

Рекомендации
Общественной палаты Российской Федерации по итогам круглого
стола на тему: «Законодательные инициативы в повышении качества
и доступности офтальмологической помощи»

г. Москва

28 ноября 2019 года

Общественной палатой Российской Федерации (далее – Общественная палата) по инициативе Комиссии Общественной палаты по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения совместно с Экспертным советом по здравоохранению при Комитете Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по социальной политике проведен круглый стол на тему «Законодательные инициативы в повышении качества и доступности офтальмологической помощи» (далее – круглый стол, мероприятие).

В мероприятии приняли участие члены Общественной палаты, члены Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, члены Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по социальной политике, представители федеральных органов исполнительной власти, исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, а также ведущие медицинские эксперты, представители научных и профессиональных организаций, средств массовой информации.

Заслушав и обсудив доклады и выступления представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования Российской Федерации, а также ведущих специалистов федерального и регионального уровней об организации и финансовом обеспечении медицинской помощи пациентам с офтальмологическими заболеваниями, участники круглого стола отметили следующее.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), опубликованным в 2018 году, около 1,3 млрд человек в мире имеют ту или

иную форму нарушения зрения¹. При этом 36 млн человек имеют полную слепоту. Согласно Международной классификации болезней 11 пересмотра (2018 год), нарушения зрения делятся на две группы: нарушение зрения вдаль и нарушение зрения вблизи. Среди лиц, имеющих нарушение зрения вдаль, 188,5 млн человек – с легкими нарушениями зрения; 217 млн – с нарушениями от умеренных до тяжелых; 826 млн человек в мире имеют нарушения зрения вблизи.

Основными причинами нарушения зрения выступают нескорректированные аномалии рефракции и катаракта. Приблизительно 80 % всех случаев нарушения зрения, отмечающихся в мире, считаются предотвратимыми. Большинство людей с нарушениями зрения входят в возрастную группу старше 50 лет.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, представленным на круглом столе, в России показатель заболеваемости населения глазной патологией составляет около 10 тыс. человек на 100 тыс. населения. Его динамика за 2008 – 2017 гг. характеризуется снижением как общей (5,7%), так и первичной (7,7%) заболеваемости (на 100 тыс. населения). Однако при расчете статистики² не учитываются обращения населения в организации частной системы здравоохранения, что не в полной мере обеспечивает полноту сбора сведений и является одной из проблем учета заболеваемости населения глазной патологией.

По данным ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, за последние 20 лет заболевания сетчатки глаза стали одной из основных причин развития слепоты, достигнув доли 25 % (2 место) среди всех причин потери зрения в России. В структуре

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

² Сбор, учет и обработка указанной статистической информации осуществляется в соответствии с формой федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Начиная с отчета за 2019 год используется форма, утвержденная приказом Федеральной службы государственной статистики от 22 ноября 2019 года № 679.

инвалидности по зрению доля заболеваний сетчатки неуклонно растет и имеет прирост с 9 % в 1997 году до 25 % в 2016 году. Наибольший вклад в структуру инвалидности по зрению среди заболеваний сетчатки вносят возрастная макулярная дегенерация (далее – ВМД) и диабетическая ретинопатия с долей 20,5 %.

Отсутствие своевременного лечения при данных заболеваниях неизбежно приводит к потере зрения и инвалидности. Актуальность своевременной диагностики и лечения заболеваний сетчатки глаза возрастает в связи с ростом продолжительности жизни, увеличением трудоспособного возраста и распространенности неинфекционных заболеваний (в частности, сахарного диабета и, как следствие, его осложнений в области заболеваний глаз).

В Российской Федерации предпринимается ряд мер, направленных на совершенствование офтальмологической службы. Продолжает формироваться единая нормативно-правовая база.

В частности, приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 5 июня 2017 года № 470н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 26 июня 2017 года, регистрационный № 47191) утвержден профессиональный стандарт «Врач-офтальмолог», который содержит описание трудовых функций, требования к образованию и обучению, особые условия допуска к исполнению обязанностей, возможные наименования должностей, профессий и является основой для разработки образовательных программ подготовки (переподготовки) и реализации процедуры аккредитации специалистов в области офтальмологии.

Кроме того, ведется работа по разработке и внедрению клинических рекомендаций, регламентирующих действия врача по вопросам оказания медицинской помощи при различных заболеваниях. В настоящее время профессиональными ассоциациями сформированы проекты клинических

рекомендаций по оказанию медицинской помощи при заболеваниях органов зрения, которые в порядке, установленном статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 102н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 29 марта 2019 года, регистрационный № 54215), подлежат рассмотрению Научно-практическим советом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Также необходимо отметить, что с учетом высокой ресурсоемкости стационарной помощи важное значение приобретают стационарзамещающие технологии (далее – СЗТ), позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинской помощи. К таким организационным формам относятся: стационары дневного пребывания в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационары дневного (ночного) пребывания в больничных учреждениях, стационары на дому. С 2019 года в соответствии с инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета классификационных критериев, и подходами к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования³, офтальмологическая помощь в круглосуточном стационаре оплачивается полностью, в том числе при нахождении пациента в стационаре (дневном и круглосуточном) менее 3 дней, что должно обеспечить сокращение сроков ожидания хирургического лечения

³ Инструкция распространена письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13 декабря 2019 года № 17151/26-1/и в дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 12 декабря 2019 года Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№ 17033/26-2/и).

и способствовать эффективному расходованию средств обязательного медицинского страхования.

В последние годы в здравоохранении активно развивается профилактическое направление. В ходе профилактических осмотров диагностируется 8 % заболеваний органов зрения. Одновременно с этим сохраняется высокая доля слепоты и слабовидения, которые впервые регистрируются при профилактических осмотрах, что свидетельствует о необходимости активизации мероприятий, направленных на повышение доступности первичной офтальмологической помощи для населения.

В то же время действующие и применяемые стандарты оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов зрения не актуальны, поскольку не пересматривались длительное время и не отражают современные достижения в лечении офтальмологических заболеваний.

Широкое внедрение современных технологий в практическое здравоохранение ограничивают тарифы на оказание медицинской помощи офтальмологическим больным, рассчитываемые в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которые не всегда в полном объеме покрывают расходы медицинских организаций на оказание медицинской помощи в соответствии с имеющимися показаниями. Примером может послужить хирургическое лечение глаукомы, одним из основных методов которого является имплантация различных клапанных дренажных систем, необходимая в ряде случаев для сохранения остаточного зрения и качества жизни пациента. Однако стоимость дренажных клапанных систем превышает тариф законченного случая лечения по клинико-статистической группе «st21.004 «Операции на органе зрения (уровень 4)»»,

в которую входит услуга «А 16.26.130 Имплантация дренажа антиглаукоматозного».

Кроме того, необходима реализация мероприятий по улучшению качества и доступности стационарной медицинской помощи для офтальмологических больных. Для пациентов с ВМД и диабетическим макулярным отеком (далее – ДМО) позднее начало лечения приводит к невосполнимой потере зрения, поэтому при распределении объемов медицинской помощи целесообразно обеспечить приоритет ее предоставления пациентам с глазными патологиями, которые могут быть предотвращены при своевременном начале лечения и соблюдении режима терапии.

Стоит отметить, что при достаточной общей численности врачей-офтальмологов в регионах отмечается кадровый дисбаланс по уровням оказания медицинской помощи и низкая обеспеченность системы здравоохранения офтальмологами высокой квалификации, владеющими современными технологиями оказания медицинской помощи офтальмологическим больным (41 – 42 %). Одной из причин этого является ограниченный доступ врачей-ординаторов и молодых специалистов к обучению и программам дополнительного образования с использованием современного медицинского оборудования для совершенствования хирургических навыков при лечении офтальмологических заболеваний.

Несмотря на активное внедрение инновационных технологий в здравоохранение, в том числе для лечения офтальмологических заболеваний, степень удовлетворенности пациента остается на низком уровне.

Данные исследования реальной клинической практики LUMINOUS, в котором участвовали более 30 000 пациентов из 43 стран с разным уровнем развития здравоохранения, показали, что время ожидания начала

лечения в Российской Федерации в 4 раза выше, чем в среднем по миру. Уровень обеспеченности ингибиторами ангиогенеза у пациентов с заболеваниями сетчатки глаза в Российской Федерации в 13 – 70 раз ниже, чем в других странах. Сравнение со странами Европы по объемам закупок ингибиторов ангиогенеза позволяет сделать вывод, что в России на тысячу населения приходится 0,3 флакона, тогда как в европейских странах – от 4 до 21 флакона. Большая часть пациентов с заболеваниями сетчатки глаза не получает лечения, отвечающего мировым стандартам, а часть получает только ограниченное количество инъекций, что напрямую отражается на эффективности лечения, в то время как, по данным многочисленных международных рандомизированных клинических исследований, выявлена прямая зависимость остроты зрения от числа проведенных инъекций. Таким образом, недостаточная обеспеченность пациентов с заболеваниями сетчатки глаза ингибиторами ангиогенеза приводит к низкому функциональному результату, снижению остроты зрения и, как следствие, неэффективному расходованию ресурсов.

Низкое применение ингибиторов ангиогенеза в Российской Федерации обусловлено рядом факторов, в первую очередь, ограниченным объемом медицинской помощи по профилю «Офтальмология», в том числе несоответствием выделяемых объемов медицинской помощи в разрезе заболеваний сетчатки глаза реальной потребности в проведении интравитреального введения лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению ВМД и ДМО. Согласно статистическим данным, рассчитанным в соответствии с формой федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»⁴, прирост общего числа

⁴ Начиная с отчета за 2018 год используется форма, утвержденная приказом Федеральной службы государственной статистики от 19 ноября 2018 года № 679.

хирургических операций по профилю «офтальмология» в 2017 – 2018 гг. составил менее 2%.

При этом ежегодно увеличиваются требования к качеству оказания медицинской помощи. В сложившейся ситуации необходимо внедрение комплексного подхода к организации оказания медицинской помощи, являющегося основой ценностного ориентирования в медицине. Сутью данного подхода является оптимизация взаимосвязи между затратами на оказание медицинской помощи и ее результатами. Ценностно-ориентированное здравоохранение (далее – ЦОЗ) количественно оценивает клинические результаты (исходы) и соотносит их с другими параметрами, такими как экономическая и социальная выгода. Ключевыми компонентами ЦОЗ являются: пациент-центрированность, персонализированный учет исходов и финансовых затрат при оказании медицинской помощи, оплата за результат, а не за процесс.

Действующие в нашей стране подходы к оценке качества медицинской помощи предусматривают проведение анализа индикаторов, важных для медицинских организаций (смертность, количество пролеченных больных и другие), а не для пациента, получающего помощь. Тогда как в ЦОЗ ключевая роль принадлежит пациенту как плательщику и потребителю услуги, поэтому оценивается достижение результатов лечения (исходов), важных именно для пациента.

В настоящее время в России реализуется ряд пилотных проектов по внедрению подходов ЦОЗ, в том числе по лечению катаракты. Реализация данных подходов возможна только при условии широкомасштабного внедрения информатизации и цифровых технологий в практическое здравоохранение.

Таким образом, несмотря на происходящие позитивные изменения в организации оказания медицинской помощи пациентам с офтальмологическими заболеваниями, имеется ряд нерешенных вопросов,

как связанных с финансированием и нормативным правовым регулированием, так и в части развития системы оказания офтальмологической помощи.

На основании вышеизложенного, в целях решения вышеуказанных проблем Общественная палата Российской Федерации рекомендует:

Федеральному Собранию Российской Федерации совместно с Правительством Российской Федерации в рамках работы по совершенствованию законодательства, регулирующего отношения в сфере охраны здоровья граждан и обязательного медицинского страхования рассмотреть возможность учета проблем, которые обсуждены участниками в ходе круглого стола и возникают в системе оказания гражданам офтальмологической медицинской помощи, в том числе нормативного закрепления права пациента по софинансированию стоимости дорогостоящих лекарственных препаратов и расходных материалов при проведении хирургического лечения заболеваний органов зрения, обеспечение которыми не предусмотрено в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в целях повышения качества оказания медицинской помощи, сокращения сроков ее ожидания пациентами и повышения эффективности использования финансовых средств и ресурсов здравоохранения рассмотреть возможность внедрения в систему здравоохранения механизмов ЦОЗ и разработки объективной системы распределения плановых объемов оказания специализированной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации с учетом фактически выполненных медицинскими организациями за предшествующий период объемов и спектра медицинских услуг с использованием всех источников

финансирования, а также фондооснащенности и фондовооруженности медицинских организаций.

Министерству здравоохранения Российской Федерации

Рассмотреть возможность:

1. Создания рабочей группы по определению целесообразности разработки и реализации в рамках национального проекта «Здравоохранение» нового федерального проекта «Развитие системы оказания офтальмологической помощи населению Российской Федерации» и выработки предложений по его содержанию.

2. В целях обеспечения оценки эпидемиологической ситуации и разработки организационных, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий создания федерального регистра пациентов с социально значимыми глазными патологиями, которые вносят наибольший вклад в структуру инвалидности по зрению (глаукома, ретинопатия недоношенных, диабетическая ретинопатия, возрастная макулярная дегенерация).

3. Обеспечения включения в программы подготовки врачей-офтальмологов (офтальмохирургов) мероприятий по использованию симуляторов, а также поэтапного допуска хирургов к выполнению сложных операций, обеспечивающего высокое их качество и результаты.

4. В целях совершенствования оказания медицинской помощи при офтальмологических заболеваниях в рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» обеспечения следующих результатов: сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, упрощение процедуры записи на прием к врачу, обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе

для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь и стационарную помощь.

5. Актуализации и приведения стандартов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов зрения в соответствие с современными мировыми практиками и клиническими рекомендациями, используемыми при оказании офтальмологической медицинской помощи.

6. Внесения изменения в Требования к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 года № 121н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 6 мая 2013 года, регистрационный № 28321), дополнив перечень работ (услуг), организуемых и выполняемых при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара (подпункт 3 пункта 3), профилем «офтальмология».

Федеральному фонду обязательного медицинского страхования:

Рассмотреть возможность:

1. В целях повышения доступности современных методов лечения офтальмологических заболеваний, в том числе в рамках

стационарзамещающих технологий, продолжения работы по совершенствованию тарифной политики в области оказания медицинской помощи пациентам с глазными патологиями по обязательному медицинскому страхованию.

2. В Инструкции по группировке случаев, в том числе в правилах учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования⁵ (далее – Инструкция) к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования:

а) пересмотра и расширения перечня оперативных вмешательств (услуг), входящих в клинико-статистические группы (КСГ) для дневного стационара, и внесения корреспондирующих изменений в Инструкцию;

б) при формировании (изменении) Инструкции недопущения включения мер, приводящих к снижению размера тарифа по обязательному медицинскому страхованию для КСГ, содержащих медицинские услуги, применяемые при заболеваниях сетчатки глаза. В частности, не включать КСГ «Операции на органе зрения (уровень 5)» и «Операции на органе зрения (уровень 6)» в перечень групп, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС), а включить указанные КСГ в перечень групп, к которым не применяется понижающий управленческий коэффициент (КУ);

в) пересмотра и расширения перечней хирургических вмешательств в офтальмологии с учетом одномоментного выполнения нескольких хирургических вмешательств при их проведении в рамках одной госпитализации и внесения корреспондирующих дополнений в Инструкцию;

⁵ Инструкция распространена письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13 декабря 2019 года № 17151/26-1/и

г) переноса медицинской услуги «А 16.26.130 Имплантация дренажа антиглаукоматозного» из КСГ st21.004 «Операции на органе зрения (уровень 4)» с коэффициентом затратоемкости 1,19 в КСГ st21.005 «Операции на органе зрения (уровень 5)» с коэффициентом затратоемкости 2,11;

д) переноса медицинской услуги А16.26.093.001 «Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера» из КСГ st21.005 «Операции на органе зрения (уровень 5)» с коэффициентом затратоемкости 2,11 в КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» с коэффициентом затратоемкости 2,33.

Высшим должностным лицам (руководителям высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации

Рассмотреть возможность:

1. Реализации мер, направленных на сокращение времени ожидания пациентов на оперативное лечение катаракты и заболеваний сетчатки глаза и времени пребывания в стационаре, в том числе предусматривающих внедрение современных методов лечения и стационарзамещающих технологий.

2. Реализации мер по ликвидации кадрового дисбаланса, а также по повышению уровня квалификации медицинских кадров, в том числе путем внедрения системы непрерывного медицинского образования и реализации программ совершенствования специалистов на рабочем месте.

3. Включения в программные документы стратегического планирования, в частности, в государственную программу субъекта Российской Федерации «Развитие здравоохранения», региональные проекты, реализуемые в рамках национального проекта «Здравоохранение», мероприятий, предусматривающих повышение уровня доступности и качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями

сетчатки глаза, а также направленных на предотвращение, своевременное выявление и начало лечения слепоты и заболеваний сетчатки глаза.

4. Проведения совместно со средствами массовой информации, профильными некоммерческими организациями и иными заинтересованными лицами информационных кампаний, направленных на максимальный охват населения диспансеризацией, первичной медицинской профилактикой офтальмологических заболеваний.

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования

Рассмотреть возможность:

1. При планировании объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования на 2020 и последующие годы учета потребностей субъектов Российской Федерации в увеличении объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой пациентам с заболеваниями сетчатки в соответствии с клиническими рекомендациями.

2. Для снижения бремени инвалидизирующих заболеваний сетчатки глаза при распределении объемов медицинской помощи в рамках профиля «Офтальмология» учета тяжести заболевания в течение планируемого периода и исходов – в отсутствие оперативного лечения.

3. Широкого распространения использования действующих механизмов оплаты медицинской помощи, стимулирующих применение хирургических методов лечения заболеваний сетчатки глаза, в рамках тарифных соглашений субъектов Российской Федерации, в том числе путем корректировки (пересмотра) соответствующего коэффициента затратоемкости.