



Исх. № ВСП-01/123  
от 31 мая 2024 г.

Директору ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский центр эндокринологии»  
Минздрава России, профессору, д.м.н.  
Н.Г. Мокрышевой

Уважаемая Наталья Георгиевна!

Всероссийский союз пациентов (ВСП) направляет Вам Дорожные карты по Проекту «Создание условий для улучшения медицинской помощи пациентам с ВМД и ДМО».

В России заболеваемость возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) составляет более 15 на 1000 населения. В 25% случаев инвалидность по зрению развивается вследствие заболеваний глазного дна, именно поэтому ВМД (возрастная макулярная дегенерация) сетчатки является одной из основных причин инвалидности по зрению среди заболеваний глазного дна.

Вместе с тем, в 2022 году количество пациентов с сахарным диабетом составило только по официальным данным около 5 млн человек.

Среди них диабетическая ретинопатия встречается у каждого третьего пациента. С развитием стажа заболевания возникает такое серьёзное осложнение сахарного диабета (СД), приводящее к слепоте, как диабетический макулярный отек (ДМО). ДМО развивается примерно у трети пациентов с сахарным диабетом.

Таким образом, вопросы повышения доступности оказания медицинской помощи и улучшения качества жизни граждан РФ, страдающих от таких социально значимых заболеваний, становится важным и актуальным.

ВСП с 2021 по 2024 год проведены многочисленные обсуждения с участием экспертов регионального и федерального уровней: представителей общественного и профессионального сообществ, главных специалистов субъектов РФ, представителей федеральных лечебных центров.

Результатом экспертного обсуждения проблем организации и доступности медицинской помощи пациентам с диабетическим макулярным отеком (ДМО) и возрастной макулярной дегенерацией сетчатки (ВМД) стало формирование Дорожных карт (ДК) «Повышение качества и доступности медицинской помощи пациентам с заболеванием ВМД и ДМО в РФ» для обеспечения своевременного и эффективного оказания медицинской помощи пациентам с данными заболеваниями.

В 2021 году предложения ВСП же тали основой для развития медицинской помощи пациентам ВМД, произошли изменения программы Госгарантий в данной области, работа продолжается.

Просим Вас рассмотреть вышеуказанный документ и дать соответствующие поручения для реализации мер, направленных на решение социально важных проблем.


Надеемся на Ваше понимание и поддержку.

Подготовленные Дорожные карты развития медицинской помощи пациентам с заболеваниями глаз прилагаются.

С уважением,

Сопредседатели Всероссийского союза пациентов

 Я.В. Власов

 Ю.А. Жулёв

Приложение 1 ДК «Дорожная карта повышения качества и доступности медицинской помощи пациентам с заболеванием возрастная макулярная дегенерация (возрастная макулярная дистрофия, ВМД) в РФ»

Приложением 2 ДК «Дорожная карта повышения качества и доступности медицинской помощи пациентам с заболеванием диабетический макулярный отек (ДМО) диабетическая ретинопатия (ДРП) в РФ»

**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><b>1. Создание условий для своевременной диагностики и контроля течения заболевания</b></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><b>2. Организация офтальмологической службы в регионах</b></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"> <li>- провести оценку соответствия оснащения медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «Офтальмология», требованиям приказа Минздрава России от 12.11.2012 №902н;</li> <li>- рассмотреть возможность создания Центра медицинского офтальмологического (при отсутствии) в соответствии с Приложением 15 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его</li> </ul>	<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>
<p><b>3. Совершенствование финансового обеспечения</b></p>	<p>Правительство Российской Федерации,</p>	<p>1. С привлечением профильных научных медицинских исследовательских центров провести оценку рекомендуемых объемов</p>	<p>В рамках исследования, проведенного Всероссийским союзом пациентов, отмечены следующие ключевые проблемы финансирования</p>

<p><b>медицинской помощи пациентам с ВМД</b></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"> <li>- 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).</li> <li>- 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).</li> </ul> <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"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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</li> <li>- отсутствие в большинстве регионов отдельных амбулаторных тарифов на ОКТ и выделенных нормативов объемов, что вызывает снижение доступности исследований ввиду отсутствия средств</li> </ul>
--	--	--	---



			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.
<b>4. Контроль и мониторинг за качеством медицинской помощи</b>	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"> <li>– нарушения рекомендуемого режима интравитреального введения препаратов и продолжительности лечения, нарушение дозировок ЛП;</li> <li>– увеличение объемов помощи с использованием ИВВ ЛП зависят от субъективной позиции руководителей медицинских организаций,</li> <li>– медицинские организации ориентируются на обеспечение объемов помощи за счет количества пациентов, которым назначены ИВИ, а не необходимого для результативного лечения числа</li> </ul>

			<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>
<b>5. Формирование регистра</b>	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>
<b>6. Создание регуляторных условий для адаптации пациентов к жизни с заболеванием и реабилитации</b>	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>
<b>7. Информирование пациентов о заболевании, профилактике и лечении ВМД</b>	Минздрав России, ВСП, Ассоциация врачей офтальмологов, региональные государственные органы управления здравоохранения, главные специалисты	<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>	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.

**ДОРОЖНАЯ КАРТА  
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ  
С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКИЙ МАКУЛЯРНЫЙ ОТЕК (ДМО) (МКБ-10 – Н36.0 ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ  
(E10-E14+ С ОБЩИМ ЧЕТВЕРТЫМ ЗНАКОМ .3) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ**

Направление предлагаемых мероприятий	Исполнитель	Предлагаемое решение	Обоснование и ожидаемый результат
<p><b>1. Создание условий для своевременной диагностики ДМО, мониторинга и учета пациентов</b></p>	<p>Минздрав России, Минобрнауки России</p>	<p>1. Внести следующие изменения в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»:</p> <p>1) дополнить новым пунктом следующего содержания:</p> <p>«___. Порядок маршрутизации пациентов с эндокринологическими 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 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 эндокринологическими заболеваниями, по видам, условиям и формам оказания медицинской</p>	<p>Во многих субъектах Российской Федерации отсутствуют региональные акты, определяющие порядок маршрутизации пациентов с эндокринологическими заболеваниями, 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.</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 офтальмологической помощи ввиду кадрового дефицита / отсутствия специалистов, удаленности помощи от места проживания пациента. Отсутствие маршрутизации может приводить к прерыванию лечения, нарушению сроков введения препаратов и</p>

		<p>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 эндокринологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с эндокринологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>перечень участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь пациентам с осложнениями эндокринологических заболеваний, относящимися к иным профилям медицинской помощи.»;</p> <p>2) изложить абзац третий пункта 9 Правил организации деятельности регионального (краевого, республиканского, областного, окружного) эндокринологического центра в следующей редакции «офтальмологический</p>	<p>увеличению запущенных тяжелых форм заболевания.</p> <p>Включение положений о возможности оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий направлено на повышение доступности высококвалифицированной медицинской помощи.</p>
--	--	---	--

		<p>кабинет, организованный в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, с учетом стандарта оснащения, предусмотренного разделом 1 Приложения № 9 к указанному порядку, с лазерной операционной и операционной для интравитреального введения лекарственных препаратов», либо дополнить Правила организации деятельности регионального (краевого, республиканского, областного, окружного) эндокринологического центра отдельным стандартом оснащения офтальмологического кабинета регионального эндокринологического центра, предусматривающим оборудование для диагностики диабетической ретинопатии, диабетического макулярного отека (включая ОКТ), и интравитреального введения лекарственных препаратов;</p> <p>3) обеспечить синхронизацию маршрутов оказания медицинской помощи пациентам с ДМО, закрепленную в порядках оказания медицинской помощи пациентам с эндокринологическими и офтальмологическими заболеваниями.</p> <p>2. Учесть предложения, указанные в подп.1 п.1 настоящей ячейки, при подготовке новой редакции порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология».</p> <p>3. Минздраву России, ЦЭКМП Минздрава России в рамках приведения стандартов медицинской помощи при сахарном диабете в соответствие с новыми клиническими рекомендациями по сахарному диабету обеспечить включение в</p>	<p>Согласно Клиническим рекомендациям «Сахарный диабет 1 типа» рекомендуется не позднее, чем через 5 лет от дебюта заболевания, далее не реже 1 раза в год, консультация врача-офтальмолога, включающая, как минимум, биомикроскопию глаза и глазного дна под мидриазом.</p> <p>В Клинических рекомендациях «Сахарный диабет 2 типа» предусмотрена консультация врача-офтальмолога при постановке диагноза, далее не реже 1 раза в год, при этом как минимум должна</p>
--	--	--	---

		<p>раздел «Инструментальные методы исследования» офтальмологических исследований, предусмотренных клиническими рекомендациями в качестве обязательных для всех пациентов (визометрии, биомикроскопии переднего отрезка глаза, биомикроскопии глазного дна под мидриазом, офтальмотонометрии), с показателями кратности и частоты применения, соответствующими клиническим рекомендациям.</p>	<p>быть проведена биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога с биомикроскопией глаза и глазного дна под мидриазом не реже 1 раза в год включена и в критерии оценки качества медицинской помощи.</p> <p>Однако, в стандартах медицинской помощи взрослым при СД как 1, так и 2 типа вообще не предусмотрены какие-либо офтальмологические инструментальные исследования.</p> <p>Клиническими рекомендациями по сахарному диабету у детей предусмотрено ежегодное, начиная с возраста 11 лет, при длительности заболевания 2-5 лет проведение осмотра и консультации врача-офтальмолога с целью своевременного выявления ДР.</p> <p>В то же время, действующие стандарты медицинской помощи, во-первых, содержат не весь перечень инструментальных методов исследований, во-вторых, имеют внутренние противоречия. Например, Стандарт медицинской помощи детям при сахарном диабете 1 типа предусматривает для услуги «Прием врача-офтальмолога первичный» усредненный показатель частоты предоставления 0,5 (т.е. 50% пациентов), для повторного – 0,125 (12,5% пациентов), в то же время, усредненный показатель частоты предоставления услуг «Офтальмоскопия», «Осмотр периферии глазного дна с использованием трехзеркальной линзы Гольдмана», «Биомикрофотография глазного дна с использованием фундус-камеры» составляет 1 (т.е.100% пациентов). Таким образом, непонятно, кем (каким специалистом) будут проводиться</p>
--	--	--	---

		<p>6. Российской ассоциации эндокринологов совместно с Ассоциацией врачей-офтальмологов рассмотреть вопрос об усилении междисциплинарного взаимодействия в целях повышения уровня диагностики ДМО, в том числе рассмотреть возможность организации доступа специалистов офтальмологического профиля к данным Федерального регистра больных сахарным диабетом.</p> <p>7. В рамках создания ВИМИС «Сахарный диабет» обеспечить возможность доступа к данным и внесения сведений специалистами по профилю осложнений сахарного диабета (офтальмологи, кардиологи, нефрологи и проч.).</p> <p>7. Минобрнауки России, Минздраву России, организациям высшего профессионального образования медицинского профиля обеспечить разработку образовательных специализированных</p>	<p>инструментальные офтальмологические исследования, если частота приема офтальмолога в два и более раза ниже частоты исследований.</p> <p>В ходе аудита медицинскими специалистами офтальмологического профиля, в качестве одной из проблем, было отмечено отсутствие доступа к данным Федерального регистра больных сахарным диабетом, что снижает возможности по эффективной организации своевременного оказания медицинской помощи эндокринологическим пациентам с осложнениями офтальмологического профиля.</p> <p>В рамках проведенного исследования «Оценка организации и доступности медицинской помощи пациентам с диабетическим макулярным отеком» установлено, что у 82,3% респондентов диабетический макулярный отек впервые был выявлен, когда они самостоятельно пришли к офтальмологу, почувствовав ухудшение зрения. Только у 16,8% пациентов ДМО был выявлен в ходе регулярного осмотра у офтальмолога при контроле состояния органа зрения пациента.</p> <p>Образовательные мероприятия по диагностике и лечению осложнений сахарного диабета в рамках НМО позволят повысить уровень знаний врачей первичного звена и создадут условия для повышения эффективности реализации федеральной программы по борьбе с сахарным диабетом.</p> <p>Также недостаточный уровень диагностики ДМО обусловлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствием четких схем маршрутизации</li> </ul>
--	--	---	---



		<p>курсов с целью повышения квалификации врачей общей врачебной практики, врачей-эндокринологов первичного звена для повышения настороженности врача относительно офтальмологических осложнений сахарного диабета в рамках курсов НМО с привлечением специалистов НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца, МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.</p> <p>8. Минздраву России совместно с ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», профильными ассоциациями эндокринологов и офтальмологов рассмотреть вопрос о применении дополнительного знака в рамках применения МКБ-10 для кодов E10.3, E11.3 для возможности учета диабетического макулярного отека отдельно от иных нарушений органов зрения при диабете, разработать и направить в профильные медицинские организации рекомендации по единым подходам к кодированию диабетического макулярного отека (до пересмотра клинических рекомендаций).</p>	<p>пациентов на региональном уровне; - отсутствием преемственности эндокринологической и офтальмологической служб.</p> <p>В настоящее время кодирование диабетической ретинопатии возможно по 5 кодам МКБ-10: N36.0 – диабетическая ретинопатия E10.3 – СД I типа, с поражениями глаз E11.3 - СД II типа, с поражениями глаз E10.7, E11.7 – СД с множественными осложнениями Отдельная кодировка для ДМО в МКБ-10 отсутствует, что приводит к отсутствию возможности учета заболеваемости и распространенности ДМО. Предлагаем внести возможность единого подхода к кодированию ДМО.</p>
<p><b>2. Организация офтальмологической службы в регионах</b></p>	<p>Минздрав России, Минтруд России, Минобрнауки России, Росздравнадзор, Ассоциация врачей-офтальмологов</p>	<p>1. 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</p>	<p>1. К основным проблемам, препятствующим своевременной диагностике ДР и ДМО, эксперты, опрошенные в рамках исследования ВСП, отнесли, в том числе, отсутствие необходимого оборудования для диагностики и лечения заболевания, предусмотренного порядками оказания медицинской помощи. Усиление</p>

		<p>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>2. Органам управления здравоохранением регионов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести оценку соответствия оснащения медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «Офтальмология», требованиям приказа Минздрава России от 12.11.2012 №902н;</li> <li>- обеспечить создание в регионе сети офтальмологических консультативно-диагностических центров, исходя из транспортной доступности для населения региона и рекомендуемых штатных нормативов в расчете на численность населения, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, обеспечив оснащение оборудованием в соответствии с утвержденным стандартом оснащения;</li> <li>- рассмотреть возможность создания Центра медицинского офтальмологического (при отсутствии) в соответствии с Приложением 15 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его 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</li> </ul>	<p>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>2. Во многих регионах отсутствует регламентированный порядок маршрутизации пациента с СД для получения медицинской помощи по профилю, соответствующему профилю осложнения, что влечет невозможность своевременного получения медицинской помощи, ухудшение состояния пациентов и не позволит эффективно реализовать федеральный проект по борьбе с СД. Региональные приказы по маршрутизации с распределением зон ответственности медицинских организаций различного профиля и предельными сроками этапов маршрута пациента позволят снизить вышеизложенные риски.</p>
--	--	---	--

		<p>центры соседних регионов.</p> <p>- установить (путем издания приказа органа управления здравоохранением или иным образом) порядок маршрутизации пациентов с подозрениями на осложнения сахарного диабета для диагностики и получения терапии по профилю осложнения. Например, при выявлении признаков ДМО: направление в эндокринологический центр для проведения ОКТ, далее статистический учет пациента с подтвержденным диагнозом, направление для получения интравитреальной терапии, либо включение в лист ожидания для получения интравитреальной терапии.</p> <p>3. 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>3. 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</p>
--	--	--	--

		<p>4. Дополнить Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты положениями о возможности осуществления телемедицинских консультаций, в том числе, в рамках взаимодействия региональных медицинских организаций первого уровня с региональными медицинскими организациями второго уровня.</p>	<p>времени), что оставляет врачу не более 8,5 - 10 минут на весь прием пациента.</p> <p>Применение корректирующих коэффициентов, 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>4. Развитие телемедицинских консультаций «врач-врач» и «врач-врач+пациент» между организациями разного уровня одного региона, 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><b>3. Совершенствование финансового обеспечения медицинской помощи пациентам с ДМО</b></p>	<p>Правительство Российской Федерации, Минздрав России, Федеральные научные лечебные центры, Федеральный Фонд ОМС, главные внештатные специалисты</p>	<p>1. С привлечением профильных научных медицинских исследовательских центров провести оценку рекомендуемых объемов 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 с учетом курсового характера терапии в течение продолжительного времени.</p> <p>2. Рассмотреть возможность включения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- 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).</li> </ul> <p>3. Рассмотреть включение оптической когерентной томографии в число отдельных диагностических исследований, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу), предусмотренных базовой программой</p>	<p>1. В рамках аудита, проведенного Всероссийским союзом пациентов, отмечены следующие ключевые проблемы финансирования оказания медицинской помощи пациентам в ДМО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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</li> </ul>
---	---	--	---

		<p>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.</p>	<p>организаций.</p> <p>- 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.</p>
<p><b>4. Контроль и мониторинг за качеством медицинской помощи</b></p>	<p>Минздрав России, Федеральный Фонд ОМС, Росздравнадзор, региональные государственные органы управления здравоохранения, главные специалисты</p>	<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</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.</p> <p>В ходе исследования в числе проблем были отмечены в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нарушения рекомендуемого режима интравитреального введения препаратов и продолжительности лечения, нарушение дозировок ЛП;</li> <li>- назначение ГКС в качестве терапии 1-ой линии вопреки клиническим рекомендациям по причинам, связанным с медико-социальными</li> </ul>

		«Офтальмология», в том числе за осуществлением интравитреального введения лекарственных препаратов, препятствующих новообразованию сосудов, с учетом требований актуальной редакции клинических рекомендаций.	<p>проблемами (территориальной отдаленностью пациента от медицинского учреждения, неготовностью пациента пройти весь курс инъекций, нехваткой региональных квот)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– увеличение объемов помощи с использованием ИВВ ЛП зависят от субъективной позиции руководителей медицинских организаций,</li> <li>– медицинские организации ориентируются на обеспечение объемов помощи за счет количества пациентов, которым назначены ИВИ, а не необходимого для результативного лечения числа инъекций одному пациенту. Т.е. необходима оценка качества медицинской помощи, исходя из количества пролеченных пациентов в год, получивших полный курс терапии.</li> </ul> <p>Внедрение системы контроля позволит снизить уровень ошибок со стороны медицинских организаций и повысить эффективность медицинской помощи, а также рационально расходовать бюджетные средства.</p>
<b>5. Создание регуляторных условий для адаптации пациентов к жизни с заболеванием и реабилитации</b>	Минздрав России, Российская ассоциация эндокринологов	В рамках пересмотра Клинических рекомендаций по сахарному диабету организовать с привлечением профильных специалистов (ассоциаций) по реабилитации и психологии, а также профильных медицинских специалистов по соответствующим осложнениям СД, включение в рекомендации методов медицинской, социальной, психологической и физической реабилитации, эрготерапии.	<p>Проблемы, с которыми сталкиваются слабовидящие люди в целом можно рассматривать как отсутствие адаптации к окружающей среде и психологической, и физической, и социальной 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 с ДР и ДМО, что препятствует созданию условий для включения необходимых пациентам методов</p>

			реабилитации в индивидуальные программы реабилитации (абилитации) пациентов (ИПРА) и получению соответствующих услуг в рамках государственной социальной помощи
<b>6. Информирование пациентов о заболевании, профилактике и лечении ДМО</b>	Минздрав России, ВСП, региональные государственные органы управления здравоохранением, главные специалисты	<p>1. Обобщить опыт, разработать и систематизировать учебные материалы для пациентов с ДР и ДМО и их родственников.</p> <p>2. Обеспечить в рамках школ диабета с сахарным диабетом распространение информации о ДР и ДМО и иных осложнениях диабета, в том числе, предусмотреть участие профильных врачей-специалистов в мероприятиях для пациентов (диабетологов, офтальмологов, нефрологов, кардиологов, ангиохирургов, ортопедов).</p>	<p>В большинстве регионов действуют школы пациентов для больных сахарным диабетом (школы диабета), при этом школы ориентированы в большей мере на обучение навыкам самоконтроля гликемии. В то же время, уровень знаний пациентов о возможных осложнениях СД, их симптоматике, профилактике и лечении крайне ограничен, что влечет позднее обращение к профильным специалистам и недостаточный уровень приверженности лечению.</p> <p>Повышение уровня осведомленности пациентов о заболевании и его осложнениях является необходимым для реализации федерального проекта по борьбе с сахарным диабетом.</p> <p>Неосознанное отношение пациентов с СД к своему здоровью (отсутствие контроля уровня гликемии) и нарушение регулярности диспансерного наблюдения по вине пациентов, недостаточная информированность пациентов о природе диабетического поражения глаз и возможности развития макулярного отека являются важными факторами риска ухудшения состояния пациентов</p>