



## **РЕЗОЛЮЦИЯ Круглого стола №41**

### **«Как сделать так, чтобы лечение состоялось? Приверженность лечению как основа достижения целей системы здравоохранения» XVI Всероссийский конгресс пациентов Россия, Москва, 21 ноября 2025 года**

Круглый стол состоялся в рамках XVI Всероссийского конгресса пациентов и посвящён одной из ключевых проблем современной системы здравоохранения – приверженности лечению.

В дискуссии приняли участие представители пациентских организаций, ведущие клиницисты, исследователи, руководители профессиональных обществ и эксперты в области доказательной медицины. С пациентской стороны выступили лидеры общероссийских объединений, представляющие онкологических больных и другие группы с тяжёлыми хроническими заболеваниями. Медицинское сообщество было представлено терапевтами, кардиологами, специалистами по атеросклерозу, артериальной гипертензии, гастроэнтерологами и организаторами здравоохранения. Такой состав позволил рассмотреть проблему приверженности с разных ракурсов: клинического, организационного, образовательного и правозащитного. Участники подчёркивали, что без системного диалога между врачами, пациентами и регуляторами устойчивых решений добиться невозможно.

В ходе обсуждения была обозначена ключевая проблема: низкая приверженность лечению является самостоятельным фактором риска, сопоставимым по значимости с традиционными биомедицинскими показателями. На примерах сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, хронической сердечной и почечной недостаточности, ХОБЛ и варикозной болезни было показано, что пациенты часто прекращают терапию или произвольно меняют схемы. Это приводит к прогрессированию заболеваний, росту госпитализаций, развитию фатальных осложнений и снижению ожидаемой продолжительности жизни. Участники подчеркнули, что особенно уязвимы малосимптомные и длительно текущие патологии, при которых пациент не ощущает немедленной угрозы и недооценивает важность регулярного приёма препаратов.

Были подробно рассмотрены барьеры, препятствующие формированию устойчивой приверженности. Среди них – патерналистская модель взаимодействия, когда пациент пассивен и не включён в принятие решений, а также контрактная логика ОМС, ориентированная на формальные показатели, а не на долгосрочный результат. Существенную роль играют информационный шум и недоверие, подпитываемые антивакцинаторскими настроениями, мифами о вреде статинов и других жизненно важных препаратов. Отдельно обсуждалась низкая приверженность самих врачей к клиническим рекомендациям и профилактическим практикам, включая вакцинацию и лечение инфекций, таких как *Helicobacter pylori*. Указывалось, что без изменения установок медицинского сообщества невозможно требовать дисциплины от пациентов.

Последствия сложившейся ситуации выходят далеко за рамки индивидуального уровня и затрагивают устойчивость всей системы здравоохранения. Низкая приверженность сводит на нет значительную часть инвестиций государства в лекарственное обеспечение, высокотехнологичную помощь и развитие инфраструктуры. Примеры с «лекарственными каникулами» показали, что при отсутствии сопровождения до

половины пациентов фактически обнуляют эффект дорогостоящей терапии. Это ведёт к росту смертности от хронических неинфекционных заболеваний, ухудшению демографических показателей и расхождению фактической динамики продолжительности жизни с целевыми ориентирами национальных проектов. Участники подчёркивали, что игнорирование проблемы приверженности делает невозможным достижение стратегических целей по продлению активной жизни населения.

В качестве рамки решений предлагался комплексный подход, сочетающий клинические, организационные, образовательные и правовые меры. С медицинской точки зрения акцент делался на необходимости рутинной оценки приверженности, адаптации схем лечения под реальное поведение пациента, использовании фиксированных комбинаций и упрощённых режимов приёма. Организационно предлагалось включить разделы о приверженности в клинические рекомендации, медицинскую документацию и программы клинических исследований.

Большое внимание уделялось развитию школ пациентов, внедрению цифровых инструментов сопровождения и созданию дискуссионной площадки с участием Минздрава, научных организаций и пациентских союзов. При этом подчёркивалось, что любые меры должны учитывать этические аспекты, право пациента на выбор и необходимость работы с общественными установками, а не только с формальными показателями.

Итогом круглого стола стало признание приверженности лечению одним из ключевых факторов, определяющих эффективность системы здравоохранения и достижение национальных целей по продлению активной жизни населения.

Участники считают, что проблема носит комплексный характер и затрагивает не только поведение пациентов, но и практику врачей, организацию помощи, нормативную базу и общественные установки.

Подчёркнуто, что без системного учёта приверженности даже самые современные технологии и клинические рекомендации не обеспечат ожидаемого снижения смертности и инвалидизации. Важным результатом обсуждения стало формирование общего понимания необходимости перехода от эпизодических инициатив к устойчивой государственной политике в этой сфере.

Особое значение было уделено опыту, демонстрирующему, что целенаправленная работа с пациентами и общественными экспертами способна радикально снизить долю «лекарственных каникул» и повысить эффективность дорогостоящих программ лекарственного обеспечения. Примеры из кардиологии, гастроэнтерологии и онкологии показали, что при правильной организации диалога, поддержке со стороны семьи и доступных образовательных инструментах пациенты готовы брать на себя большую ответственность.

Вместе с тем обсуждение выявило и ограничения существующих подходов, включая недостаточную применимость многих опросников в реальной практике и риск формализации любых новых показателей. Это потребовало более осторожного и взвешенного подхода к внедрению инструментов оценки приверженности.

Важным выводом стало понимание, что медицина должна рассматриваться не только как биомедицинская, но и как социальная наука, тесно связанная с ценностями, верованиями и культурой общества. Участники подчеркнули, что работа с приверженностью невозможна без изменения общественного отношения к здоровью, преодоления мифов и формирования доверия к профессиональному сообществу. В этом контексте особая роль отводится пациентским организациям, которые способны транслировать ожидания граждан государству и одновременно объяснять пациентам логику принимаемых решений. Согласованная позиция сторон создаёт основу для выработки реалистичных и этически выверенных мер, учитывающих право пациента на выбор и необходимость защиты общественных интересов.

Участники выразили готовность к дальнейшему сотрудничеству и экспертной поддержке, рассматривая результаты круглого стола как отправную точку для долгосрочной совместной работы.

В заключение отмечено, что успех предложенных инициатив будет зависеть от согласованных действий государства, профессионального сообщества и гражданского общества. Только при условии реального партнёрства, отказа от избыточного патернализма и признания пациента полноправным участником процесса лечения можно рассчитывать на устойчивые изменения. Круглый стол показал, что в стране уже накоплен значительный научный и практический потенциал в области изучения приверженности, который необходимо консолидировать и направить в русло практических решений.

По итогам обсуждения участники рекомендуют:

**Министерству здравоохранения Российской Федерации:**

1. Включить оценку приверженности лечению и индивидуализацию вмешательств с её учётом в федеральные клинические рекомендации по хроническим неинфекционным заболеваниям.
2. Создать межведомственную дискуссионную площадку и постоянную рабочую группу по управлению лечением на основе приверженности с участием профессиональных и пациентских организаций.
3. Обеспечить интеграцию разделов по приверженности и коммуникации с пациентом в образовательные стандарты и программы подготовки врачей, среднего медперсонала и провизоров.
4. Разработать нормативные требования к рутинной оценке приверженности в амбулаторной и стационарной практике без увеличения формальной нагрузки на врача.
5. Расширить меры лекарственного обеспечения и экономической доступности жизненно важных препаратов для повышения мотивации пациентов к длительной терапии.

**Региональным министерствам и департаментам здравоохранения:**

1. Организовать на региональном уровне школы пациентов для основных хронических нозологий с участием мультидисциплинарных команд и пациентских организаций.
2. Внедрить в медицинских организациях практику регулярного информирования пациентов о целях лечения, рисках прерывания терапии и правилах ответственного самолечения.
3. Поддерживать пилотные проекты по использованию цифровых сервисов и напоминаний для сопровождения пациентов с низкой приверженностью.
4. Обеспечьте подготовку и методическую поддержку врачей первичного звена по вопросам оценки и повышения приверженности лечению.
5. Учитывать показатели приверженности и результаты профилактических программ при планировании региональных программ здравоохранения и распределении ресурсов.

**Научно-исследовательским центрам и профессиональному сообществу:**

1. Продолжить разработку и валидацию комплексных инструментов оценки приверженности, пригодных для практического применения без существенного увеличения времени приёма.
2. Изучить влияние приверженности на исходы лечения и экономические показатели в различных нозологиях с учётом поведенческих и социокультурных факторов.
3. Включить параметры приверженности как корректирующие или стратифицирующие факторы в дизайн клинических и наблюдательных исследований.

4. Проводить сравнительный анализ эффективности образовательных, цифровых и организационных интервенций, направленных на повышение приверженности.
5. Разрабатывать методические рекомендации по работе с низкоприверженными группами пациентов, основанные на междисциплинарных исследованиях.

**Общественным организациям и пациентским объединениям:**

1. Укрепить роль пациентских организаций как посредников между государством и пациентами в вопросах информирования, обратной связи и совместной выработки решений.
2. Развивать программы школ пациентов и взаимопомощи, направленные на формирование ответственности за собственное здоровье и соблюдение назначений.
3. Собирать и систематизировать данные о барьерах приверженности с позиции пациентов и направляйте обобщённые предложения регуляторам и профессиональным сообществам.
4. Участвовать в разработке и экспертизе нормативных актов и клинических рекомендаций, затрагивающих вопросы приверженности и коммуникации.
5. Продвигать просветительские кампании, направленные на противодействие медицинским мифам, антивакцинаторским настроениям и недоверию к доказательной терапии.