…Отсутствие реального прогресса в борьбе с ХНИЗ вызвано не медицинскими причинами, а ***нехваткой политической и социальной воли.***

Генеральный секретарь ООН г-н Пан Ги Мун, ассамблея Всемирной организации здравоохранения (WHO, Geneva, 25/05/2012)

РЕЗОЛЮЦИЯ _2012

Общемировое отношение к проблемам ХНИЗ, подтверждающее глобальный характер проблемы сахарного диабета, определено эпохальными международными актами, принятыми всеми государствами членами ООН: резолюцией ООН от 26 декабря 2006г, саммитом ассамблеи ООН сентября 2011г, и подтверждено ассамблеей ВОЗ прошедшей 25 мая 2012 года в Швейцарии.

Мы, вслед за специалистами, убеждены, что во многом, эпидемический характер диабета типа 2 в России и во всем мире обусловлен бедностью, неравенством в здравоохранении (доступность услуг, информации, отсутствием действенных программ профилактики) и социальной сфере (экологическими проблемами, критическими недостатками образования, проблемами с трудоустройством и пр.).

Мы положительно оцениваем инициативу Комиссии Общественной палаты РФ по здоровью нации,возглавляем**ой** академиком Лео Бокерия, инициировавшей проведение в регионах России серии круглых столов в рамках проекта «Диабет: Время действовать», которые должны завершиться слушаниями в ОПРФ и ожидаемыми решениями, судьбоносными для как минимум 10-12 млн жителей России.

Мы благодарны руководству ООО «Лига здоровья нации», ООО «Ново Нордиск»

взявших на себя бремя организации и проведения этой первой в своем роде, целевой общероссийской акции.

На проведенных круглых столах 19 и 25 апреля и 31 мая 2012 года в Ростове на Дону, Нижнем Новгороде и Екатеринбурге главные специалисты - эндокринологи, руководители здравоохранения имели возможность поделиться друг с другом опытом организации диабетологической помощи пациентам с сахарным диабетом в регионах. Представители диабетических общественных ассоциаций пациентов сообщить о наиболее актуальных проблемах жизни и медико-социального обеспечения своих членов.

Оценивая первые итоги проведенных дискуссий как положительные, представители диабетических ассоциаций пациентов считают необходимым заявить о необходимости скорейшей реализации ряда положений данной резолюции, как наиболее важных и определяющих сегодня качество и продолжительность жизни миллионов жителей России, больных сахарным диабетом, но не нашедших отражения при проведении круглых столов в регионах, в той мере, какой они этого заслуживают:

А. При выработке новых решений и подходов к лечению и профилактике сахарного диабета следует учитывать, что основополагающим являются принципы заботы государства о здоровье населения России определенные Конституцией РФ и рядом законодательных актов, основанных на Конституции РФ.

Неприемлемо в целях экономии финансовых ресурсов, поспешное введение норм, ухудшающих медико-социальное обеспечение носителей социально-значимого недуга – диабета, как это произошло после принятия закона о монетизации льгот.

Б. Недопустимо на этапе становления системы профилактики Хронических Неизлечимых Заболеваний (ХНИЗ), в принципе, проблему профилактики перевести в русло рассуждений: «заболел - сам виноват, не занимался своим здоровьем», возложив все бремя ответственности за заболевание на пациента.

Возложение на гражданина, пациента, носителя недуга меры экономической ответственности за проявление сахарного диабета типа 2, возможно, лишь в финале эффективной информационно-профилактической программы, когда пациентом будет получена полная и адаптированная информация о путях профилактики недуга, и в случае явного его нежелания изменять заведомо нездоровый образ жизни, переходить от пассивного к активному отношению к своему здоровью.

Без эффективной системы ТОП нет профилактики.

1. 1.**Основой вторичной профилактики сахарного диабета является**: профессиональное и реально финансируемое терапевтическое обучение пациентов (ТОП) на всех этапах от нарушенной толератности к глюкозе до терминальных стадий недуга. В отсутствии же постоянного и приближенного к пациенту терапевтического обучения, осуществляемого профессиональными специалистами-обучателями, в течение всей жизни больного диабетом, нет смысла говорить о прочих составляющих алгоритмов лечения диабета.

1. 2.Решать вопросы эффективного лечения пациентов с диабетом возможно лишь при наличии достаточного количества с п е ц и а л и с т о в: как эндокринологов, так и медсестер диабетологического профиля, **институт которых в РФ до настоящего времени по непонятным причинам отсутствует**, но именно они как показывает зарубежный опыт могут осуществлять части профилактики, обучения, медицинской опеки вновь заболевших.

Четкое деление объектов профилактики.

1. 3.Профилактика и борьба за здоровый образ жизни - принесут свои плоды, однако говоря **о профилактике диабета,** нельзя забывать о проблемах:

- **больных диабетом типа 1 (инсулинозависимых), к которым понятие профилактики вообще неприменимо** и здесь, основная задача: повышать качество жизни этой категории больных, через обучение и **безусловное обеспечение их наиболее эффективными, последней генерации** - сахароснижающими средствами и тест-полосками для контроля гликемии, причем в неразрывной связи, т.к. управление недугом невозможно, без постоянного доступного

мониторирования уровня сахара крови;

- **пациентов, которые уже заболели диабетом типа 2,** и в отношении которых можно говорить лишь о вторичной профилактике (профилактике осложнений), что тоже достижимо, но если пациенты обеспечены в полноте всеми эффективными сахароснижающими средствами, в том числе инсулинами, причем на более раннем, чем сейчас, этапе заболевания.

Основа вторичной профилактики - решение вопроса лекарственного обеспечения.

1. 4.Ввести в федеральные перечень ЖНВЛП - все обозначенные в стандартах/алгоритмах лечения сахарного диабета лекарственные средства и средства медицинского назначения (так например - тест-полоски для самоконтроля, шприцы, иглы к ним - не внесены перечень).

1. 5.**Предусмотреть запрет на введение в регионах,** в нарушение законодательства, ограничительных списков к федеральному перечню ЖНВЛП, что не только ограничивает права пациентов с одной стороны, но и приводит к ограничению конкуренции на территории соответствующего региона страны.

1. 6.Готовясь к принятию в РФ с 1 января 2013 года стандартов оказания медицинской помощи в части лечения сахарного диабета, рекомендовать и в настоящее время соблюдать их, не допуская критического падения качества жизни больных людей, отказывая например, в получении льготных тест-полосок для измерения гликемии.

1. 7.Предусмотреть эффективное расширение объема стандартов оказания помощи больным диабетом и в первую очередь: детям до 18-ти лет, беременным с диабетом, лицам, находящимся на гемодиализе, имеющим инвалидизирующие осложнения диабета и пр. **в части внесения в стандарты новых и новейших эффективных гормонов, лекарств купирующих осложнения, средств введения инсулина (помп), измерения сахара крови и расходных элементов к ним, и частоты применения последних.**

1. 8.**Ограничить возможность замены гормона-инсулина одного вида на другой, по экономическим соображениям, по соображениям «национальной**

безопасности».

1. 9.На Федеральном и региональном уровне, законодательно, решить вопрос о выплатах больному компенсации при отсутствии в аптеке лекарства, чтобы пациент мог купить препарат там, где он есть, а предъявив чек – получить возмещение.

1. 10.Необходимо **принятие нормативных актов РФ, устанавливающих регионам нижнюю границу обоснованной ежемесячной нормы средств на лекарственное обеспечение регионального льготника, оптимально обеспечивающей выполнение задач комплексного лечения в соответствии с действующими стандартами лечения.**

На сегодня региональные нормы ежемесячных расходов на одного льготника, недостаточны для достижения компенсации/субкомпенсации диабета противодиабетическими препаратами с использованием средств самоконтроля, а также для лечения всеми необходимыми препаратами в соответствии со стандартами лечения и действующим Постановлением Правительства РФ №890.

Эффективный контроль деятельности администраторов здравоохранения.

1. 11.Рекомендовать структурам Росздравнадзора использовать законное право внесения предложений в Правительство РФ **по изъятию полномочий у региональных властей в части лекарственного обеспечения федеральных льготников**, в случае выявленных фактов неоднократного нарушения законодательства в части полноты льготного лекарственного обеспечения больных диабетом.

1. 12.Реализовывать структурами Росздравнадзора законное **осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных**, предоставляемых медицинскими организациями, как в части федеральных, так и в части региональных льготников больных диабетом, что напрямую влияет на объемы финансирования статей расходов по их лекарственному обеспечению.

1. 13.Рекомендовать Минздраву РФ обеспечить **общедоступность адаптированной интернет - версии Государственного Регистра СД,**
с показом в динамике реальных цифр по заболеваемости, распространенности и **особенно, смертности больных СД,**
что окажет реальную пропагандистскую помощь в деле профилактики диабета и его осложнений.

Целевая программная деятельность центра и регионов.

1. 14.Мы выступаем против наметившейся тенденции исключения хронического неинфекционного заболевания «сахарный диабет» из списка социально-значимых недугов, при составлении среднесрочных программ развития здравоохранения регионов, что влечет ущербность финансирования в рамках программ госгарантий, а значит и обеспечения пациентов жизнеспасающими препаратами и средствами медицинского назначения, услугами, в том числе высокотехнологическими.

1. **15.Необходимо:**

15.1.□□□□ Скорейшее принятие □обновленной Федеральной целевой программы (подпрограммы «Сахарный диабет 2013-2018гг») □и обязательное создание на ее основе □региональных целевых программ /подпрограмм/. □□

15.2.□□□□ Включение подпрограммы «Сахарный диабет» в государственную программу «Развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года».

15.3.□□□□ Вернуться к□ рассмотрению и принятию □закона о диабете в России, принятого виде модельного закона в 2006 году, межпарламентской ассамблеей Глав правительств стран СНГ.

1. 16.Ассоциации пациентов просят структуры Минздрава РФ **при подготовке, документов по введению лекарственного страхования/возмещения**
, обратить внимание на опасность резкого ухудшения обеспечения больных диабетом эффективными лекарственными средствами, которая возникнет, если будут реализованы иные нормы расчета дневных и курсовых доз инсулина, выбора типа

гормонов с учетом минимизации стоимости лечения в ущерб эффективности.

1. 17.Мы считаем, что необходимо создать временную рабочую группу по подготовке итоговых материалов серии круглых столов в регионах России, для обсуждения их на комиссии Общественной палаты РФ, намеченной на осень с.г., с обязательным включением в них не менее трёх представителей ассоциаций пациентов больных диабетом от каждого федерального округа.

Обсудив проблемы, сложившиеся в области медицинской и социальной помощи пациентам с сосудистыми осложнениями диабета, **ассоциации пациентов,** вслед за Экспертным советом Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению предлагает в своём решении действовать незамедлительно, с тем, чтобы выйти на новый уровень в профилактике и лечении осложнений диабета в нашей стране.

На майской 2012 года ассамблее Всемирной организации здравоохранения (WHOGenev a), Ге
неральный секретарь ООН г. Пан Ги Мун подчеркнул, что отсутствие реального прогресса в борьбе с ХНИЗ вызвано не медицинскими причинами,
а нехваткой политической и социальной воли.

Мы, ассоциации пациентов с диабетом, солидарны с мнением специалистов: экономически эффективные стратегии борьбы с диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями - уже разработаны. По оценкам, они способны предотвратить 80% случаев болезней сердца и диабета. Остаётся доказать это.

Финансирование комплекса мер по профилактике и лечению диабета в России должно быть адекватно остроте проблемы.

Пришло время проявить политическую волю.

Сентялов В.И., президент НДЛ, Н.Новгород

Спиридонов М.Л., председатель Пермского ДО ДИАБЕТ, Пермь

Галичаев М.П., президент ЮМДА, Ростов на Дону