

**ДОРОЖНАЯ КАРТА
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ (ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДИСТРОФИЯ, ВМД)
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ**

Направление предлагаемых мероприятий	Исполнитель	Предлагаемое решение	Обоснование и ожидаемый результат
<p>1. Создание условий для своевременной диагностики и контроля течения заболевания</p>	<p>Минздрав России, Минобрнауки России</p>	<p>1. Дополнить пункт 16 Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н, проведением оптического исследования глазного дна с помощью компьютерного анализатора у граждан в возрасте старше 50 лет.</p> <p>Дополнить пункт 2.1 Стандарта медицинской помощи взрослым при возрастной макулярной дегенерации (диагностика и лечение), утвержденного приказом Минздрава России от 04.04.2022 № 235н, новой строкой следующего содержания:</p> <p>Код медицинской услуги В04.029.001</p> <p>Наименование медицинской услуги «Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога»</p> <p>Усредненный показатель частоты предоставления 1</p> <p>Усредненный показатель кратности применения 4</p> <p>3. Рассмотреть возможность включения в</p>	<p>1,2. Согласно проведенным исследованиям в экономически развитых странах ВМД является лидирующей причиной инвалидности по зрению среди населения старшей возрастной группы. По результатам мета-анализа 39 популяционных исследований, охвативших 129 664 человека пяти этнических групп, в 2020 году в мире расчетное число больных ВМД составляет 196 миллионов, к 2040 году ожидается рост до 288 миллионов пациентов (Wong W. L. et al. Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis / The Lancet Global Health. – 2014. – Vol. 2. № 2. – P. 106-116). Основным фактором риска развития ВМД является возраст пациента.</p> <p>Установление системы ранней диагностики и контроля прогрессирования заболевания, диспансерных приемов пациентов с ВМД позволит обеспечить своевременное оказание медицинской помощи до значительной утраты центрального зрения пациентом.</p> <p>3. При отсутствии указаний в программе</p>

		<p>программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предельного срока выдачи направления на госпитализацию при наличии показаний к оказанию специализированной медицинской помощи.</p> <p>4. Минобрнауки России, Минздраву России, организациям высшего профессионального образования медицинского профиля обеспечить разработку образовательных специализированных курсов с целью повышения квалификации врачей общей врачебной практики и врачей офтальмологов первичного звена для повышения настороженности врача по возрастным заболеваниям сетчатки в рамках курсов НМО.</p> <p>5. Минздраву России совместно с Минобрнауки России рассмотреть возможность увеличения количества бюджетных мест по программам высшего профессионального образования для покрытия кадрового дефицита в первичном звене.</p>	<p>государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по срокам ожидания специализированной медицинской помощи с даты постановки диагноза, регионы копируют в свои территориальные программы только сроки с даты выдачи направления на госпитализацию, что приводит к длительному ожиданию необходимой терапии, прогрессированию заболевания и необратимому ухудшению состояния пациентов</p> <p>4, 5. Дефицит специалистов-офтальмологов в первичном звене и отсутствие настороженности как врачей-офтальмологов, так и участковых врачей-терапевтов и врачей общей практики в отношении ВМД препятствует своевременной диагностике и началу терапии. В целом, одной из важных проблем, отмеченных в ходе аудита, стали нехватка специалистов в первичном звене и недостаточная квалификация отдельных специалистов (см.</p>
<p>2. Организация офтальмологической службы в регионах</p>	<p>Минздрав России, Минтруд России, Росздравнадзор, Ассоциация врачей-офтальмологов, Федеральный Фонд ОМС</p>	<p>1. Внести изменения в Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты следующего содержания:</p> <p>а) дополнить новым пунктом следующего содержания:</p> <p>«___. Порядок маршрутизации пациентов с офтальмологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определяется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья с</p>	<p>1. Во многих субъектах Российской Федерации отсутствуют региональные акты, определяющие порядок маршрутизации пациентов с заболеваниями глаз, что снижает доступность и своевременность оказания необходимой медицинской помощи. Еще более актуальна проблема для пациентов, имеющих сопутствующие заболевания, осложнения, относящиеся к иным профилям оказания медицинской помощи, а также населения удаленных, в том числе сельских, территорий, для которых запутанная маршрутизация существенно увеличивает расходы в связи с необходимостью неоднократных поездок в региональные центры, что может повлечь отказ от госпитализации, в том числе,</p>

		<p>учетом права граждан на выбор медицинской организации и в том числе включает:</p> <p>перечень участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь пациентам с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи с указанием их местонахождения (адреса);</p> <p>схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.»;</p> <p>б) дополнить новым пунктом следующего содержания:</p> <p>«__. Медицинская помощь пациентам может быть</p>	<p>по финансовым причинам.</p> <p>При этом в отсутствие четких требований на федеральном уровне об организации маршрутизации в регионе, отдельные региональные органы здравоохранения субъектов РФ или главные внештатные специалисты регионов возможно недооценивают важность правильной организации процесса, что в итоге приводит к низкой доступности первичной специализированной офтальмологической помощи ввиду кадрового дефицита / отсутствия специалистов, удаленности первичной специализированной помощи от места проживания пациента. Отсутствие маршрутизации может приводить к прерыванию лечения, нарушению сроков введения препаратов и увеличению запущенных тяжелых форм заболевания .</p> <p>Включение положений о возможности оказания медицинской помощи с применением</p>
--	--	---	--

		<p>оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) консилиума врачей в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий".».</p> <p>2. Минздраву России, Росздравнадзору обратить внимание органов управления здравоохранением регионов на необходимость соблюдения порядков оказания медицинской помощи, включая Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, утвержденный приказом Минздрава России от 12.11.2012 №902н, в том числе, в части стандартов оснащения медицинских организаций, обратив внимание, на то, что нарушение стандартов оснащения, является, в том числе, нарушением лицензионных требований со стороны медицинских организаций.</p> <p>3. Органам управления здравоохранением регионов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести оценку соответствия оснащения медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «Офтальмология», требованиям приказа Минздрава России от 12.11.2012 №902н; - рассмотреть возможность создания Центра медицинского офтальмологического (при отсутствии) в соответствии с Приложением 15 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его 	<p>телемедицинских технологий направлено на повышение доступности высококвалифицированной медицинской помощи, позволит приблизить медицинскую помощь к пациенту и обеспечить своевременную постановку диагноза и определение тактики лечения без избыточного направления пациентов в медицинские организации высшего уровня в отсутствие медицинской необходимости.</p> <p>2. К основным проблемам, препятствующим своевременной диагностике ВМД, эксперты, опрошенные в рамках исследования ВСП, отнесли отсутствие необходимого оборудования, предусмотренного порядками оказания медицинской помощи.</p> <p>3. Усиление контроля за оснащением медицинских организаций позволит выявить «отстающие» медицинские организации и перенаправить финансирование на материально-техническое обеспечение медицинских организаций, исходя из необходимости обеспечения равной доступности медицинской помощи для всех пациентов вне зависимости от территории проживания.</p>
--	--	--	--

		<p>придаточного аппарата и орбиты, утвержденному приказом Минздрава России от 12.11.2012 №902н. При нецелесообразности создания Центра (с учетом структуры заболеваемости и численности пациентов) обеспечить условия для маршрутизации пациентов в офтальмологические центры соседних регионов.</p> <p>- установить (путем издания приказа органа управления здравоохранением или иным образом) порядок маршрутизации пациентов с ВМД с установлением предельных сроков для каждого этапа маршрута пациента.</p> <p>2. Минздраву России с привлечением Ассоциации врачей-офтальмологов провести оценку достаточности норм времени на одно посещение пациентом врача-офтальмолога, установленных в подп. «е» п. 3 Типовых отраслевых норм времени, утвержденных приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н, и обеспечить их увеличение, исходя из реальной обоснованной потребности.</p>	<p>4. В рамках аудита отмечено, что установленные нормативы времени недостаточны для полноценного осмотра пациента.</p> <p>Пунктом 3 Типовых отраслевых норм времени, утвержденных приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н, установлены нормы времени на одно посещение пациентом врача-офтальмолога в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации, составляющие до 35% нормы времени), равные 14 минутам.</p> <p>Более того, нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью устанавливаются в размере 60 - 70% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием (п. 6 Типовых отраслевых норм времени), что оставляет врачу не более 8,5 - 10 минут на весь прием пациента.</p> <p>Применение корректирующих коэффициентов,</p>
--	--	--	--

		<p>5. Минздраву России рассмотреть в среднесрочной перспективе возможность выделения субсидий регионам на дооснащение медицинских организаций офтальмологического профиля оптическими когерентными томографами.</p>	<p>предусмотренных пунктом 7 Типовых отраслевых норм времени может дополнительно снизить нормы времени для конкретного врача.</p> <p>Однако, именно те методы исследования, которые проводит врач-офтальмолог занимают большую часть времени приема, как правило, традиционный осмотр при помощи нескольких офтальмологических приборов (авторефрактометрия, осмотр с помощью щелевой лампы, тонометрия, визометрия, осмотр глазного дна) в условиях циклоплегии, требуют наличие хотя бы 10 минут для расширения зрачка, с целью детального осмотра глазного дна и повышения эффективности диагностики глазных заболеваний. Таким образом, действующие нормы времени, включающие время на оформление документации, просто не позволяют провести осмотр пациента с применением методов диагностики, предусмотренных клиническими рекомендациями</p> <p>5. Согласно действующим Клиническим рекомендациям «Макулярная дегенерация возрастная» оптическое исследование сетчатки с помощью ОКТ является единственным диагностическим исследованием с уровнем убедительности рекомендаций А и уровнем достоверности доказательств 1. Дооснащение медицинских организаций необходимо для создания условий полноценного исполнения клинических рекомендаций.</p>
3. Совершенствование финансового обеспечения	Правительство Российской Федерации,	1. С привлечением профильных научных медицинских исследовательских центров провести оценку рекомендуемых объемов	В рамках исследования, проведенного Всероссийским союзом пациентов, отмечены следующие ключевые проблемы финансирования

<p>медицинской помощи пациентам с ВМД</p>	<p>Минздрав России, Федеральные научные медицинские исследовательские центры, Федеральный Фонд ОМС, главные внештатные специалисты</p>	<p>специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «Офтальмология» (Приложение 11 к письму Минздрава России от 31 января 2024 г. N 31-2/И/2-1602) на соответствие реальной потребности.</p> <p>2. Рассмотреть возможность включения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - КСГ «Операции на органе зрения (уровень 5)» в Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение 5 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования). - КСГ дневного стационара «Операции на органе зрения (уровень 5)» в перечень КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики (Таблица 1 пункта 3.3 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования). <p>3. Рассмотреть включение оптической когерентной томографии в число отдельных диагностических исследований, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу), предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования (раздел IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), с установлением субъектами Российской Федерации нормативов объема и нормативов финансовых затрат на единицу объема проведения соответствующего исследования в соответствии с действующими КР и стандартами оказания МП.</p>	<p>оказания медицинской помощи пациентам с ВМД:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в регионах ощущается острый дефицит объемов специализированной медицинской помощи по профилю «Офтальмология», выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий, что является серьезным барьером для оказания плановой и экстренной помощи соответствующей группе пациентов; - существующие тарифы на оплату в рамках КСГ дневного стационара в большинстве регионов менее или равны стоимости одной упаковки ингибитора ангиогенеза и не покрывают затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи; - в отдельных регионах применяется понижающий коэффициент специфики ниже 1 (вплоть до 0,8) к КСГ дневного стационара, включающей интравитреальное введение лекарственных препаратов, а также применяются понижающие коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации, что существенно снижает стоимость законченного случая даже ниже стоимости лекарственного препарата, что дополнительно демотивирует медицинские организации к применению интравитреальных инъекций и вынуждает делить одну упаковку на несколько пациентов, что не соответствует инструкциям по медицинскому применению препаратов, несет дополнительные медицинские риски для пациентов и юридические риски для медицинских организаций - отсутствие в большинстве регионов отдельных амбулаторных тарифов на ОКТ и выделенных нормативов объемов, что вызывает снижение доступности исследований ввиду отсутствия средств
--	--	--	---

			для своевременного технического обслуживания и ремонта оборудования, а также ограничивает применение межучрежденческих и межтерриториальных расчетов в случае необходимости направления пациента на исследование в другую медицинскую организацию в данном или ином регионе, кроме того, в отсутствие доступности исследований, вынуждает пациентов проходить обследования на платной основе.
4. Контроль и мониторинг за качеством медицинской помощи	Минздрав России, Федеральный Фонд ОМС, Росздравнадзор, Ассоциация врачей офтальмологов, ВСП, региональные государственные органы управления здравоохранения, главные специалисты	<p>1.. Подготовить и внести дополнения в Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» предусматривающие усиление контроля за впервые обратившимися за медицинской помощью пациентами, предусмотреть механизм контроля за исполнением назначения первичного амбулаторного звена и дальнейшим мониторингом за данной группой пациентов.</p> <p>2. Органам управления здравоохранения субъектов Российской Федерации, территориальным управлениям Росздравнадзора организовать системный мониторинг оказания медицинской помощи, включая эффективность проводимой терапии в регионах по профилю «Офтальмология», в том числе за осуществлением интравитреального введения лекарственных препаратов, препятствующих новообразованию сосудов, с учетом требований актуальной редакции клинических рекомендаций.</p>	<p>Необходимо осуществлять контроль и мониторинг за этапами лечения впервые обратившихся за медицинской помощью пациентов, их соответствия клиническим рекомендациям, должна быть разработана система контроля регистрации и наблюдения за пациентом в системе ОМС. Таким образом, зафиксировав пациента с момента его обращения в первичное амбулаторное звено система будет отслеживать перемещения пациента и оказание ему своевременной медицинской помощи, ее результата и качества.</p> <p>В ходе исследования в числе проблем были отмечены в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> – нарушения рекомендуемого режима интравитреального введения препаратов и продолжительности лечения, нарушение дозировок ЛП; – увеличение объемов помощи с использованием ИВВ ЛП зависят от субъективной позиции руководителей медицинских организаций, – медицинские организации ориентируются на обеспечение объемов помощи за счет количества пациентов, которым назначены ИВИ, а не необходимого для результативного лечения числа

			<p>инъекций одному пациенту. Т.е. необходима оценка качества медицинской помощи, исходя из количества пролеченных пациентов в год, получивших полный курс терапии.</p> <p>Внедрение системы контроля позволит снизить уровень ошибок со стороны медицинских организаций и повысить эффективность медицинской помощи, а также рационально расходовать бюджетные средства.</p>
5. Формирование регистра	Минздрав России	<p>Необходимо инициировать в рамках дальнейшего развития ЕГИСЗ создание вертикально-интегрированной медицинской информационной системы (ВИМИС) «Офтальмология» с формированием на ее базе клинического регистра пациентов с ВМД. При внедрении ВИМИС участие необходимо различному кодированию для сухой формы и влажной формы ВМД в целях правильного учета пациентов.</p>	<p>Отсутствие единого федерального клинического регистра пациентов с ВМД ограничивает возможности по клиническому сопровождению и анализу данной популяции пациентов, а также по контролю эффективности проводимого лечения. Ответственной организацией за концепцию развития ВИМИС и дальнейшее ведение регистра ВМД предлагается установить за НМИЦ им. Гельмгольца.</p>
6. Создание регуляторных условий для адаптации пациентов к жизни с заболеванием и реабилитации	Минздрав России, Ассоциация врачей офтальмологов	<p>1. В Клинических рекомендациях «Макулярная дегенерация возрастная»:</p> <p>а) организовать с привлечением профильных специалистов (ассоциаций) по реабилитации и психологии доработку раздела 4 в части методов медицинской реабилитации.</p> <p>б) дополнить раздел 5 рекомендациями по проведению обучающих мероприятий с пациентами (школ пациентов).</p>	<p>Проблемы, с которыми сталкиваются слабовидящие люди в целом можно рассматривать как отсутствие адаптации к окружающей среде как психологической, так и физической в связи с развитием болезни сетчатки глаз. Именно поэтому возникает необходимость расширения спектра реабилитационных мероприятий и оказания своевременной помощи таким пациентам.</p> <p>Действующая редакция клинических рекомендаций не содержит методов реабилитации пациентов кроме подбора очков, что препятствует созданию условий для включения необходимых пациентам методов реабилитации в индивидуальные программы реабилитации (абилитации) пациентов (ИПРА) и</p>

		<p>2. Дополнить Номенклатуру медицинских услуг, утвержденную приказом Минздрава России от 13 октября 2017 г. N 804н, медицинской услугой «Школа для пациентов с офтальмологическими заболеваниями» (код В04.029.005).</p> <p>3. Включить в подраздел 2.5 Стандарта медицинской помощи взрослым при возрастной макулярной дегенерации (диагностика и лечение), утвержденного приказом Минздрава России от 04.04.2022 № 235н, медицинскую услугу «Школа для пациентов с офтальмологическими заболеваниями» с усредненным показателем частоты предоставления, равным 1, и усредненным показателем кратности применения, равным 12.</p>	<p>получению соответствующих услуг в рамках государственной социальной помощи.</p> <p>Школа для пациентов проводится с целью более подробно информировать пациентов об их заболевании, профилактике и его лечении для правильной оценки своего состояния самим пациентом и его родственниками, а также для более раннего выявления и эффективного лечения данного заболевания.</p> <p>Низкая дисциплина пациентов при прохождении терапии, отсутствие информации по правильному поведению приводит к прерыванию лечения, росту числа запущенных форм заболевания, росту случаев инвалидизации по зрению</p>
<p>7. Информирование пациентов о заболевании, профилактике и лечении ВМД</p>	<p>Минздрав России, ВСП, Ассоциация врачей офтальмологов, региональные государственные органы управления здравоохранения, главные специалисты</p>	<p>1. Обобщить опыт, разработать и систематизировать учебные материалы для пациентов с ВМД и их родственников.</p> <p>2. Обеспечить проведение школ пациентов в амбулаторном звене, внедрение информации о заболевании в социальных сетях, на сайтах медицинских учреждений.</p> <p>3. Региональным органам управления и руководителям ЛПУ обеспечить кабинеты врачей офтальмологов первичного амбулаторного звена информационными материалами для пациентов (информационные учебные материалы, буклеты и постеры о заболевании, его проявлениях, профилактике и лечении).</p>	<p>Проведение школ для пациентов способно качественно изменить отношение и врача, и пациента к заболеванию, повысить уровень понимания необходимости своевременного обращения за медицинской помощью, формирование правильного подхода к образу жизни и профилактике данного заболевания.</p>