



Onkoloģija – prioritāte bez rezultāta

Rīga 2023



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Cienījamais lasītāj!



Onkoloģija Latvijā ilgstoši definēta kā prioritārā veselības aprūpes joma, diemžēl starp *OECD* dalībvalstīm Latvijā vēl aizvien ir viena no augstākajām mirstībām no ļaundabīgiem audzējiem un lielākais potenciāli zaudēto mūža gadu skaits. Jaunākie

pieejamie dati (kas diemžēl nepavisam nav jauni) liecina, ka 2019. gadā Latvijā ļaundabīgs audzējs pirmreizēji atklāts 11 127 pacientiem.

“Labākās zāles” pret onkoloģisko slimību ir agrīna diagnostika, kuras priekšnosacījums ir regulāri un mērķtiecīgi izmeklējumi cilvēkiem bez slimības simptomiem. Tādēļ atbildība ir abās pusēs – ne tikai “ārstējošajā pusē”, bet arī pacientu pusē, pastāvīgi rūpējoties par savu veselību. Diemžēl papildus problēmām saistībā ar veselības aprūpes pakalpojumu savlaicīgu pieejamību, kvalitāti un “ārstējošās puses” motivāciju veicināt pacientu atsaucību, arī pašu pacientu līdzestība Latvijā nav pietiekama.

Ja šāda diagnoze noteikta, izšķirīga ir tostarp efektīva medikamentozā terapija. Nevienam nevaram palikt vienaldzīgs, redzot daudzskaitlīgos labdarības organizāciju aicinājumus ziedot zāļu iegādei onkoloģijas pacientiem. Tādēļ revīzijā vērtēts kompensējamo zāļu saraksts, secinot, ka tas ir kā reti aizpildīta rūtiņu lapa. Tajā nav ne loģikas, ne prioritāšu, un šī sistēma mēdz būt netaisnīga pret pacientiem ar vienādām vajadzībām, kā rezultātā neaizsargāts cilvēks nereti saņem atbildi: “Piedod, bet Tev nepaveicās ar slimību!” Vienlaikus revīzijā iegūti pierādījumi, ka ierobežota finansējuma apstākļos kompensējamo zāļu cenas Latvijā ir augstākas, nekā kaimiņvalstīs. Pie tā vainojama arī apstiprinātā zāļu cenu aprēķināšanas formula, kas nav pārskatīta kopš 2005. gada un kuras metodiskie un lietderības apsvērumi valsts “institucionālajā atmiņā” nav saglabājušies.

Neviena onkoloģijas pacienta spēkos, nonākot šādā situācijā, nav un nebūs cīnīties un izcīnīt taisnību sev un citiem, tādēļ ceram, ka Valsts kontroles secinājumi neļaus turpmāk “slēpties” no patiesības un liks beidzot valstiskā līmenī risināt šīs Latvijas iedzīvotājiem kritiskās vajadzības, kurām ir dzīvības cena – gan sakārtojot sistēmu, gan piešķirot realitātei atbilstošu finansējumu.

Visbeidzot, pieejami un kvalitatīvi dati ir izejas punkts jebkurām reformām. Diemžēl onkoloģijas pacientu reģistra uzlabošanā vērojams nevis progress, bet regress. Neskatoties uz piešķirto finansējumu, kvalitatīvu datu vietā iegūta medicīniska ierīce, un arī nākotnes perspektīvas pacientu datu uzskaitē aizvien ir neziņas apvītas.

Pateicamies par sadarbību mūsu revidējamai vienībai – Veselības ministrijai – un tās padotības iestādēm, cerot, ka Valsts kontroles revīzijas secinājumi veicinās politisko apņēmību sakārtot un prioritizēt Jūsu atbildības jomā esošos problēmjautājumus. Īpašs paldies aptaujātajiem ģimenes ārstiem un ārstniecības iestādēm par atsaucību, kā arī revīzijā iesaistītajām ekspertēm – Dr. med. Alintai Hegmanei un Dr. med. Sandrai Lejniecei. Pateicamies arī fondam “Ziedot.lv”, onkoloģijas pacientu organizācijām un citām nevaldības organizācijām par sniegto viedokli.

Cieņā

departamenta direktore

Maija Āboliņa

Kopsavilkums

Galvenie secinājumi

Veselības ministrijas īstenotie pasākumi nenodrošina ne agrīnu onkoloģisko slimību atklāšanu, ne pacientiem nepieciešamo zāļu kompensāciju, kam ir būtiska ietekme uz Latvijas sabiedrības veselības rādītājiem, kas šajā par prioritāti deklarētajā veselības aprūpes jomā neuzlabojas.

I. Nenovērtētais līdzeklis pret onkoloģisko slimību – agrīna atklāšana

Onkoloģiskas slimības agrīna atklāšana ievērojami palielina veiksmīgas ārstēšanas iespējas. Onkoloģisku slimību agrīni var atklāt vai nu veselu cilvēku populācijā, regulāri veicot ikgadējās profilaktiskās pārbaudes pie ģimenes ārsta un valsts organizēto vēža skrīningu, vai arī pacientiem, kuriem jau novērojami simptomi vai ir sūdzības par savu veselību. Piemēram, revīzijā veiktā datu analīze apliecina, ka pacientiem, kuri veikuši valsts organizēto vēža skrīningu, ļaundabīgs audzējs biežāk atklāts agrīni – 0., 1. vai 2. stadijā.

Profilakses un agrīnas diagnostikas veiksmes pamatā ir pacientu līdzestība – izpratne, atbildība un pastāvīgas rūpes par savu veselību.

Ņemot vērā onkoloģisko slimību radīto apdraudējumu cilvēku veselībai un dzīvībai, kā arī nereti straujo attīstību, kritiski svarīgi, ka mazāko aizdomu gadījumā turpmākie izmeklējumi tiek veikti pēc iespējas operatīvi, lai noteiktu diagnozi un nekavējoties uzsāktu atbilstošu ārstēšanu.

Revidenti neapšaubā, ka Covid-19 pandēmija 2020. un 2021. gadā ierobežoja atsevišķu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un arī ietekmēja iedzīvotāju aktivitāti pakalpojumu saņemšanā. Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka revīzijā ir analizēti dati par laiku no 2017. līdz 2022. gadam, tātad arī ārpus Covid-19 pandēmijas perioda, lai iegūtu pēc iespējas objektīvāku situācijas novērtējumu. Ņemot vērā Covid-19 pandēmijas radīto ietekmi, revidentu ieskatā, šobrīd ir īpaši svarīgi uzlabot pieejamību veselības aprūpes pakalpojumiem onkoloģisku slimību agrīnai atklāšanai.

Ikgadējā profilaktiskā pārbaude pie ģimenes ārsta – pirmā neizmantotā iespēja

Ģimenes ārsts ir pirmais saskarsmes posms starp pacientu un veselības aprūpes sistēmu. Tā ir pirmā ārstniecības persona, pie kuras vēršas pacients, ja viņam radušās veselības problēmas, un no ģimenes ārsta atkarīga pacienta tālākā ārstēšanas gaita. Taču ģimenes ārsta ziņā ir arī iedzīvotāju izglītošana un veselības veicināšana, slimību profilakse, agrīna slimību diagnostika, speciālistu ieteikumu koordinēšana u. tml.

Valsts kontrole jau 2016. gadā lietderības revīzijā “Vai valsts pacientiem spēj nodrošināt efektīvu ambulatoro veselības aprūpi?” norādīja, ka Veselības ministrijas īstenotie pasākumi nenodrošina primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visiem iedzīvotājiem.

Papildus tam, ka ģimenes ārstu skaits gadu no gada samazinās, paaudžu nomaina un pēctecība nenotiek pietiekamā apjomā un aizvien ir teritorijas, kurās trūkst ģimenes ārstu, primārās veselības aprūpes pakalpojumu pietiekamību negatīvi ietekmē arī tas, ka ik gadu vismaz 22 % no izlasē iekļautajām ģimenes

ārstu praksēm nav nodarbinātas atbilstoši pacientu skaitam nepieciešamās divas papildu ārstniecības personas.

Ģimenes ārsta pienākums ir reizi gadā nodrošināt pieaugušajiem pacientiem profilaktisko pārbaudi, kas tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem. Profilaktiskās pārbaudes ietvaros ārsts izvērtē vispārējo veselības stāvokli un var ieteikt papildu izmeklējumus, ārstu speciālistu konsultācijas vai arī sniegt rekomendācijas par turpmāko rīcību veselības stāvokļa uzraudzībā.

Tomēr ikgadēja profilaktiskā pārbaude no 2017. līdz 2021. gadam veikta vidēji tikai 14 % pieaugušo pacientu, un šis īpatsvars ik gadu samazinās. Tādējādi ikgadējās profilaktiskās pārbaudes pie ģimenes ārsta nedarbojas kā instruments, kas varētu palīdzēt novērst vai aizkavēt saslimšanu, tajā skaitā onkoloģisko, kā arī saglabāt un stiprināt veselību.

Šie statistiskie dati neapšaubāmi liecina par kritiski zemu pacientu līdzestību. Taču, ņemot vērā ģimenes ārsta mandātu un Covid-19 pandēmijas laikā gūto apstiprinājumu, ka sabiedrība kopumā uzticas saviem ģimenes ārstiem un tādēļ uzklausa viņu rekomendācijas, kritiski svarīgs ir ģimenes ārstu profesionālais ieguldījums pacientu izglītošanā un pakāpeniskā līdzestības kultūras veidošanā, kam ilgākā termiņā varētu būt būtiska ietekme uz kopējo Latvijas sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanu.

Ģimenes ārstu praksēs nav noteikta un sistemātiski nedarbojas kārtība, kādā pacienti tiek uzrunāti un aicināti uz profilaktiskajām pārbaudēm.

Pacientu uzrunāšana veikt profilaktiskās pārbaudes netiek skaidri noteikta par obligātu pienākumu konkrētām ģimenes ārsta praksē nodarbinātām ārstniecības personām, piemēram, māsām.

Lai gan aptaujā tikai 18 % ģimenes ārstu atklāti atzina, ka viņi neaicina pacientus uz profilaktiskajām pārbaudēm, 38 % ģimenes ārstu norādīja, ka viņu praksēs nav izveidota un netiek izmantota pacientu kontaktinformācijas elektroniska datubāze. Tā kā šādas datubāzes neesamība pacientu uzrunāšanu padara praktiski apgrūtināšu vai neiespējamu, revidentu ieskatā, ir pamats apšaubīt, ka vairāk nekā 80 % ģimenes ārstu tiešām aicina pacientus uz profilaktiskajām pārbaudēm.

Tāpat 68 % ģimenes ārstu aptaujā norādīja, ka nav informēti un pacientiem neizsniedz aizpildīšanai onkoloģiskās modrības karti, kas ieviesta, lai ģimenes ārstiem būtu vieglāk atpazīt pacientus ar noteiktām sūdzībām un lai veicinātu agrīnu onkoloģisko slimību atklāšanu.

Valsts organizētais vēža skrīnings – otrā neizmantotā iespēja

Onkoloģisko slimību agrīnai atklāšanai veselības aprūpes sistēmā ieviesta speciāla profilaktiskā pārbaude – valsts organizētais vēža skrīnings. Būtiski, ka skrīnings nav tikai viens izmeklējums, bet ir ceļš no mērķa grupas noteikšanas, riska novērtējuma, uzaicinājuma un izmeklējuma līdz rezultātu paziņošanai, pēcpārbaudei un ārstēšanai vai, ja nepieciešams, atgādinājumam par turpmāk ieteicamo rīcību.

Latvijā tiek īstenoti četru lokalizāciju – dzemdes kakla, krūts, zarnu un prostatas – vēža skrīningi. Katram no tiem noteikta mērķa grupa un regularitāte. Skrīningu apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem, tādēļ pacientam tas ir bez maksas. Turklāt skrīninga ietvaros sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi ārstniecības iestādēm tiek apmaksāti bez finansējuma ierobežojuma.

Lai gan visaptveroša valsts organizētā vēža skrīninga pārvaldība un uzraudzība ir būtisks priekšnosacījums skrīninga efektīvai īstenošanai, Veselības ministrija tikai 14 gadus pēc skrīninga ieviešanas ir noteikusi, ka par valsts organizētā vēža skrīninga vadību atbildīgā institūcija ir Slimību profilakses un kontroles centrs, kura kompetencē jau sākotnēji bija sabiedrības veselības politikas īstenošana slimību profilakses apakšjomā (profilakse ietver arī skrīningu). Tā vietā skrīnings Latvijā gadiem tiek īstenots tikai tehniskā līmenī – Nacionālais veselības dienests izsūta uzaicinājuma vēstules un statistiski apkopo atsaucības rezultātus.

Tas likumsakarīgi novedis pie tā, ka atbilstoši revīzijā analizētajiem datiem piecu gadu periodā kopējā valsts organizētā vēža skrīninga atsaucība ir zema, laikā no 2017. gada tā nav būtiski uzlabojusies un noteiktos gados – pat pasliktinājusies, kā arī 2021. gadā revīzijas izlasē nesasniedz ne Veselības ministrijas plānotos, ne Eiropas vadlīnijās noteiktos vēlamos atsaucības rādītājus:

- ✓ dzemdes kakla un krūts vēža skrīningā būtu jāsasniedz vismaz 70–75 % atsaucība, bet ir attiecīgi 36 % un 25 %;
- ✓ zarnu vēža skrīningā būtu jāsasniedz vismaz 45 % atsaucība, bet ir tikai 14 %;
- ✓ 2021. gadā ieviestā prostatas vēža skrīninga atsaucība ir tikai aptuveni 2 %.

Papildus minams, ka, revidentu ieskatā, Nacionālā veselības dienesta aprēķini neļauj korekti novērtēt prostatas vēža skrīninga atsaucību, jo dienests atsaucības rādītājiem pieskaita arī izmeklējumus tiem pacientiem, kuriem jau varētu būt novērojami simptomi. Ja pēc revidentu aprēķiniem prostatas vēža skrīninga atsaucība ir aptuveni 2 %, tad pēc dienesta aprēķiniem 2022. gadā tā jau sasniedz 79 %, kas rada maldīgu priekšstatu, ka jau divu gadu laikā pēc skrīninga ieviešanas sasniegts ļoti labs atsaucības līmenis.

Par kritiski nepietiekamu sabiedrības dalību valsts organizētajā vēža skrīningā liecina arī tas, ka tikai neliela daļa pacientu, kuriem atklāta onkoloģiska slimība, iepriekš veikuši attiecīgās lokalizācijas skrīningu, to īpatsvaram mainoties robežās no 2 % prostatas līdz 40 % dzemdes kakla ļaundabīga audzēja gadījumā.

Revidenti Veselības ministrijas īstenotos pasākumus mērķa grupu sasniegšanai un uzrunāšanai vērtē kā pasīvus un formālus.

Veselības ministrija iedzīvotājas uz dzemdes kakla un krūts vēža skrīningu gandrīz 14 gadu garumā nemainīgi aicina, nosūtot uzaicinājumu papīra formā, lai gan ilgstoši novērojams, ka uz šādu uzaicinājumu atsaucas tikai trešā daļa no mērķa grupas. Turklāt revīzijā konstatētā savstarpēji pretrunīgā informācija par dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga mērķa grupas skaitu, kā arī izsūtīšanai nodoto un faktiski izsūtīto vēstuļu skaitu neļāva revidentiem gūt pārliecību, ka vēstules tiešām tiek nosūtītas visai mērķa grupai.

Lai gan ģimenes ārstam ir pienākums veicināt mērķa grupas dalību valsts organizētajā vēža skrīningā, turklāt tas ir vienīgā ārstniecības persona, kas aicina pacientus uz zarnu un prostatas vēža skrīningu, tomēr ģimenes ārsti nepietiekami uzrunā un motivē pacientus rūpēties par savu veselību un veikt skrīningu.

Piemēram, aptaujā 84 % jeb 47 no 56 ģimenes ārstiem norādīja, ka uzrunā savus pacientus veikt zarnu un prostatas vēža skrīningu. Savukārt revīzijā analizētie dati par šo ģimenes ārstu pacientiem liecina, ka 53 % jeb 25 no 47 šo ģimenes ārstu praksēm prostatas vēža skrīnings faktiski nav veikts nevienam pacientam.

Tāpat laikā no 01.03.2021. līdz 31.12.2022. mērķa grupai nav izsniegti 33 % no ģimenes ārstu praksēm piegādātajiem zarnu vēža skrīninga testu komplektiem. Turklāt 15 % no ģimenes ārstu praksēm nav izsniegušas nevienu testa komplektu, kas pēc revidentu aplēsēm nozīmē, ka apmēram 56 000 mērķa grupas pacienti nav saņēmuši tiem paredzētos testa komplektus.

Revīzijā nav identificēti Veselības ministrijas īstenoti sistēmiski uzraudzības pasākumi, lai pārliecinātos, ka mērķa grupas saņēmušas uzaicinājumu (vēstules vai ģimenes ārsta aicinājumu) uz valsts organizēto vēža skrīningu.

Vienīgais revīzijā identificētais uzraudzības pasākums ir Nacionālā veselības dienesta izlases kārtā veiktās formālās pārbaudes attiecībā uz atgrieztajām dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga uzaicinājuma vēstulēm, pārliecinoties par, piemēram, pacienta vārda un uzvārda pareizību. Turklāt tas ir tikai 1 % no visām izsūtītajām dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga uzaicinājuma vēstulēm, bet uz nosūtītajām vēstulēm kopumā gadā vidēji neatsaucas 62 % sieviešu.

Lai gan ģimenes ārstiem noteikti motivējoši maksājumi par sasniegtajiem valsts organizētā vēža skrīninga atsaucības rādītājiem, zemie atsaucības rādītāji un to pieauguma neesamība liecina, ka Veselības ministrijas izveidotā finansiālā motivācijas sistēma nesasniedz mērķi.

Turklāt revīzijā konstatēts, ka ģimenes ārsti noteiktu laika periodu par zarnu skrīninga atsaucības veicināšanu un izmeklējuma veikšanu vienlaikus saņēma pat trīs dažādus maksājumus, tomēr revīzijas laikā minētajos maksājumos ir veiktas izmaiņas, atstājot tikai viena veida maksājumu.

Tā kā Nacionālais veselības dienests prostatas vēža skrīninga ietvaros veiktajiem izmeklējumiem pieskaita arī izmeklējumus, kas nav veikti skrīninga ietvaros, revīzijā konstatēti gadījumi, kad ģimenes ārstu prakses saņēmušas prostatas vēža skrīninga atsaucības maksājumus par salīdzinoši lielu attiecīgās mērķa grupas iedzīvotāju skaitu, lai gan šo ģimenes ārstu prakšu mērķa grupai nav veikts neviens prostatas vēža skrīninga izmeklējums.

Lai arī viens no valsts organizētā vēža skrīninga īstenošanas priekšnosacījumiem ir pietiekama resursu kapacitāte, tomēr gan uz dzemdes kakla, gan krūts vēža skrīningu ir garas rindas, līdz ar to skrīninga pieejamībai pastāv šķēršļi.

Lai gan tādu ginekologu, dzemdību speciālistu skaitu, kas sniedz valsts apmaksātus ginekoloģijas pakalpojumus, tajā skaitā dzemdes kakla vēža skrīningu, pirmšķietami varētu uzskatīt par pietiekamu, revīzijā konstatēts, ka šie speciālisti valsts apmaksāto ginekoloģijas pakalpojumu sniegšanai atvēl niecīgu daļu no darba laika – proti, viens speciālists šos pakalpojumus sniedz vidēji tikai pusotru stundu dienā. Saskaņā ar revidentu aplēsēm šādam skaitam speciālistu pakalpojumi būtu jāsniedz vismaz divas reizes ilgāk, lai nodrošinātu, ka visas iedzīvotājas Latvijā vecumā no 15 gadiem vienu reizi gadā saņem vienu valsts apmaksātu ginekologa konsultāciju, neskaitot citus pakalpojumus, tajā skaitā dzemdes kakla vēža skrīningu.

Lai gūtu pārliecību, ka ārstniecības iestādes pilda līguma par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu nosacījumus, revidentu ieskatā, Veselības ministrijai padziļināti jāvērtē revīzijā konstatētie pretrunīgie

apstākļi, ka 70 % ārstniecības iestāžu, kas sniedz valsts apmaksātus ginekoloģijas pakalpojumus, 2022. gadā neizlietoja šiem pakalpojumiem plānoto finansējumu, bet rinda uz ginekoloģijas pakalpojumiem, piemēram, uz 01.04.2022. bija līdz 130 dienām un uz 01.03.2023. – pat līdz 153 dienām. Tāpat rinda uz mamogrāfijas izmeklējumiem uz 01.04.2023., piemēram, Rīgā bija pat līdz 150 dienām. Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka, iespējams, ne visās ārstniecības iestādēs, kas sniedz mamogrāfijas pakalpojumus, tiek nodrošināts vienam radiologam noteiktais minimālais mamogrammu lasījumu skaits, kas var radīt jautājumus par šo izmeklējumu kvalitāti.

Valsts organizētā vēža skrīninga ietvaros veiktie izmeklējumi ir pirmais solis, lai pēc iespējas agrīni noteiktu diagnozi un nekavējoties uzsāktu atbilstošu ārstēšanu. Tādēļ šīm pārbaudēm nav jēgas un skrīnings nesasniedz mērķi, ja pirmajām pārbaudēm mazāko aizdomu gadījumā operatīvi neseko tālāki izmeklējumi un ārstēšana. Diemžēl valstī nav vienotas kārtības, kādā pacienti var saņemt informāciju par skrīninga ietvaros veikto izmeklējumu rezultātiem.

Valstī noteiktā vispārējā kārtība par veselības aprūpes pakalpojumu, tajā skaitā valsts organizētā vēža skrīninga izmeklējumu, rezultātu paziņošanu pacientam, kā arī vienotas informācijas sistēmas par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu rezultātiem neesamība radījusi situāciju, kad rezultātu paziņošanas process atstāts katras ārstniecības iestādes kompetencē. Revīzijā konstatēta arī pretrunīga informācija par to, kuram ir jānīcē rezultātu paziņošana, kas, revidentu ieskatā, var radīt nevajadzīgus riskus, piemēram, Slimību profilakses un kontroles centrs norāda, ka krūts vēža skrīninga ietvaros par veikto mamogrāfijas izmeklējumu rezultātiem iedzīvotājiem ir jāinteresējas ārstniecības iestādē, savukārt Veselības ministrija norādīja, ka par mamogrāfijas izmeklējumu rezultātiem pozitīvas atradnes gadījumā iedzīvotājus rakstiski vai telefoniski informē pati ārstniecības iestāde piecu darbdienu laikā.

“Zaļais koridors” un pēckrīnings – pazaudētā prioritārā kārtība

Lai dotu iespēju pacientiem ar aizdomām par onkoloģisku slimību saņemt nepieciešamos valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus prioritārā kārtībā ārpus kopējās rindas, Veselības ministrija 2016. gadā ieviesa t. s. “Zaļo koridoru”, kura ietvaros pakalpojumi jānodrošina ne vēlāk kā 10 darbdienu laikā no brīža, kad veikts pieraksts. Pirms “Zaļā koridora” jau pastāvēja cits līdzīgs risinājums – t. s. pēckrīnings, kurš arī paredzēja nepieciešamo papildu izmeklējumu saņemšanu paātrinātā kārtībā, proti, 30 dienu laikā. Pēckrīnings pēc būtības atbilst “Zaļā koridora” izveides mērķim, tāpēc, revidentu ieskatā, arī pēckrīninga pakalpojumi būtu nodrošināmi 10 darbdienu, nevis 30 dienu laikā.

Ārstniecības iestādēm, kas nodrošina pēckrīninga un “Zaļā koridora” pakalpojumus, tos finansē vīrs noteiktā līguma apjoma, tas ir, sniegtie pakalpojumi tiek apmaksāti pēc faktiski veiktā darba un bez finansējuma apjoma ierobežojuma.

Lai gan jau vairākus gadus darbojas “Zaļais koridors”, tomēr tā mērķis netiek sasniegts, Veselības ministrija neuzrauga un neizvērtē “Zaļā koridora” darbību un nav vērojama situācijas uzlabošanās.

Revīzijā veiktā datu analīze par pacientiem, kuriem laikā no 2017. līdz 2021. gadam pirmreizēji noteikta kāda no 20 izplatītākajām ļaundabīgo audzēju diagnozēm, liecina, ka kopš 2017. gada nepieaug agrīni (1. un 2. stadijā) atklāto onkoloģisko slimību īpatsvars un tas saglabājas vidēji 42 % apmērā, kamēr Veselības ministrijas mērķis ir 2024. gadā sasniegt 51 %.

Vienu no iemesliem, kāpēc agrīni atklāto onkoloģisko slimību īpatsvars nepieaug, revīzijā atklāja veiktā datu analīze – “Zaļā koridora” ietvaros 92 % no izmeklējumiem veikti pacientiem ar jau apstiprinātu

ļaudabīgā audzēja diagnozi, turklāt vairāku gadu garumā, lai arī veselības aprūpes pakalpojumi “Zaļā koridora” ietvaros paredzēti tikai līdz diagnozes apstiprināšanai.

Būtiska ir arī to pacientu daļa, kuri tiek nosūtīti veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai “Zaļā koridora” ietvaros, tomēr aizdomas par onkoloģisko slimību neapstiprinās, tādējādi radot nepieciešamību vērtēt, vai pacients vispār bija jānosūta saņemt veselības aprūpes pakalpojumus tieši “Zaļā koridora” ietvaros.

Līdz ar to “Zaļais koridors” faktiski tiek izmantots vispārējās rindas uz veselības aprūpes pakalpojumiem “apiešanai”. Revidenti neapšaubā šo pakalpojumu nepieciešamību šiem pacientiem, bet šajā gadījumā “Zaļais koridors” netiek izmantots vajadzībām, kurām primāri ir izveidots un faktiski visi pacienti atkal nokļūst vienotā rindā.

Revidentu ieskatā, tas, ka “Zaļā koridora” ietvaros pakalpojumus saņem gan pacienti ar aizdomām, gan ar apstiprinātu ļaudabīga audzēja diagnozi, ir negatīvi ietekmējis pakalpojumu savlaicīgu saņemšanu – tikai 25 % pacientu veselības aprūpes pakalpojumus “Zaļā koridora” ietvaros saņēmuši noteiktajā 10 darbdienu laikā. Vidējais laiks no pacienta vizītes dienas pie ģimenes ārsta līdz diagnozes noteikšanai ir 195 dienas, lai gan ārstēšana būtu jāuzsāk 65 dienu laikā.

Lai gan Veselības ministrija ieviesusi valsts organizēto vēža skrīningu, kas ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, nevis tikai viens izmeklējums, tā neuzrauga un neanalizē veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pēctecību pēcskrīninga ietvaros un neanalizē cēloņus zemajai pēcskrīninga atsaucībai.

Revīzijā konstatēts, ka daļa pacientu nav veikuši valsts apmaksātus pēcskrīninga izmeklējumus, kad tas bijis nepieciešams. Tas liecina, ka šādos gadījumos vēža skrīninga ietvaros veiktās pārbaudes un līdz ar to tām izlietotie resursi bijuši veltīgi, jo nav nodrošināts, ka pacienti saņem pēctecīgu veselības aprūpi. Piemēram, valsts apmaksātus pēcskrīninga izmeklējumus veikušas tikai 25 % pacienšu, kurām dzemdes kakla vēža skrīninga rezultātā konstatēta pozitīva atradne vai aizdomas par ļaudabīgu veidojumu. Revidenti pieļauj, ka daļa pacientu tālākos nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus veic par maksu, tomēr veselības resoram par to informācijas nav.

Revidentu ieskatā, ģimenes ārstiem paredzētais maksājums par agrīni (1. vai 2. stadijā) atklātiem ļaudabīga audzēja gadījumiem nav pietiekami mērķtiecīgs, visos gadījumos pamatots un taisnīgs pret pārējiem pacienta veselības aprūpē iesaistītajiem speciālistiem, jo pamatojums maksājumam ir tikai fakts, ka pacients konkrētā laika posmā, kad viņam šī diagnoze atklāta, reģistrēts pie attiecīgā ģimenes ārsta neatkarīgi no viņa ieguldījuma konkrētā pacienta veselības aprūpē.

Revīzijā konstatēts, ka ne visi pacienti, kuriem pirmreizēji agrīni atklāta kāda no 20 izplatītākajām ļaudabīgo audzēju diagnozēm, gada laikā līdz diagnozes uzstādīšanai bijuši pie sava ģimenes ārsta (nevērtējot apmeklējuma iemeslu), lai gan ģimenes ārstiem par viņiem veikts motivējošais maksājums. Vienlaikus citi speciālisti, piemēram, ginekologi, pie kuriem iedzīvotājs ir vērsies un kuri ir virzījuši pacientu veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai, šādu maksājumu nesaņem. Revidenti norāda, ka ģimenes ārsti ir vienīgie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kuriem papildus samaksai par veikto darbu tiek maksāts arī par it kā sasniegtiem rezultātiem.

II. Onkoloģijas zāļu iegādes izdevumu kompensācija – bezcerīga, nevienlīdzīga un pazemojoša

Zāles ir viens no veselības aprūpes pīlāriem. Racionāla zāļu lietošana veicina iedzīvotāju izveseļošanu, novērš slimības komplikācijas un kavē slimības progresēšanu, kā arī mazina invaliditātes risku, tādējādi veicinot iedzīvotāju produktivitāti, mazinot darba kavējumus un tiešās un netiešās veselības aprūpes un sociālās apdrošināšanas izmaksas.

Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijas kārtība ietver pasākumu kopumu, lai pacientam nodrošinātu iespēju iegādāties zāles, kuru iegādes izdevumus daļēji vai pilnībā sedz no valsts līdzekļiem.

Diagnozes grupai “Audzēji” paredzētās zāles (kopumā 78 zāļu vispārīgie nosaukumi) iekļautas kompensējamo zāļu:

- ✓ A sarakstā – līdzvērtīgas efektivitātes zāles;
- ✓ B sarakstā – zālēm nav līdzvērtīgas efektivitātes zāļu;
- ✓ C sarakstā – zāles, kuru izmaksas viena pacienta ārstēšanai gadā pārsniedz 4 268,62 *euro* un ražotājs noteiktam pacientu skaitam zāļu iegādes izdevumus apņemas kompensēt no saviem līdzekļiem.

Zāļu iegādes izdevumu kompensācijas apmērs ir 100 %, izņemot A sarakstā iekļauto zāļu gadījumā, kad 100 % apmērā tiek kompensētas tikai references jeb lētākās no līdzvērtīgās efektivitātes zālēm.

Finansējums zālēm – cik ir, tik sadala

Lai gan onkoloģija definēta kā viena no prioritārajām veselības aprūpes jomām, finansējums zāļu iegādes izdevumu kompensācijai netiek plānots atbilstoši onkoloģijas pacientu vajadzībām un ne veselības resors, ne onkoloģijas pacienti nevar rēķināties ar stabilu nepieciešamā papildu finansējuma piešķiršanu onkoloģisko slimību ārstēšanas zāļu iegādes izdevumu kompensācijai ilgākā termiņā. Arī Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plāns onkoloģijas jomā 2022.–2024. gadam ir bez pilnvērtīga finansējuma.

Finansējums onkoloģisko slimību ārstēšanas zāļu iegādes izdevumu kompensācijai netiek plānots, ņemot vērā gan iepriekšējā perioda faktisko pacientu skaitu, gan nākamajā periodā prognozējamo pacientu skaitu, gan iepriekšējā periodā ārpus kompensācijas sistēmas palikušo pacientu skaitu, jo informācija šādā griezumā nemaz nav pieejama. Faktiskie izdevumi zāļu iegādes izdevumu kompensācijai katru gadu ir lielāki, nekā piešķirtie, un vidēji 7 % apmērā tiek segtas iepriekšējā gada saistības.

Kompensējamo zāļu cenas – augstākās Baltijas valstīs

Kompensācijas kārtības pasākumu mērķis ir piešķirto līdzekļu ietvaros nodrošināt zāles iespējami plašākam pacientu lokam. Iekļaujot zāles kompensējamo zāļu sarakstā, zāļu ražotāja cenai tiek pievienoti pēc noteiktām formulām aprēķināti lieltirgotavas un aptiekas uzcenojumi, kā arī piemērots pievienotās vērtības nodoklis 12 % apmērā, kas ir augstākā likme Baltijas valstīs. Kompensējamo zāļu sarakstā iekļautās zāles kompensācijas kārtībā aptiekās izplata tikai par šo aprēķinu rezultātā noteikto gala cenu.

Latvijas kompensējamo zāļu cenu aprēķina piemērošanas rezultātā kompensējamo zāļu cenas sanāk augstākas, salīdzinot ar Igauniju un Lietuvu. Turklāt Veselības ministrija nevar pamatot, kā noteiktas

pieļaujāmās lieltirgotavas un aptiekas uzcenojumu robežas, kas vistiesākajā veidā ietekmē gala cenu, par kādu valsts kompensē zāļu iegādes izdevumus, un to, cik daudz zāļu un cik pacientiem ierobežotā valsts finansējuma ietvaros iespējams nodrošināt.

Saskaņā ar kārtību, kādā aprēķina kompensējamo zāļu cenas, pieaugot ražotāja cenai, lieltirgotavas uzcenojums turpina neierobežoti palielināties, savukārt aptiekas uzcenojumam noteikti “griesti”. Salīdzinājumam Lietuvā un Igaunijā, sasniedzot noteiktu zāļu cenas sliekšni, tiek piemērots fiksēts uzcenojums gan lieltirgotavām, gan aptiekām.

Kompensācijas kārtība paredz, ka Nacionālais veselības dienests, lai panāktu kompensējamo zāļu iespējami zemāko cenu, ik gadu var veikt divu cenu – ražotāja vai lieltirgotavas realizācijas (tas ir, jau ar pievienotu lieltirgotavas uzcenojumu) – salīdzināšanu ar cenām citās noteiktās valstīs. Tomēr revidenti vērs uzmanību, ka Nacionālais veselības dienests galvenokārt salīdzina ražotāja cenas, tātad vēl pirms tiek aprēķināti uzcenojumi, kuri tik un tā zāļu aptiekas cenu sadārdzina.

Revīzijā, pieņemot, ka visās Baltijas valstīs zāļu ražotāja cena ir vienāda, atbilstoši katrā valstī noteiktajam zāļu cenu aprēķina algoritmam modelēta zāļu gala cena, secinot, ka Latvijā izveidojas augstākā cena. Piemēram, Latvijā zālēm “Tafinlar” lieltirgotavas un aptiekas uzcenojums kopā ar pievienotās vērtības nodokli veido 12 % no kopējās zāļu gala cenas, savukārt Igaunijā un Lietuvā attiecīgi 8 % un 5 %. Tas nozīmē, ka Latvijā zāļu gala cena ir par 271 *euro* lielāka nekā Igaunijā un par 529 *euro* lielāka nekā Lietuvā. Līdz ar to Latvijā augstākās gala cenas dēļ šīs zāles var nodrošināt mazākam pacientu skaitam, proti, par 2 milj. *euro* zāles “Tafinlar” Latvijā varētu kompensēt 264 onkoloģijas pacientiem, Igaunijā – 274, bet Lietuvā – 284.

Zāļu iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā – farmācijas industrijas prerogatīva

Valstī netiek nodrošināta savlaicīga nepieciešamo zāļu iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā, kā arī normatīvais regulējums neparedz kompetento valsts institūciju rīcību apzināt visas onkoloģisko slimību ārstēšanai pieejamās zāles, kā arī noteikt prioritātes un iniciēt onkoloģijas pacientiem nepieciešamo, bet iztrūkstošo zāļu nonākšanu valsts zāļu iegādes kompensācijas sistēmā. Līdz ar to kompensējamo zāļu saraksts atkarīgs no zāļu reģistrācijas apliecības turētāja (īpašnieka) vai zāļu vairumtirgotāja iniciatīvas un motivācijas.

Atbilstoši Eiropas Farmācijas industriju un asociāciju federācijas 2022. gada pētījumam onkoloģijas pacienti Latvijā pēc jaunām zālēm gaida 927 dienas jeb divarpus gadus, Eiropas Savienībā vidēji tās ir 545 dienas jeb par gadu ātrāk nekā Latvijā.

Lai zāles iekļautu kompensējamo zāļu sarakstā, Zāļu valsts aģentūra veic to ārstniecisko un ekonomisko novērtējumu, savukārt Nacionālais veselības dienests izvērtē zāļu cenas, ārstēšanas izmaksas un to ietekmi uz kompensācijai piešķirtajiem līdzekļiem, kā arī pieņem gala lēmumu par zāļu iekļaušanu kompensējamo zāļu sarakstā.

Tomēr lēmums par zāļu iekļaušanu kompensējamo zāļu sarakstā netiek pieņemts primāri pēc zāļu terapeitiskās un izmaksu efektivitātes, bet gan pēc zāļu izmaksu ietekmes uz budžetu. Tāpat, revidentu ieskatā, lēmuma pieņemšanas process par zāļu iekļaušanu kompensējamo zāļu sarakstā, ja zāles atzītas par terapeitiski un izmaksu efektīvām, bet to iekļaušanai kompensējamo zāļu sarakstā nepieciešami

papildu valsts līdzekļi, nav izsekojams un sabiedrībai atklāts, jo nav publiski pieejamas informācijas par to, kuras zāles un kādā secībā tiks iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā.

Kompensējamo zāļu saraksts un labākā ārstēšanas prakse – atbilstība nav garantēta

Ārstniecība jāveic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, kas, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus, ir sistematizēts konkrētu pacientu grupu ārstniecības procesa apraksts.

Ne visām ļaundabīgo audzēju diagnozēm nodrošināta ārstniecība atbilstoši starptautiskajām klīniskajām vadlīnijām, jo, izlases veidā salīdzinot 11 ļaundabīgo audzēju diagnožu ārstēšanai valsts apmaksāto un starptautiskajās klīniskajās vadlīnijās noteikto medikamentozo terapiju, konstatēts, ka pārsvarā visos gadījumos valsts apmaksātā terapija ir vai nu nepilnīga, vai neatbilstoša un neefektīva.

Noteiktu ļaundabīgo audzēju diagnožu ārstēšanai kompensējamo zāļu sarakstā iekļautas zāles, kas šo diagnožu ārstēšanai netiek lietotas vai arī tās vairs nelieto, vai arī tā jau ir starptautiskajām klīniskajām vadlīnijām neatbilstoša terapija. Tādējādi šīs zāles tikai rada maldīgu priekšstatu, ka konkrētajai diagnozei ir pieejamas zāles, turklāt ir diagnozes, kurām šīs ārstēšanai nepiemērotās zāles ir vienīgās valsts kompensētās zāles.

Onkoloģisko slimību ārstēšanas zāles iedala terapijas līnijās, pamatojoties uz klīniskajām vadlīnijām un klīnisko pētījumu rezultātiem. Pirmās līnijas terapijas zāles kā efektīvākās ir pirmā izvēle slimības ārstēšanai, otrās līnijas terapija ir slimības ārstēšana pēc tam, kad sākotnējā pirmās līnijas terapija bijusi, piemēram, neveiksmīga, tālāk var sekot arī nākamās līnijas terapijas.

Lai arī pirmšķietami visām ļaundabīgo audzēju diagnozēm ir kompensējamās zāles, tomēr ar pamatterapiju nodrošināti 39 % ļaundabīgo audzēju diagnožu un nav nodrošināti – 15 %, bet ar ārstniecības pēctecību nodrošināti 35 % ļaundabīgo audzēju diagnožu un nav nodrošināti – 39 %. Gan pamatterapija, gan ārstniecības pēctecība pilnībā nodrošināta vien 27 % ļaundabīgo audzēju diagnožu, bet nav nodrošināta – 12 %, kas pārsvarā ir hematoonkoloģijas diagnozes.

Atbilstoši kompensācijas kārtībai zālēm, kuru efektivitāte, salīdzinot ar citu pieejamu izmaksu efektīvu ārstēšanas veidu, ir augstāka, bet kuru iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā varētu radīt papildu izdevumus, Nacionālais veselības dienests piemēro izrakstīšanas nosacījumus. Piemēram, gadījumā, kad zāļu kompensācijas prognozējamās izmaksas pārsniedz attiecīgajā gadā zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirtos līdzekļus.

Tas nozīmē, ka, lai gan tiek vērtēta zāļu atbilstība slimību ārstēšanas starptautiskajām klīniskajām vadlīnijām, vairumā gadījumu zāles kompensējamo zāļu sarakstā tiek iekļautas daudz šaurākai pacientu grupai, nekā tas minēts vadlīnijās. Piemēram, vadlīnijās noteikts, ka zāles tiek lietotas bez ierobežojuma terapijas līnijās, savukārt kompensējamo zāļu sarakstā tās iekļautas tikai pirmajā līnijā.

Līdz ar to valstī izveidotā zāļu iegādes izdevumu kompensācijas kārtība pieļauj, ka zāļu kompensācija dzīvību apdraudošas onkoloģiskas slimības gadījumā netiek nodrošināta visiem pacientiem, kam tā nepieciešama. Šobrīd valsts apmaksātās zāles nenosedz visu onkoloģijas pacientu vajadzības pēc nepieciešamās terapijas, kā arī nenodrošina terapijas turpināšanu, lai gan šiem pacientiem ir vajadzība pēc vienām un tām pašām zālēm un šie pacienti tādējādi atrodas vienādos un salīdzināmos apstākļos.

Diemžēl tam ir arī citas sekas. Kompensācijas kārtība paredz, ka pacientam, kuram vispārējā kārtā netiek kompensēti nepieciešamo zāļu iegādes izdevumi, Nacionālais veselības dienests tās nekompensē arī individuālā kārtā, jo tiek uzskatīts, ka pacienta diagnozei kompensējamo zāļu sarakstā ir iekļautas zāles. Piemēram, pacientam ar noteiktu ļaundabīga audzēja diagnozi kompensējamo zāļu sarakstā ir tikai vienas zāles, bet arī tās saskaņā ar izrakstīšanas nosacījumiem konkrētajam pacientam netiek kompensētas. Vēl viens piemērs – pacients uzsāk lietot zāles par saviem līdzekļiem, bet pēc iekļaušanas kompensējamo zāļu sarakstā zālēm noteikts izrakstīšanas nosacījums “iepriekš neārstētiem pacientiem”.

Tāpat kompensācijas kārtība paredz, ka onkoloģijas pacientiem tiek kompensētas tikai zāles, kas kompensējamo zāļu sarakstā iekļautas konkrētās diagnozes ārstēšanai, lai gan, piemēram, kompensējamo zāļu sarakstā ir citas efektīvākas zāles, kas atbilstoši zāļu aprakstam šai diagnozei ir piemērotas, bet netiek kompensētas. Tā rezultātā onkoloģijas pacientiem tiek atteikta šo ārstu konsīlija rekomendēto zāļu iegādes izdevumu kompensācija arī individuālā kārtā, jo kompensējamo zāļu sarakstā konkrētajai ļaundabīga audzēja diagnozei it kā iekļautas citas zāles.

Lai gan šādi onkoloģijas ārstēšanas zāļu kompensācijas nosacījumi, visticamāk, ir sekas ierobežotajam valsts finansējumam, revidentu ieskatā, tie ir ne tikai nelōģiski un absurdi, bet arī onkoloģijas pacientu pazemojoši.

Lai gan kompensācijas kārtība paredz, ka onkoloģijas pacientiem zāļu iegādes izdevumus individuālā kārtā kompensē 100 % apmērā, vienlaikus noteikts finansējuma ierobežojums – zāļu iegādes izdevumus kompensē ne vairāk kā 14 228,72 *euro* apmērā vienam pacientam 12 mēnešu periodā.

Saņemot zāļu iegādes izdevumu kompensāciju vispārējā kārtībā, viena pacienta limits var pārsniegt to limitu, kāds noteikts izdevumu kompensācijai individuāliem pacientiem, kas nav pārskatīts kopš kompensācijas kārtības pieņemšanas 2006. gadā. Nacionālā veselības dienesta rīcībā nav ne vēsturisko datu, ne apsvērumu, uz kā pamata tas vispār noteikts. Pacientam pašam jāsedz atlikusī summa virs noteiktā individuālās kompensācijas limita (14 228,72 *euro* gadā jeb 1185 *euro* mēnesī), lai gan vidēji mēnesī zāles onkoloģijas pacientiem izmaksā ap 4130 *euro*.

Līdz 01.01.2019. parenterāli ievadāmās zāles pacients pats iegādājās aptiekā, uzrādot recepti, bet šo zāļu ievadīšana pacientam tika nodrošināta tikai stacionāra vai dienas stacionāra apstākļos ārsta speciālista uzraudzībā. Tā kā pastāvēja risks, ka zāļu neatbilstošas uzglabāšanas dēļ posmā starp to iegādi aptiekā un ievadīšanu varētu tikt izmainīta zāļu efektivitāte un lietošanas drošība, tika veiktas izmaiņas zāļu iegādes kārtībā un turpmāk ārstniecības iestādes tās iegādājas centralizēta iepirkuma veidā.

Tomēr revīzijā konstatēts, ka nav nodrošināta pilnīga parenterāli ievadāmo zāļu iegāde centralizētā iepirkuma veidā, līdz ar to aizvien pastāv zāļu efektivitātes un lietošanas drošības riski, pacientam tās neatbilstoši uzglabājot. Joprojām kompensējamo zāļu A un B sarakstā atrodas 44 parenterāli ievadāmās zāles, ko Nacionālais veselības dienests pamato ar noslēgtiem līgumiem par finansiālu līdzdalību zāļu iegādes izdevumu kompensēšanā. Tomēr revidenti secina, ka gadījumos, kad zāles no kompensējamo zāļu saraksta pārceļtas uz centralizēto iepirkumu, zāļu cena samazinājās par vidēji 68 %.

III. Vēža reģistrs – tā vietā medicīniskā iekārta onkoloģijas pacientu ārstēšanai

Latvijā onkoloģiskās slimības pieder pie obligāti reģistrējamajām slimībām. Tas nozīmē, ka informācija par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģisku slimību, tiek uzkrāta ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu

reģistrā (turpmāk – Reģistrs), kura darbības mērķis ir izveidot pacientu datubāzi un nodrošināt statistikas datus. Reģistra darbību nodrošina Slimību profilakses un kontroles centrs.

Reģistrs nedarbojas atbilstoši mērķim, jo uzkrātie dati par onkoloģijas pacientiem ir nekvalitatīvi un nepilnīgi. Piemēram, 2023. gada jūnijā jaunākie pieejamie dati publicēti par pacientu saslimstību ar ļaundabīgu audzēju diagnozēm 2019. gadā jeb vairāk nekā ar trīs gadu nobīdi, turklāt pie datiem aizvien ir norāde “provizoriski”, kas liecina, ka tie var tikt precizēti.

No 2018. gada Slimību profilakses un kontroles centrs vairs nesaņem personalizētus datus par onkoloģijas pacientiem no ārstniecības iestādēm, bet gan no e-veselības sistēmas, turklāt nepersonalizētus. Tā kā Veselības ministrija, veicot šīs izmaiņas, nebija apzinājusi riskus un izvērtējusi, kā datu uzskaites izmaiņas ietekmēs datu kvalitāti un to savlaicīgu pieejamību, ministrijas nepārdomātas rīcības dēļ no 2018. gada Slimību profilakses un kontroles centra datu kvalitātes pārbaudes sadarbībā ar ārstniecības iestādēm tika ierobežotas un konkrēta pacienta līmenī nebija iespējamas. Tikai 2022. gadā revīzijas laikā jeb vairāk nekā četrus gadus pēc minētajām izmaiņām uzsāka Reģistra datu kvalitātes pārbaude un labojumu veikšana.

Lai uzkrātu datus par onkoloģijas pacientiem ne tikai statistikas funkciju nodrošināšanai, bet varētu tos izmantot arī onkoloģijas pacientu veselības aprūpes organizēšanas, pakalpojumu kvalitātes un efektivitātes izvērtēšanai un pētniecības jomas vajadzībām, 2022. gadā uzsāka jaunā Vēža reģistra izveide. Kā atbildīgās institūcijas šī pasākuma realizācijā ir noteiktas Nacionālais veselības dienests un SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, kurai minētā pasākuma īstenošanai piešķirti 1 604 124 *euro*.

Diemžēl Veselības ministrijai jau sākotnēji nav bijis skaidra redzējuma ne par Vēža reģistra tehniskā risinājuma gala rezultātu, ne par tā izstrādes procesu, atbildīgajiem un termiņiem. Revīzijas laikā Veselības ministrija, novēloti izvērtējot šā projekta virzību, par atbildīgo jaunā Vēža reģistra izveidē noteica Nacionālo veselības dienestu, nevis SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, kurai, kā izrādās, nebija tiesiska pamatojuma šādu reģistru veidot. Savukārt SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” jaunā Vēža reģistra izveidei sākotnēji piešķirtais finansējums netika pārdalīts Nacionālajam veselības dienestam, turklāt liela daļa finansējuma – 909 584 *euro* (57 %) – tika pārdalīta citam mērķim.

Veselības ministrija pēc Valsts kontroles pieprasījuma tā arī neiesniedza informāciju par sākotnēji plānoto Vēža reģistra izveides procesu – darbību plānu, atbildīgos un termiņus. Tikai pēc sarunas ar revidentiem, Veselības ministrija 15.09.2022. izveidoja onkoloģijas reģistra ekspertu darba grupu, kuras mērķis bija apzināt ar reģistra izveidi saistītus spēkā esošos normatīvos aktus, noteikt iesaistīto institūciju atbildību, izvērtēt nepieciešamās izmaiņas normatīvajos aktos u. c.

Lai SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” būtu tiesīga nodrošināt Vēža reģistra, kurā tiktu iekļauti 100 % onkoloģijas pacientu datu, izstrādi, ieviešanu un darbību, bija veicami grozījumi normatīvajā regulējumā un jādeleģē valsts pārvaldes uzdevums. Tā kā tas savlaicīgi netika izdarīts, Nacionālajam veselības dienestam nodeva atbildību par reģistra tehniskās sadaļas izstrādi, to finansējot no dienesta līdzekļiem.

Lai arī Veselības ministrija skaidri zināja, ka SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” neveidos Vēža reģistru kā sākotnēji plānots, 23.12.2022. ārkārtas dalībnieku sapulcē pieņemts lēmums

slimnīcai paredzēto finansējumu 1 604 124 *euro* ieguldīt tās pamatkapitālā, par lielāko daļu, tas ir, 909 584 *euro* (57 %), no reģistra izveidei piešķirtā finansējuma atļaujot iegādāties iepriekš neplānotu iekārtu – staru terapijas dozu plānošana, izmantojot magnētiskās rezonanses tehnoloģiju.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz revīzijas secinājumiem, Veselības ministrijai ir sniegti seši ieteikumi, aicinot veikt pasākumus, kas uzlabotu agrīnu onkoloģisko slimību atklāšanu un pacientiem nepieciešamo onkoloģijas ārstēšanas zāļu kompensāciju.

Valsts kontrole sagaida, ka, ieviešot ieteikumus:

- ✓ tiks nodrošināts, ka ģimenes ārsts ar savu komandu ir pieejams un aktīvi veicina agrīnu ļaundabīga audzēja diagnozes atklāšanu;
- ✓ tiks nodrošināta visaptveroša valsts organizētā vēža skrīninga pārvaldība un efektīva īstenošana;
- ✓ tiks nodrošināta “Zaļā koridora” efektīva darbība;
- ✓ tiks nodrošināts, ka valstī izveidotā zāļu iegādes izdevumu kompensācijas kārtība onkoloģijas pacientiem darbojas efektīvi un nodrošina nepieciešamo zāļu iegādes izdevumu kompensāciju;
- ✓ tiks nodrošināti kvalitatīvi un savlaicīgi dati par pacientiem, kuriem atklāta ļaundabīga audzēja diagnoze.

Ziņojuma struktūra

Ziņojuma informācijas izklāsta secība.

- ✓ Revīzijas secinājumi, konstatējumi un ieteikumi, sadalot tos trīs nodaļās: pirms katras nodaļas ir vispārīga izpratne par revidējamo jautājumu, katras nodaļas ievadā ir sniegts Valsts kontroles viedoklis, izdarot būtiskākos secinājumus un tos tālāk pamatojot ar revīzijas konstatējumiem, un katras nodaļas beigās ir sniegti atbilstoši ieteikumi.
- ✓ Revīziju raksturojošā informācija – revīzijas mērķis, juridiskais pamatojums, Valsts kontroles un revidējamās vienības atbildība, apjoms, metodes un vērtēšanas kritēriji.

Ziņojuma pirmajā nodaļā ir vērtēts, vai iedzīvotājiem tiek nodrošināta iespēja agrīni atklāt onkoloģisko slimību ikgadējo profilaktisko pārbaūžu, valsts organizētā vēža skrīninga, pēckrīninga un “Zaļā koridora” ietvaros.

Ziņojuma otrajā nodaļā ir vērtēts, vai valstī izveidotā zāļu iegādes izdevumu kompensācijas kārtība onkoloģijas pacientiem darbojas efektīvi un nodrošina nepieciešamo zāļu iegādes izdevumu kompensāciju.

Ziņojuma trešajā nodaļā ir vērtēts, vai valstī ir nodrošināta reģistra par pacientiem, kuriem atklāta ļaundabīga audzēja diagnoze, pilnvērtīga darbība.