

С этого года диспансеризация стала включать в себя новые обследования.

При поликлиниках открываются школы для диабетиков плюс увеличиваются расходы на диспансерное наблюдение за людьми с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, диабетом. Подробности в интервью «РГ» рассказал председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин.

— В рамках диспансеризации появится, например, исследование репродуктивного здоровья. Это для людей какого возраста?

— Обследование репродуктивного здоровья предусмотрено для людей старше 18 лет. И желающие могут его пройти и в рамках обычной диспансеризации, и только по этому профилю. Этот вид обследований направлен на раннее выявление нарушений репродуктивного здоровья, связанных в том числе с экологическими факторами, неправильным питанием, вредными привычками, врожденными заболеваниями, наследственностью и стрессами. В его рамках предполагается большой спектр специфических обследований — дополнительные УЗИ, микроскопические и цитологические исследования.

— А если в результате обследования выяснится, что у человека есть показания к ЭКО, сколько раз его можно сделать по программе ОМС?

— Процедура экстракорпорального оплодотворения — сложный, многокомпонентный, требующий длительной подготовки процесс, он проводится по строгим медицинским показаниям в соответствии с порядком, установленным Минздравом. Сроки и кратность проведения методов вспомогательных репродуктивных технологий определяет лечащий врач. За счет средств ОМС с 2013 года проведено 700 тыс. процедур ЭКО.

— С этого года диспансеризация будет включать в себя тестирование на наличие антител к гепатиту С. Это исследование будет проводиться поголовно?

— Тестирование на наличие антител к гепатиту С будет проводиться раз в 10 лет всем застрахованным старше 25 лет, пришедшим на диспансеризацию, это заболевание, как и многие другие, на ранних стадиях протекает бессимптомно. Кроме того, гепатит С теперь и лечиться будет за счет средств ОМС, до сих пор пациенты с диагнозом гепатит С могли получить помощь за счет региональных бюджетов. При этом в части субъектов не было программ по вирусным гепатитам. Теперь в каждом регионе лечение гепатита С предусмотрено территориальной программой ОМС.

— Выросли сроки проведения углубленной диспансеризации. О чем речь?

— Это касается людей, переболевших коронавирусной инфекцией. Раньше они могли пройти углубленную диспансеризацию в течение 60 дней после болезни, теперь — в течение года. Это сделано, чтобы охватить большее число застрахованных и при необходимости оказать медицинскую помощь.

— Ожидается, что в этом году на диспансеризацию придут 100 млн человек против 83 млн в прошлом году. Почему вы решили, что будет рост?

— Профилактическое направление остается приоритетом. Плюс стало модным следить за своим здоровьем. С этого года можно будет пройти диспансеризацию на рабочем месте. Также с этого года страховая медорганизация и медицинская организация, которая проводит диспансеризацию на отдаленных территориях, должна информировать жителей о месте и времени проведения.

— А каковы итоги профосмотров и диспансеризаций прошлого года?

— Как я уже говорил, профмероприятия прошли 82,8 млн человек, в итоге у 26% нет хронических неинфекционных заболеваний, но есть риски сердечно-сосудистых заболеваний. По результатам первого этапа диспансеризации на консультацию к узким

специалистам направлены 17,1 млн человек, а на дополнительные обследования — 5,7 млн человек.

В том числе благодаря профосмотрам и своевременно оказанной медпомощи доля смертельных случаев из-за онкологии в прошлом году снизилась на 0,6%, а из-за сердечно-сосудистых заболеваний — на 3,2%.

101,5 млрд рублей направят на диспансерное наблюдение за онкобольными, пациентами с сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

— Плюс установлены нормативы для проведения этого наблюдения. О чем речь?

— Речь идет о людях с хроническими заболеваниями, которые стоят на учете у специалистов этих профилей. Раньше был один норматив по приему пациентов на все три направления. С этого года у каждого из них свое «задание». Пережил человек инфаркт, выписали его из больницы, поставили на диспансерный учет к кардиологу в поликлинике, и пациент продолжает жить своей прежней жизнью, пока не случится рецидив. В этом году устанавливается норматив, сколько конкретно «сердечников», онкобольных или больных сахарным диабетом должны посетить профильных врачей, не дожидаясь ухудшения состояния или обострения. Если человек сам не приходит, ему должны будут позвонить и пригласить на прием, обследовать, скорректировать лечение.

— При поликлиниках должны работать школы для диабетиков. Зачем они нужны?

— Человеку, у которого выявили сахарный диабет, часто нужно многое поменять в жизни, иначе последствия для его здоровья могут быть самыми серьезными. И этому его нужно учить. Как считать калории, как измерять сахар, какие продукты можно есть, а какие — нет, что делать, если произошло ухудшение. Этому всему и учат в школах сахарного диабета. Эндокринолог за один прием пациента не в состоянии донести до него всю эту информацию. Курс рассчитан на 20 часов обучения. Пациенту самому не нужно искать школу. Его направит лечащий врач-эндокринолог.

— В ряде регионов есть проблема с доступом к узким специалистам. В таком случае пациент может обратиться к врачу в платную клинику, а потом получить возмещение расходов от системы ОМС?

— Программой госгарантий бесплатного оказания помощи определено, что срок ожидания приема узкого специалиста не должен превышать 14 дней. Если медучреждение не может обеспечить прием пациента нужным врачом в этот срок, оно обязано перенаправить его на прием к такому специалисту в другое медучреждение. Если медорганизация не выполняет эти условия, пациенту стоит обратиться в страховую медорганизацию, которая выдала ему полис ОМС, и та должна вмешаться и обеспечить доступ пациента к нужным врачам и обследованиям. Страховая медорганизация — это помощник или даже адвокат для пациентов. А вот если страховщик тоже не предпринял мер и попасть к врачу в положенные сроки так и не удалось — это уже повод обратиться в территориальный фонд ОМС, который проверит законность действий медучреждения, страховщика и примет меры.

Для приближения узкопрофильной квалифицированной медпомощи ко всем вне зависимости от региона в программе госгарантий усилена роль телемедицинских консультаций. За январь — ноябрь 2022 года в амбулаторных условиях таких консультаций было проведено 4 млн, а в прошлом году за такой же период — уже 7,9 млн. Порядок получения медпомощи четко регламентирован, в том числе и медицинскими показаниями. Так, сдать анализы, пройти обследование, получить медпомощь узкого специалиста в поликлинике пациент может по направлению врача. Если такого направления нет и пациент по своему усмотрению обратился в медучреждение, подписал договор на оказание платных медуслуг, возврат средств не предусмотрен.