



Eiropas pacientu organizāciju 2. Rīgas kongress
Vienlīdzība, pieejamība un inovācijas vēža ārstēšanā Eiropas Savienībā

2. sesija “Inovācijas un pētniecība vēža ārstēšanā”

1. IEVADLEKCIJA “Eiropas vadošie pētniecības projekti vēža ārstēšanas jomā” (Bogi Eliasens, partnerības iniciatīvas “Movement Health Foundation” izpilddirektors (attālināti))

Esošā situācija

1. 2019. gadā ES vairāk nekā 91% nāves gadījumu un 87% invaliditātes koriģēto dzīves gadu saistīti ar neinfekcijas slimībām, kaut gan 30% neinfekcijas slimību ir novēršamas.
1. Pašreizējo veselības aprūpes problēmu cēlonis – domāšanas veida krīze, orientācija uz reaģējošu veselības aprūpes sistēmu, kas pamatā nodrošina novēlotu neilgtspējīgu ārstēšanu.

Risinājumi

1. Pāreja uz proaktīvu veselības aprūpi un sekundāro profilaksi (5% no IKP – ārstēšanai, 5% no IKP – profilaksei).
2. Domāšanas veida maiņa, kam pamatā ir 5. rūpnieciskās revolūcijas skatījums, kas:
 1. veselību izvirza par galveno sabiedrības pīlāru, kurš veicina ilgtspēju, vienlīdzību, drošību un labklājību;
 2. medicīnu traktē kā personalizētu, līdzdalīgu, paredzošu, preventīvu un potenciālā balstītu nozari.

Domāšanas veida, paradigmas maiņas radītie rezultāti

1. Uzlabotas tehnoloģijas (MI izmantojums, biotehnoloģijas, inovatīvas datu apstrādes metodes).
2. Uzlabota profilakse (slimību novēršana un/vai attālināšana visā dzīves laikā);
3. Uzlabota ārstēšana (labāki veselības iznākumi, pateicoties agrīnai diagnostikai, efektīvai terapijai).
4. Uzlabota cieņa un vienlīdzība (vienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei, agrīna nevienlīdzības novēršana).
5. Uzlabota ilgtspēja (institucionālā, ekonomiskā un vides ilgtspēja).

2. IEVADLEKCIJA “Jaunākie biotehnoloģiskie atklājumi un to loma personalizētajā ārstēšanā” (Mārcis Leja, Latvijas Universitātes Klīniskās un profilaktiskās medicīnas institūta direktors)



Inovatīvo medikamentu attīstības process – izaicinājumi, iespējas

1. Izaicinājumi:
 1. Neproгноzējamība:
 1. varbūtība I fāzes pētījumus uzsākušam medikamentam nonākt līdz reģistrācijai – 12%;
 2. kopējais inovatīva medikamenta izpētes/attīstības laiks > 10 gadi.
 2. Izmaksas:
 1. vidējās inovatīva medikamenta izpētes/ attīstības izmaksas – ~2.6 miljardi USD;
 2. 20 vadošo farmaceitisko kompāniju medikamentu attīstības gada kopējais budžets – ~ 60 miljardi USD.
 3. Šķēršļi klīnisko pētījumu īstenošanai:
 1. cilvēkresursi un finansējuma trūkums, birokrātiskie ierobežojumi (ilgs apstiprināšanas laiks);
 2. valsts iedzīvotāju skaits – lielajām valstīm priekšrocības salīdzinājumā ar mazajām valstīm, jo lielāks piemērotu pacientu skaits, labāka infrastruktūra, resursi un iepriekšējo pētījumu pieredze, paredzamāks apstiprināšanas periods.

Klīniskie pētījumi – iespējas/ieguvumi pacientiem

1. Pieejamība jaunākajām ārstēšanas metodēm.
2. Augstu standartu medicīniskā aprūpe.
3. Agrīna potenciālo veselības problēmu identificēšana, regulāra slimības kontrole, pieejami izmeklējumi, analīzes.
4. Potenciāli labāki ārstēšanas rezultāti.
5. Personalizēta pieeja pētījumos, kas paredzēti jaunu indikāciju identificēšanai.

Inovācijas un pieejamība (Eiropas Parlamenta uzdevumā veikts pētījums – *European Parliamentary Research Service, EPRS, 2023*)

1. Inovācijas virza privātais sektors.
2. Prioritāte – tirgus, ne vienmēr sabiedrības veselība.
3. Atšķirības starp ES valstīm – cenas, pieejamības apmērs un termiņi.

DISKUSIJA “Farmācijas nozares un akadēmiskās vides sadarbība inovāciju radīšanā”

Vadītāja: Olga Valciņa, Latvijas Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības “Onkoalianse” dibinātāja

Dalībnieki:

1. Vladislava Marāne, Starptautisko inovatīvo farmaceitisko firmu asociācijas (SIFFA) direktore;



Eiropas pacientu
organizāciju
2. Rīgas kongress

VIENLĪDZĪBA, PIEEJAMĪBA
UN INOVĀCIJAS VĒŽA
ĀRSTĒŠANĀ ES

20. maijs, 2025

Rīga, Latvija

2. Haralds Plaudis, Rīgas Stradiņa universitātes profesors, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas valdes loceklis;
3. Alinta Hegmane, Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes asociētā profesore, Latvijas Onkologu asociācijas valdes priekšsēdētāja, Vēža centra direktore
4. Egils Vjaters, Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes asociētais profesors, Latvijas Urologu asociācijas valdes loceklis, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas Uroloģijas centra vadītājs

Alinta Hegmane

1. Veselības aprūpes politikā vajadzētu būt sabalansētām klīniskajām (ārstu un pacientu), akadēmiskajām un pētnieciskajām interesēm.
2. Ārstniecība, zinātne, akadēmiskais darbs ir pacientu aprūpes standartu izaugsmes virzītājspēks – jautājums, kā speciālistam pētniecību integrēt klīniskajā darbā, nenodarot pāri pacienta interesēm un vajadzībām.

Haralds Plaudis

3. Esošā situācija, prakse – klīnisko pētījumu sponsori (farmaceitiskās industrijas pārstāvji) vērsas ar piedāvājumu pie konkrētiem speciālistiem, pētniekiem ar pieredzi, kas ir noslogoti klīniskajā, akadēmiskajā un administratīvajā darbā; rezultāts – speciālistu lielais darba apjoms, pārslodze, no kuras cieš pacients.
4. Iespējamais (bet vai reālais?) risinājums – jau no paša sākuma koordinēt pētnieku piesaisti/sadalījumu slimnīcas līmenī.
5. Nepieciešamie uzlabojumi:
 1. lielāka klīniku savstarpējā sadarbība, atklātāka informācijas apmaiņa;
 2. birokrātisko šķēršļu mazināšana;
 3. darba likumdošanas sakārtošana – ārsta darba dažādo darbības jomu integrācija, noslodzes apzināšana, aprēķins).

Egils Viaters

1. Klīnisko pētījumu sniegtie ieguvumi:
 1. pacientam – labākā iespējamā terapija, rūpīgāka novērošana, izmeklējumi, lielākas izdzīvotības izredzes (piemērs: pacients ar prognostiski nelabvēlīgu agresīvu metastātisku prostatas vēzi, kurš 2013. gadā piedalījās klīniskajā pētījumā un saņēma terapiju, kas Latvijā kļuva pieejama tikai 10 gadus vēlāk – 2023. gadā, aizvien vēl dzīvo);
 2. ārstam-pētniekam – pieredze, zināšanas, publikācijas, atalgojums;
 3. klīniskajai slimnīcai, valstij – statuss, zināmība klīnisko pētījumu jomā.
2. Nepieciešamie uzlabojumi:



Eiropas pacientu
organizāciju
2. Rīgas kongress

VIENLĪDZĪBA, PIEEJAMĪBA UN INOVĀCIJAS VĒŽA ĀRSTĒŠANĀ ES

20. maijs, 2025

Rīga, Latvija

1. atzīt valsts līmenī klīnisko pētījumu pienesuma nozīmi, īpaši Latvijas mazā mēroga kontekstā (mūsu valsts nekad šajā jomā nespēj konkurēt ar lielajām valstīm);
2. mazināt birokrātiskos šķēršļus klīnisko pētījumu apstiprināšanai utt., novērtēt tos profesionālos un ētiskos standartus, saskaņā ar kuriem šie pētījumi tiek īstenoti.

Vladislava Marāne

1. Klīnisko pētījumu pieejamību nosaka situācijas 4 līmeņos – ES, konkrētās valsts, konkrētās veselības aprūpes sistēmas un klīniskā pētījuma.
2. Situācija ES veikto klīnisko pētījumu jomā:
 1. 2013. gadā $\frac{1}{4}$ no pasaulē īstenotajiem klīniskajiem pētījumiem notika ES, šobrīd – tikai 12% (ASV apsteidz ES);
 2. mazāks skaits klīnisko pētījumu ES kopumā, mazāks – katrā konkrētajā valstī;
 3. negatīvs faktors – plāns samazināt zāļu patentu darbības ilgumu, kas padarīs ES klīniskajiem pētījumiem, inovācijām vēl nepievilcīgāku.
3. Situācija Latvijas valsts līmenī:
 1. maza populācija – ierobežots potenciālo pētījumu dalībnieku skaits;
 2. valsts uzticamība, proti, dažādu citu rādītāju “pievilcība” – piem., korupcijas indekss utt..
4. Situācija Latvijas veselības aprūpes līmenī:
 1. veselības aprūpes standarti (ne vienmēr atbilstoši);
 2. datu pieejamības (reģistru utt.) trūkums – ierobežota spēja prognozēt precīzu potenciālā pētījuma atlases populāciju.
5. Situācija Latvijā – klīnisko pētījumu līmenis:
 1. kapacitātes jautājums – pētnieku pieejamība, paaudžu maiņas nepieciešamība;
 2. ne vienmēr atbilstošs tehnoloģiju, infrastruktūras nodrošinājums;
 3. pacientu, ģimenes ārstu informētība, iesaiste – nepietiekama