за нарушение сроков и низкое качество вводимых данных для непосредственных исполнителей.

Нам представляется, что важно установить полномочия Росздравнадзора, для того чтобы можно было проводить контроль на соответствие данных этой информационной системы реальной ситуации в регионе.

Второй момент по территориальному планированию: конечно же, оно должно распространяться на всю национальную систему здравоохранения – не только на её государственную часть, но и на частную.

Международный опыт показывает, что в большинстве стран с развитыми системами здравоохранения – Германия, Израиль, Испания, Турция, Канада, Сингапур и другие – окончательному лицензированию медицинских организаций частной формы собственности предшествует процесс согласования, создания и размещения медицинской организации по заявляемым профилям с учётом реальных потребностей населения.

Эта процедура изначального согласования фактически является частью разрешительных процедур лицензирования. По сути, речь идёт о двойном лицензировании: на входе – разрешение создания учреждения и на выходе – на соответствие критериям медицинской помощи.

Нам представляется, что это очень важно, и мы хотели бы законодательно закрепить данную модель лицензирования, для чего потребуется внесение изменений и в закон № 323 об основах охраны здоровья граждан и в закон о лицензировании.

Кроме того, хотелось бы снизить налоговое бремя на основные фонды первичного медицинского звена. У нас есть аналогия – это фармацевтические производства, общероссийские общественные организации инвалидов, религиозные организации, ФСИН – когда эти организации освобождаются от налогов на имущество организации и от земельного налога.

Хотели бы попросить поручения рассмотреть вопрос об освобождении организаций первичной медико-санитарной помощи от этих двух налогов, для чего понадобится внесение изменений во вторую часть Налогового кодекса.

Анализ износа инфраструктуры первичного звена здравоохранения свидетельствует о том, что он снизился за четыре года с 26 процентов до 11 процентов. В настоящее время 7915 зданий из более чем 72 тысяч зданий находится в аварийном состоянии, требует сноса, реконструкции или капитального ремонта.

В настоящее время действуют нормативы продолжительности эффективной эксплуатации зданий и объектов, которые были утверждены приказом Госкомархитектуры, а кроме того, нормативы оценочного расчёта предельной стоимости капитального ремонта, которые также были утверждены приказом Минрегиона совместно с Министерством экономического развития.

С учётом понимания, что на сегодняшний день капитальному ремонту подлежат более семи миллионов квадратных метров в первичном звене здравоохранения, для каждого региона были просчитаны стоимости квадратного метра по методике, утверждённой Минрегионом и Министерством экономического развития, и был проведён свод.

Безусловно, Владимир Владимирович, он очень ориентировочный, потому что этот свод полагался на официальные данные Росстата. Пока это не было проработано с каждым регионом конкретно. Поэтому мы просим Вашего поручения провести детальный анализ с каждым регионом, подготовить для каждого региона программу такого обновления инфраструктуры. Методология этого процесса понятна на сегодня.

С другой стороны, хотелось бы отметить, что многие здания первичного звена здравоохранения строились 100 лет назад, а иногда и раньше, и те строительные технологии, которые применялись – такая децентрализация по 10–12 корпусов, отсутствие инфраструктуры связи между корпусами, отсутствие «чистых зон», совершенно нарушенная вентиляция, которая не позволяет использовать ламинарные потоки для операционных, реанимаций и так далее, – подобные случаи не позволяют просто отделаться капитальным ремонтом. По нашему предварительному анализу на основе форм Росстата, из 3255 районных больниц и поликлиник не менее 370 требуют сноса и нового строительства.

По поручению Дмитрия Анатольевича Медведева Минздрав совместно с Минпромторгом разработал новую модель районной больницы с оснащением преимущественно отечественными медицинскими изделиями. Мы создали такие модели в зависимости от приписного населения на 20, 30, 50, 100 и более тысяч человек прикреплённого населения.

Из 799 единиц медицинской техники 88 процентов, 705 единиц, уже изготавливается отечественными производителями, 27 включены в план импортозамещения, и только 67 пока вне этого плана.

Мы просим Вашего поручения Министерству строительства совместно с Минздравом разработать на основе уже созданных моделей типовые проекты для разных климато-географических условий, для разных численностей прикреплённого населения, что позволит нам существенно удешевить этот проект и фактически в течение достаточно короткого времени серьёзно обновить инфраструктуру, создав учреждения нового типа.

С этим вопросом, безусловно, связан вопрос обновления оборудования, переоснащения первичного звена. В отличие от как бы сокращения объёмов износа за счёт того, что сами регионы достаточно много строили в последние годы, износ оборудования вырос с 20 процентов до 40 процентов, и сейчас это уже более 20 тысяч единиц, которые требуют замены.

Причём мы не говорим про все медизделия, мы говорим только про тяжёлое оборудование – это разные варианты цифровых и рентгеновских аппаратов, это цифровые флюорографы, маммографы, аппараты УЗИ, эндоскопическое оборудование и лабораторные комплексы.

Мы исходим из того, что примерно двенадцать процентов этого оборудования, которое требует замены, можно будет поменять в рамках строительства «под ключ» новых медицинских организаций, но 88 процентов подлежит замене.

Предварительные расчёты мы провели на основе минимальной стоимости с учётом оценки рынка, которую провели вместе с Минпромторгом. Эти расчёты готовы дополнительно представить.

Следующее направление – это повышение транспортной доступности инфраструктуры. Как я уже упоминала, в рамках проекта «Старшее поколение» уже заложено приобретение больше 1100 санитарных машин для транспортировки людей из сельской местности старших возрастных групп в районные и центральные районные больницы. Однако этого количества недостаточно.

Я хотела бы отметить, что сейчас работает ещё советский приказ, в соответствии с которым при каждой центральной районной и районной больнице должно быть минимум две машины санитарного автотранспорта класса А, а при каждой участковой больнице не меньше одной машины. Сейчас эти машины отечественного производства высокого качества, достаточно дешёвые, и если бы мы могли приобрести эти машины, то мы существенно упростили бы задачи наших сельских больниц.

Кроме того, представляется необходимым обеспечение этих больниц «шаттлами» для доставки пациентов разного возраста из удалённых районов. Такие расчёты мы тоже сделали, и отечественные машины, специально подготовленные под «шаттлы», у нас есть с очень умеренной стоимостью – от 1,2 до 1,5 миллиона рублей.

Третье направление, которое уже сейчас широко используется рядом регионов, в том числе я хочу отметить Тульскую область, Алексей Геннадьевич [Дюмин] для всех своих фельдшеров, ФАПов закупил «Нивы», которые позволяют в том случае, если у фельдшера шесть-семь деревень, объезжать на «Нивах», и увеличивается мобильность, соответственно, среднего персонала. Стоимость – до 500 тысяч рублей в обычной, базовой комплектации.

Если можно было бы это предусмотреть, мы бы решили задачи и развития отечественного автопрома, а с другой стороны, повысили бы мобильность первичной медицинской помощи на селе.

Следующее направление – расширение периметра цифрового контура. Я хотела бы отметить, что в 2021 году Минкомсвязи завершит присоединение ФАПов к цифровому контуру здравоохранения. Пока у нас всё идёт по плану, и в этом году первые 5,5 тысячи ФАПов уже будут присоединены к защищённой связи. Из программы, из федерального проекта «Цифровой контур» нашего национального проекта «Здравоохранение» мы обеспечиваем все ФАПы автоматизированными рабочими местами с компьютерной техникой.

Наше предложение – обеспечить дополнительно цифровыми отечественными электрокардиографами. Это совсем недорого стоит – одна единица стоит чуть больше 100 тысяч рублей, но это позволит – так же как мы сейчас работаем со скорой помощью и с мобильными комплексами – в сложных случаях очень быстро получать квалифицированную консультацию в центральных районных больницах в тех случаях, когда сам фельдшер не увидит глазом изменений на кардиограмме.

И второе направление: мы с 2015 по 2018 год провели пилотные проекты в 22 регионах – 32 медорганизации принимали участие и полторы тысячи пациентов – по цифровому мониторингу артериального давления у лиц с высоким риском гипертонических кризов. Получили очень серьёзные положительные результаты: 91 процент пациентов достигли целевого уровня артериального давления, в контрольной группе сравнений – всего 50 процентов; на 70 процентов сократились вызовы скорой помощи и в два раза – госпитализации и гипертонические кризы.

Безусловно, это сказывается на показателях и смертности, и инвалидности. Мы вместе с нашими главными экспертами-кардиологами оценили пациентов с артериальной гипертензией. Их около 48 миллионов человек, но из них только восемь миллионов – с высоким риском развития осложнений, а из них 2,5 миллиона – с чрезвычайно высоким риском. Мы хотели бы предложить, Владимир Владимирович, для этих 2,5 миллиона приобрести уже отечественные электронные гаджеты по измерению артериального давления.

Мы имеем сейчас на основе государственно-частного партнёрства контакты с сервисными группами, которые предусматривают и бесплатную поставку этих электронных гаджетов, и техническое сопровождение, мониторинг показателей и экстренное реагирование в случае запредельных показателей, связь с лечащими врачами. На наш взгляд, это очень эффективно. Мы бы хотели в 2020–2021 годах провести это только для 2,5 миллиона человек экстремально высокого риска и затем перейти на группу высокого риска.

И самое последнее, Владимир Владимирович: мы рассматривали на правительственной комиссии, которую вёл Дмитрий Анатольевич [Медведев], возможность помощи субъектам Российской Федерации в обеспечении лекарственными препаратами в амбулаторном звене лиц с высоким риском сосудистых осложнений. Я говорю прежде всего о тех, кто перенес инсульты, инфаркты миокарда, острый коронарный синдром или любые операции на сосудах как открытые внешне, так и эндоваскулярные, или операции на сердце. Мы провели расчёты: такая помощь позволит два года принимать необходимую терапию этим пациентам, эта потребность у нас просчитана.

Самое главное, что я хотела бы отметить: если пациенты по каким то причинам сами не принимают эту терапию, то все наши государственные усилия по высокотехнологичной помощи, всё насмарку, потому что в течение года у каждого третьего повторяется эпизод инфаркта или инсульта более тяжёлый, чем первый, а в течение двух лет смертность вырастает в семь раз.

Таким образом, мы наши все дополнительные предложения свели в комплекс, и они представлены в таблице презентации. Мы уверены, Владимир Владимирович, большинство из этих мер не требуют дополнительного финансирования, но будут очень эффективными. Они реально помогут нам справиться с имеющимися проблемами, самое главное, повысят качество и доступность помощи, удовлетворённость населения и состоянием своего здоровья, и системой здравоохранения.

Спасибо большое.