

APRŪPES PĀRVEIDE

VECUMA MĀKULAS DEĢENERĀCIJA (VMD) UN DIABĒTA RETINOPĀTIJA (DR): AICINĀJUMS RĪKOTIES, LAI SAGLABĀTU REDZI

Apvieno interešu aizstāvjus, lai aktualizētu un iniciētu pārmaiņas Centrāleiropā un Austrumeiropā

2025. gada koncepcijas dokuments

Saturs

PRIEKŠVārds	4
SAĪSINĀJUMI	5
Kopsavilkums	7
1. PĀRMAIŅU VEICINĀŠANA PACIENTIEM AR VMD UN DR CENTRĀLEIROPĀ UN AUSTRUMEIROPĀ	8
2. VMD UN DR	13
3. PACIENTA CEĻA STANDARTIZĀCIJA CENTRĀLEIROPĀ UN AUSTRUMEIROPĀ	15
4. PĒCAPRŪPE UN ILGTERMIŅA PĀRVALDĪBA	23
5. RIETUMEIROPAS UN ASV PARAUGPRAKSES PIELĀGOŠANA	26
6. SECINĀJUMI	28
Atsauces	29

AUTORI

- **Ivica Belina**, Veselības aprūpes speciālistu asociāciju koalīcija (*Coalition of Healthcare Associations, KUZ*), Horvātija
- **Žana Šibul**, Oftalmoloģijas pacientu asociācija (*Association of Ophthalmology Patients (Bono Vido)*), Serbija
- **Dimce Vele**, pacientu interešu aizstāvības grupa (PAG) “Maķedonijas Diabēta pacientu asociāciju savienība” (*PAG Union of Associations of Persons with Diabetes of Macedonia*), Ziemeļmaķedonija

PATEICĪBAS

Vēlamies pateikties mūsu padomdevējiem par ieguldījumu un šī dokumenta pārskatīšanu, kā arī par dalību Austrumeiropas tīklenes slimību pacientu interešu aizstāvības grupu sanāksmē Budapeštā, kas iedvesmoja un informēja par šo dokumentu:

- **Audre Grybauskaite**, Cilvēku ar tīklenes slimībām asociācija (*Association of People with Retinal Diseases*), Lietuva
- **Andreja Veljaca**, Veselības aprūpes asociāciju koalīcija (KUZ), Horvātija
- **Luminita Valcea**, Hronisko slimību pacientu koalīcija (*Chronic Disease Patients Coalition*), Rumānija
- **Siiri Rannama**, Austrumtallinas Centrālās slimnīcas pacientu padome (*East Tallinn Central Hospital Patient Council*), Igaunija
- **Eleni Vlachou**, Grieķijas Tīklenes biedrība (*Hellenic Retina Society*), Grieķija
- **Efstratios (Stratis) Chatzicharalambous**, Grieķijas Tīklenes biedrība, Grieķija
- **Bence Bukta**, Neredzīgo un redzes invalīdu asociācija (*Hermina Association of the Blind and Visual Impaired*), Ungārija
- **Tibor Pásztor**, Neredzīgo un redzes invalīdu asociācija, Ungārija
- **Dorottya Velegi**, Neredzīgo un redzes invalīdu asociācija, Ungārija
- **Viktor Lukarski**, Maķedonijas Diabēta pacientu asociāciju savienība, Ziemeļmaķedonija
- **Kaspars Biezais**, Latvijas Neredzīgo biedrība, Latvija
- **Petia Stratieva**, *Retina Bulgaria*, Bulgārija
- **Paulina Zewar**, *Retina AMD Polska*, Polija
- **Malgorzata Pacholec**, *Retina AMD Polska*, Polija
- **Timea Hóková**, Slovēķijas Neredzīgo un daļēji neredzīgo savienība (UNSS), Slovēķija
- **Michaela Serafín**, Slovēķijas Neredzīgo un daļēji neredzīgo savienība (UNSS), Slovēķija

Īpašs paldies IAPB reģionālās iesaistes direktoram Drew Keys par šī dokumenta galīgās versijas pārskatīšanu un plašāka ieskata sniegšanu. Medicīnisko aspektu pārbaudi veica Nancy M. Holekamp, MD, *Retina Services* direktore (*Pepose Vision Institute St. Louis*). Redakcionālo atbalstu sniedza *AXON Communications* Londonā un finansēja *Roche*.

Atslēgas vārdi: tīklenes slimība, kas saistīta ar vecumu, ar vecumu saistīta mākulas deģenerācija, VMD, diabētiskā retinopātija, DR, inovatīva ārstēšana, pacientu ārstēšana, veselības politika, veselības aprūpes komunikācija, labākā prakse.

PRIEKŠVārds

Pasaules acu veselības nozare ir definējusi mērķus “Redze 2030. Novēršama redzes zuduma izskaušana” – nozares stratēģisko plānu nākamajai desmitgadei¹. Nav noslēpums, ka acu veselība ietekmē ne tikai spēju redzēt, bet arī indivīdu un kopienas dzīves kvalitāti, neatkarību un labklājību. Tomēr plānošanu un programmu izstrādi šajā jomā ilgstoši ir noteikušas galvenokārt klīniskās un tehniskās zināšanas. Lai gan tas ir būtiski, šīs zināšanas pašas par sevi nespēj pilnībā atspoguļot ikdienas realitāti, ko piedzīvo cilvēki ar redzes traucējumiem vai acu slimību risku. Pārmaiņu veicināšana pacientiem ar VMD Centrālajā un Austrumeiropā tiecas uzsvērt pacientu viedokļa un dzīves pieredzes būtisko lomu efektīvu, iekļaujošu un ilgtspējīgu acu veselības stratēģiju veidošanā.

Cilvēku, kuriem ir personīga pieredze ar VMD, DR un citiem redzi ietekmējošiem apstākļiem, viedokļa iekļaušana ir ne tikai ētiska, bet arī praktiska prasība. Pacientiem un viņu ģimenēm ir unikālas zināšanas par piekļuves šķēršļiem, kultūras aspektiem un to, kas patiešām ir svarīgs aprūpes un pakalpojumu sniegšanā. Ja šīs perspektīvas tiek aktīvi integrētas, pastāv lielāka iespēja, ka programmas sasniegs atbilstošus rezultātus, veicinās uzticēšanos un uzlabos ārstēšanas ievērošanu. Novērtējot indivīdu dzīves pieredzi, acu veselības iniciatīvas no universālas pieejas var pāriet uz tādu, kas patiesi nodrošina integrētu, uz cilvēkiem orientētu acu aprūpi.

Aicinu politikas veidotājus, praktiķus, pētniekus un atbalstītājus izmantot visaptverošu pieeju un uzskatīt dzīves pieredzes sniegtās zināšanas par neatņemamu sava darba sastāvdaļu. Ar novecošanu saistīto acu veselības problēmu pieaugošā sloga risināšana palīdzēs īstenot paradigmas maiņu redzes aprūpē un sasniegt 2030. gada mērķus visā Eiropā, it īpaši Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs.

Drew Keys

Reģionālais direktors

Starptautiskā akluma novēršanas aģentūra (IAPB)

¹ International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). (2021). *2030 In Sight. Ending Avoidable Sight Loss*. 2030 In Sight - International Agency of the Prevention of Blindness

SAĪSINĀJUMI

Saīsinājums	Definīcija
AI	Mākslīgais intelekts
VMD	Vecuma mākulās distrofija
CAE	Centrāleiropa un Austrumeiropa
DALY	Invaliditātei pielāgots dzīves gads
DMT	Diabētiska mākulās tūska (vai tūska)
DR	Diabētiska retinopātija
EFPIA	Eiropas Farmācijas uzņēmumu un apvienību federācija
EMA	Eiropas Zāļu aģentūra
EUPATI	Terapeitisko inovāciju Eiropas pacientu akadēmija
ES	Eiropas Savienība
EVICR.net	Eiropas Vīzijas institūta klīnisko pētījumu tīkls
GA	Ģeogrāfiska atrofija
ĢĀ	Ģimenes ārsts
HER2+	Pozitīva cilvēka epidermālā augšanas faktora 2. receptora atrade
IFA	Starptautiskā Novecošanas federācija
SDO	Starptautiskā Darba Organizācija
IT	Informācijas tehnoloģija
NCD	Ne-komunikabla slimība
NVO	Nevalstiska organizācija

Saīsinājums	Definīcija
nVMD	Neovaskulāra vecuma mākulās deģenerācija
OCT	Optiskās koherences tomogrāfija
PAG	Pacientu aizstāvības grupa
TVO	Tīklenes vēnu oklūzija
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
VEGF	Asinsvadu endotēlija augšanas faktors
PVO	Pasaules Veselības organizācija

Kopsavilkums

Visā Centrāleiropā un Austrumeiropā (CAE) turpina izplatīties novēršams redzes zudums, ko izraisa ar vecumu saistīta mākulas deģenerācija (VMD) un diabētiskā retinopātija (DR), radot pamatīgas personīgās un veselības aprūpes sistēmas izmaksas. Neraugoties uz šo slimību pieaugošo izplatību un ekonomisko ietekmi, Eiropas Savienība nav izveidojusi visaptverošu sistēmu acu veselības problēmu risināšanai, valstu novecošanas stratēģijās un veselības programmās redzes aprūpi atstājot novārtā.

Šis koncepcijas dokuments, kas izstrādāts sadarbībā ar ieinteresētajām personām no **Bulgārijas, Horvātijas, Igaunijas, Grieķijas, Ungārijas, Latvijas, Lietuvas, Ziemeļmaķedonijas, Polijas, Rumānijas, Serbijas un Slovērijas**, paredz mainīt šo trajektoriju. Pieci galvenie mērķi ir sekojoši:

- ar vecumu saistītu tīklenes slimību **agrīna atklāšana**, izmantojot valsts skrīninga un nosūtījumu sistēmas;
- **standartizēt aprūpi** dažādās valstīs, nosakot labāko praksi un klīniskos ārstēšanas ceļus;
- palielināt **piekļuvi inovatīvai diagnostikai un ārstēšanai**;
- palielināt **pacientu un veselības aprūpes speciālistu informētību**;
- atbalstīt **rehabilitāciju un pacientu ilgtermiņa iesaisti aprūpē**.

Lai sasniegtu šos mērķus, koncepcijas dokuments aicina izstrādāt vienotas pamatnostādnes, kas atbilst PVO uz cilvēku vērsta acu veselības ietvaram, Apvienoto Nāciju "Redze ikvienam" rezolūcijai un Rietumeiropā un ASV novērotajiem rezultātiem, un veikt steidzamas reformas starp valdībām, lai uzlabotu tīklenes veselības aprūpes infrastruktūru, pacientu piekļuvi un samazinātu novēršamu aklumu, veicot šādas darbības:

- tādu **nacionālo tīklenes veselības stratēģiju izstrāde**, kurās paredzēta uzraudzība un rehabilitācija pēc ārstēšanas un atbalsts pacientiem ar VMD un DR;
- **lielāks finansējums** uzraudzības tehnoloģijām, palīgierīču pieejamībai un rehabilitācijas pakalpojumiem vājredzīgajiem;
- **stiprāki nosūtījumu tīkli**, lai vienkāršotu pacientu pāreju no diagnozes noteikšanas uz turpmāku aprūpi;
- **valsts izglītības programmas**, lai veicinātu agrīnu diagnosticēšanu un atklāšanu, pašaprūpi un stigmas mazināšanu;
- **reģionālās sadarbības veicināšana**, izmantojot zināšanu apmaiņas iniciatīvas, kopīgu pētniecību un standartizētus ārstēšanas protokolus.

Iedzīvotāju novecošanas izraisītais demogrāfiskais spiediens un pieaugošā diabēta izplatība padara tūlītēju rīcību gan steidzamu, gan sasniedzamu. Īstenojot šajā koncepcijas dokumentā izklāstītos ieteikumus, CAE valstis var ievērojami samazināt novēršamu aklumu, atbalstīt veselīgas vecumdienas un mazināt pašreizējo nevienlīdzību ar Rietumeiropu. Valdībām ir jāizmanto šī iespēja, lai redzes veselībai piešķirtu prioritāti, nodrošinot, ka neviens pacients netiek atstāts novārtā.

1. PĀRMAIŅU VEICINĀŠANA PACIENTIEM AR VMD UN DR CENTRĀLEIROPĀ UN AUSTRUMEIROPĀ

1.1. Ievads

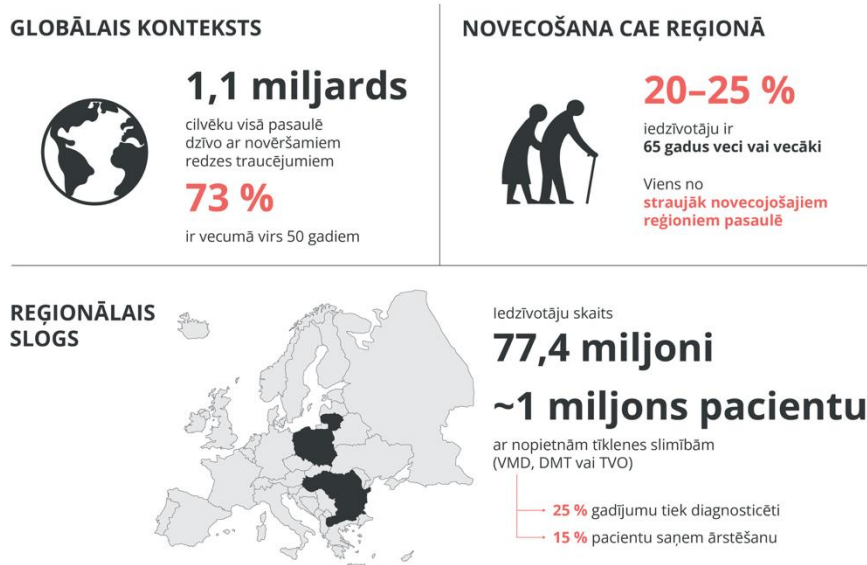
Vismaz 2,2 miljardiem cilvēku visā pasaulē ir redzes traucējumi vai aklums; no tiem vairāk nekā 1,1 miljards cieš no novēršamiem vai neārstētiem redzes traucējumiem.¹⁻⁴ Vecuma mākulā distrofija (VMD) un diabētiskā retinopātija (DR) ir vieni no galvenajiem novēršama redzes zuduma un akluma cēloņiem.⁵⁻⁷ Centrālajā un Austrumeiropā (CAE), kur veselības aprūpes sistēmām tiek piešķirti atšķirīgi resursi, tīklenes aprūpes pieejamība ir nekonsekventa un bieži vien nepietiekama. Tā kā iedzīvotāji reģionā noveco un arvien izplatītākas kļūst tādas hroniskas slimības kā diabēts, tiek prognozēts, ka ar vecumu saistīto tīklenes slimību izplatība ievērojami pieaugs, radot arvien lielākas problēmas sabiedrības veselībai.⁸

Koncepcijas dokumenta mērķis ir uzsvērt steidzamo redzes veselības vajadzību prioritizēšanu, jo īpaši VMD un DR jomā, un paplašināt iespējas pacientiem CAE reģionā. Dokumenta pamatā ir dati un atziņas, kas gūti pasaules acu veselības organizācijās, kā arī nesen veikti reģionāli pētījumi, lai iestātos par koordinētu rīcības politiku.

1.2. VMD un DR jautājumu steidzamība Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs

1.2.1. Redzes pasliktināšanās slogs iedzīvotāju novecošanas kontekstā

Redzes pasliktināšanās ietekmē dzīves kvalitāti, neatkarību un spēju veselīgi novecot.



1. attēls. Globālais un CAE redzes zuduma slogs^{5-7,9,10,14}

Diabēts ir viena no izplatītākajām slimībām pasaulē.^{6,11} Tiek lēsts, ka Eiropā 20–35 % cilvēku ar diabētu attīstīsies DR, un aptuveni trešdaļai no viņiem – redzei bīstama DR, tostarp DMT.^{6,11} CAE valstīs bieži tiek ziņots par augstu 2. tipa diabēta izplatību cilvēkiem, kam salīdzinājumā ar Rietumeiropas iedzīvotājiem ir vidējs un zemāks izglītības līmenis, augstāks bezdarba līmenis, lielāks KMI un augstāki smēķēšanas, hipertensijas un insulta rādītāji, kas pakļauj CAE valstu iedzīvotājus lielākam redzi apdraudošas DR un DMT riskam.^{6,12}

Ja pašreizējās tendences turpināsies, paredzams, ka to cilvēku skaits, kurus skārusi VMD un DR, būtiski palielināsies.^{6,7} Tomēr daudzi gadījumi joprojām netiek diagnosticēti vai ārstēti.²

Sešās CAE valstīs tikai 25 % pacientu ar VMD, DMT vai TVO tiek diagnosticēti, un mazāk nekā 15 % tiek ārstēti, kas liecina par ievērojamu aprūpes plaisu salīdzinājumā ar lielāko daļu citu ES valstu.⁹ No aptuveni 376 000 pacientu ar DMT diagnosticēti 25 %, un tikai 8 % tiek ārstēti.⁹ Tas ievērojami atšķiras CAE valstīs: Ziemeļmaķedonijā tikai 15 % pacientu ar VMD tiek diagnosticēti, un tikai 25 % no tiem saņem ārstēšanu, salīdzinot ar 82 %, kas saņem ārstēšanu Polijā.⁹ CAE valstis ziņo par zemu diagnozes noteikšanas un ārstēšanas aptveres līmeni, it īpaši ārpus pilsētām, un vāji koordinētas aprūpes ceļiem, bet ģimenes ārsti nav pietiekami iesaistīti redzes pārbaudē un pacientu nosūtīšanā pie speciālista.^{9,13}

Rezultātā šo strukturālo šķēršļu dēļ katru gadu novēršams redzes zudums rodas tūkstošiem cilvēku, no kā varētu izvairīties un kas nav ekonomiski ilgtspējīgi.

1.2.2. Ietekme uz ekonomiku un sabiedrību

Redzes pasliktināšanās visu ceļoņu dēļ (tostarp aklums) rada nopietnus ekonomiskos zaudējumus un kavē konkrētu ilgtspējīgas attīstības mērķu īstenošanu (2. att.). 2022. gadā *Lancet* publicētajā sistemātiskajā pārskatā konstatēts, ka redzes pasliktināšanās rada ievērojamas veselības aprūpes, sociālās aprūpes un produktivitātes izmaksas visos ienākumu līmeņos.¹⁴

GLOBALAIS EKONOMISKAIS SLOGS REDZES ZUDUMA DĒĻ



€ 361,4 miljardi

Aprēķinātie produktivitātes zaudējumi visā pasaulē

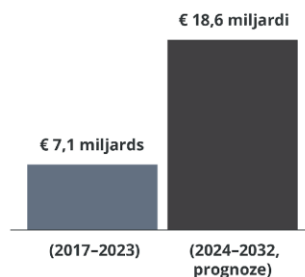


€ 633,3 miljardi

Kopējais DMT un VMD sociālekonomiskais slogs

**WifOR
institūts (2024)**

VMD un DMT izmaksas
12 Centrālās un
Austrumeiropas valstīs



2. attēls. Globālais ekonomiskais slogs redzes zuduma dēļ^{14,15,16}

Šīs izmaksas vēl vairāk saasina novēlota diagnoze, un sekas ir paliekošas; ja šie stāvokļi netiek diagnosticēti un agrīni ārstēti, rezultātā ir nepieciešama intensīvāka aprūpe un rodas neatgriezenisks redzes zudums.¹⁶ Bulgārijā, Rumānijā un Ungārijā neārstēti DMT un VMD katru gadu izraisa tūkstošiem novēršama akluma gadījumu.¹⁷

Redzes pasliktināšanās slogs pārsniedz tiešos veselības aprūpes izdevumus; tas rada visaptverošu un pieaugošu slogu veselības aprūpes sistēmām, indivīdiem un viņu ģimenēm, kā arī valstu ekonomikai visā CAE.

1.2.3. Ietekme uz veselības aprūpes sistēmām

Novēlota diagnostika un ierobežota piekļuve aprūpei palielina izdevumus vienam pacientam un palielina sistēmas slogu. Novēlota ārstēšanas uzsākšana pasliktina sākotnējos simptomus un veicina slimības progresēšanu, izraisot sliktāku iznākumu pacientam, piemēram, redzes zudumu vai neatgriezeniskus redzes bojājumus.^{6,10} Tas palielina slogu veselības aprūpes sistēmām, radot nepieciešamību pēc sarežģītākas ilgtermiņa aprūpes, piemēram, augsta riska lāzerķirurģijas, plašas anti-VEGF terapijas, rehabilitācijas un atbalsta neredzīgajiem.^{6,10,11,15} Koordinācijas trūkums starp ģimenes ārstiem un oftalmologiem noved pie novēlotas ārstēšanas, un tādās valstīs kā Bulgārija, Rumānija un Ungārija veidojas garas gaidīšanas rindas.⁹

1.2.4. Sociālais un ģimenes slogs

Tā kā redze ir zaudēta, pacienti arvien vairāk ir atkarīgi no ģimenes locekļiem ikdienas sadzīves, mobilitātes un emocionālā atbalsta aktivitātēs. Tam ir lielas sociālās izmaksas. Neapmaksātiem aprūpētājiem, parasti laulātajiem vai pieaugušiem bērniem, nākas mainīt darbu, dienaskārtību un finansiālo situāciju, lai nodrošinātu aprūpi. Valstīs ar ierobežotiem valsts atbalsta pakalpojumiem šis scenārijs rada slēptas izmaksas ģimenēm, izraisot emocionālu stresu un liekot zaudēt ienākumus.^{2,3,14} Aprūpētāja slogs vēl vairāk veicina dzimumu nevienlīdzību, jo sievietes biežāk uzņemas neapmaksātus aprūpētāja pienākumus.^{10,15} Sekas ir biežāks darba kavējums, mazākas karjeras izaugsmes iespējas un lielāks aprūpētāja izdegšanas risks, jo īpaši vecāka gadagājuma ģimenēs, kurās ir vairākas veselības aprūpes vajadzības.¹⁰

1.2.5. Zaudētā produktivitāte un ekonomiskā ietekme

Redzes traucējumi un redzes zudums tieši ietekmē darba ražīgumu, īpaši tad, ja rodas darbaspējīga vecuma iedzīvotājiem ar diabētu vai agrīnu VMD. Lai gan vecums ir viens no galvenajiem VMD riska faktoriem, šī slimība arvien biežāk ietekmē gados jaunākus cilvēkus. Turklāt DR un DMT ir vieni no galvenajiem novēršama akluma cēloņiem pieaugušajiem darbaspējīgā vecumā.^{6,18} Individīdi var zaudēt darbu, ir spiesti priekšlaicīgi pensionēties vai saīsināt darba laiku redzes traucējumu dēļ. Žurnāla *Lancet* Globālā acu veselības komisija lēš, ka produktivitātes zudumi, kas saistīti ar redzes pasliktināšanos, izmaksā 361,4 miljardus eiro gadā.¹³ Veselīgiem un produktīviem iedzīvotājiem jāveicina ekonomikas izaugsme un jāfinansē veselības aprūpes sistēmas nākotne. Centrāleiropas un Austrumeiropas kontekstā, kur novecošana paātrinās un darbaspēka nomaļņa palēninās, redzes saglabāšana nav tikai klīniska, bet arī makroekonomisks mērķis. Agrīna iejaukšanās un ārstēšana ļauj pacientiem ilgāk palikt darba tirgū un būt neatkarīgiem, samazinot ilgtermiņa atkarību no citiem un pieprasījumu pēc veselības aprūpes.

1.3. Konceptijas dokumenta mērķi un uzdevumi

Labā redze ir būtiska veselīgām vecumdienām un sociālajai līdzdalībai.¹⁰ Tomēr diagnostikas novilcināšana, nepietiekama informētība un valsts skrīninga programmu trūkums joprojām rada nopietnas problēmas.

Neraugoties uz VMD un DR augsto un pieaugošu izplatību un to izraisīto arvien lielāko ekonomisko ietekmi, ES vēl nav izstrādājusi visaptverošu sistēmu vai stratēģiju, lai risinātu acu aprūpes jautājumus un novērstu iedzīvotāju aklumu; valstu novecošanas stratēģijās un veselības programmās redze bieži vien netiek ņemta vērā un tai netiek piešķirta prioritāte.^{6,9}

Konceptijas dokumenta mērķis ir:

- veicināt ar vecumu saistītu tīklenes slimību **agrīnu atklāšanu**, izmantojot valsts skrīninga un nosūtījumu sistēmas;
- **atbalstīt rehabilitāciju** un pacientu ilgtermiņa iesaisti aprūpē;
- palielināt **piekļuvi** inovatīvai diagnostikai un ārstēšanai;
- veicināt pacientu un veselības aprūpes speciālistu **informētību**;
- **atbalstīt rehabilitāciju** un ilgtermiņa pacientu iesaistīšanos aprūpē.

Šo mērķu sasniegšanai ir vajadzīga daudznozaru pieeja, iesaistot veselības ministrijas, pacientu organizācijas, profesionālās struktūras, kā arī ES līmeņa ieinteresētās puses.

1.4. Aicinājums īstenot reformas taisnīgai veselības aprūpei un mainīt politiku

Lai pārveidotu aprūpi cilvēkiem ar VMD un DR Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs, mums jārikojas kopā. Mēs mudinām valstu valdības un politikas veidotājus apstiprināt un īstenot dažas izšķiroši svarīgas darbības.

1.4.1. Vienotu reģionālo un valsts pamatnostādņu izstrāde

Saskaņā ar PVO aicinājumu veidot standartizētas klīniskās vadlīnijas aicinām uz sadarbību ar ministrijām un tīklenes slimību asociācijām, lai piemērotu vienotus reģiona mēroga standartus:¹²

- saskaņot valstu politiku ar Apvienoto Nāciju Organizācijas (ANO) rezolūciju “Redze ikvienam”;¹⁵
- noteikt un īstenot paraugprakses vadlīnijas, tostarp nosūtījumu protokolus un uzraudzības grafikus;
- iekļaut VMD un DR profilakses un redzes veselības jautājumus valstu novecošanas un NIS stratēģijās, kā arī sistēmiskos slimību kontroles mehānismos, kā to rosina Pasaules Veselības organizācijas (PVO) integrētā uz cilvēkiem orientēta acu aprūpes sistēma;¹²
 - PVO nodrošina strukturētu, integrētu un uz pierādījumiem balstītu acu aprūpes intervencu kopumu, ko varētu īstenot, lai saskaņotu veselības aprūpes sistēmas;^{11,20}
- veicināt sadarbību starp galvenajām ieinteresētajām pusēm ar vecumu saistītu tīklenes slimību jomā visā CAE.

1.4.2. Veicināt informētību un izglītību

Ir ļoti svarīgi agrīni atpazīt redzes izmaiņas, taču informētība par tām joprojām ir zema. Mēs aicinām valdības finansēt sabiedriskās kampaņas, kas:

- palielinātu izpratni par vecuma izraisītām tīklenes slimībām gados vecāku pieaugušo, diabēta slimnieku un marginalizētu grupu vidū;
- paaugstinātu ar vecumu saistīto tīklenes slimību redzamību, veicinot regulāru acu izmeklējumu nozīmi un agrīnu pazīmju un simptomu atpazīšanu;
- apmācītu citu specialitāšu ārstus (piem., ģimenes ārstus un medmāsas), kā atpazīt agrīnas ar vecumu saistītas tīklenes slimības pazīmes un laikus nosūtīt pacientu pie speciālista.

1.4.3. Atbalstīt agrīnu diagnostiku

Atsaucoties uz PVO ieteikumiem par diabētiskās retinopātijas valsts skrīningu, kas saskaņoti ar pierādījumos balstītiem protokoliem, mēs atbalstām:

- pārbaudītas vai paplašinātas tīklenes skrīninga valsts programmas, it īpaši augsta riska grupām;
- mobilās pārbaudes vienības, lai sasniegtu teritorijas ar nepietiekamu aptveri un mazinātu plaisu starp laukiem un pilsētām.²⁰

1.4.4. Ieguldīt diagnostikas un ārstēšanas infrastruktūrā

OCT un fluoresceīna angiogrāfija ir būtiska agrīnai slimību atklāšanai, tomēr piekļuve tām ir ierobežota, it īpaši lauku apvidos.⁹ Aicinām piešķirt sabiedrības veselības līdzekļus skrīninga un diagnostikas stratēģiju stiprināšanai caur:

- investīcijām diagnostikas un ārstniecības infrastruktūrā un *Amsler* režģa kā vienkārša skrīninga rīka izmantošanu;

- kopienas uzraudzības un ārstēšanas centru izveidi, pēc iespējas plašāk ieviešot uzraudzību mājās vai kopienā.

1.4.5. Uzlabot piekļuvi aprūpei un inovācijām

Aicinām dalībvalstis mazināt laika nobīdi starp Eiropas Zāļu aģentūras (EMA) apstiprinājumu un valstu lēmumiem par medikamentu iekļaušanu kompensācijas sistēmā. Mēs iesakām:

- noteikt mērķa sliekšni – 6 mēnešus – no EMA apstiprinājuma līdz zāļu pieejamībai pacientiem visā reģionā;
- palielināt valsts sabiedrības veselības finansējumu intravitrealām terapijām, par prioritāti izvirzot taisnīgumu attiecībā uz pacientiem lauku apvidos un teritorijās ar nepietiekamu aptveri;
- regulāri pārskatīt un atjaunināt valsts kompensācijas politiku, lai nodrošinātu atjauninātu diagnostikas instrumentu un ārstēšanas pieejamību;
- izmantot teleoftalmoloģijas un mākslīgā intelekta (MI) atbalstītos skrīninga instrumentus, lai mazinātu sistēmas slogu.¹⁰

1.4.6. Paplašināt atbalstu un rehabilitāciju pēc ārstēšanas

Atbalsta pakalpojumi uzlabo ilgtermiņa rezultātus un dzīves kvalitāti, un tie jāintegrē valstu veselības aprūpes sistēmās. Mēs iesakām:

- investēt redzes rehabilitācijas klīnikās un visiem pacientiem pieejamos pakalposumos neatkarīgi no atrašanās vietas vai sociālekonomiskā statusa;
- finansēt un veicināt atbalsta tehnoloģijas un apmācības, lai palielinātu pacientu līdzestību un neatkarību.

1.5. Secinājumi

Iespēja uzlabot acs tīklenes veselības aprūpi Centrāleiropā un Austrumeiropā ir gan steidzama, gan sasniedzama. Ņemot vērā sabiedrības novecošanu, pieaugošos diabēta rādītājus un pierādītas ārstēšanas pieejamību, valdībām nekavējoties jārikojas, lai piešķirtu prioritāti redzes veselībai. Īstenojot šeit izklāstītos politikas ieteikumus, valstis var samazināt novēršama akluma slogu, atbalstīt veselīgas vecumdienas un nodrošināt, ka neviens pacients netiek atstāts novārtā.

2. VMD UN DR

2. Ievads

Tiek prognozēts, ka, sabiedrībai strauji novecojot, globālās acu aprūpes vajadzības būtiski pieaugs; paredzams, ka līdz 2050. gadam pusei pasaules iedzīvotāju būs redzes traucējumi.²¹

Tīklenes slimības, kas saistītas ar vecumu, galvenokārt VMD un DR, ir galvenie redzes traucējumu un akluma cēloņi 50 gadus veciem un vecākiem pacientiem Eiropā.^{13,22-24} Tiek lēsts, ka pasaulē ar VMD dzīvo 196 miljoni cilvēku un ar DR – 146 miljoni.^{23,24}

2.1 Vecuma mākulās deģenerācija (VMD)

VMD ir deģeneratīva acu slimība, kas skar mākulu, kura atrodas tīklenes centrālajā daļā.^{6,25-27} Mākula ir acs daļa, kas atbild par asu centrālo (taisni uz priekšu) redzi, un tai ir visaugstākā fotoreceptoru (gaismas jutīgo šūnu) koncentrācija acī.^{6,26} Mākulās progresējoša deģenerācija rada neskaidru centrālo redzi, izkropļotu redzi, un redzes lauku var ietekmēt tumši vai tukši plankumi.^{24,25,28} Slimībai progresējot, tā var izraisīt neovaskulāru vai mitru VMD (nVMD) vai ģeogrāfisko atrofiju (GA). nVMD ietver patoloģisku jaunu asinsvadu augšanu zem tīklenes.¹ Šie asinsvadi ir trausli, caur tiem var noplūst šķidrums un asinis, bojājot mākulu un izraisot strauju centrālās redzes zudumu.¹ GA izraisa atrofiskus bojājumus ārējā tīklenes daļā, izraisot šūnu bojāeju un neatgriezenisku redzes zudumu.²⁹ GA izplatība ievērojami palielinās līdz ar vecumu, un aptuveni 1 no 5 cilvēkiem vecumā virs 85 gadiem ir GA vismaz vienā acī.³⁰ VMD izraisīts redzes zudums ietekmē ikdienas dzīves aktivitātes, garīgo veselību un labsajūtu pacientiem un viņu aprūpētājiem, līdz 44 % personu ar VMD saskaras ar trauksmi un depresiju.^{24,25,28}

Lai gan VMD ir izplatīts ar vecumu saistīts stāvoklis, pastāv papildu faktori, kas palielina risku, tostarp ģimenes anamnēze, ķermeņa masas indekss, smēķēšana un alkohola lietošana.^{11,24} Turklāt slimības slogs palielinās, vairāk ietekmējot sievietes, un ir saistīts ar sociālekonomisko stāvokli, izglītību un ģeogrāfiskām atšķirībām.

Eiropā gandrīz 1 no 10 cilvēkiem dzīvo ar VMD, un tās izplatība pieaug. Tiek lēsts, ka līdz 2040. gadam VMD skars ^{25,28} vairāk nekā 1 no 8 cilvēkiem.^{27,28} Šis slogs ir ievērojams visā CAE, it īpaši liela ir VMD izplatība baltās rases iedzīvotāju vidū vecumā no 45 līdz 85 gadiem.^{22,13} Lai gan nVMD veido tikai 10–15 % no VMD kopējās izplatības, tā sastāda aptuveni 90 % smagu redzes zudumu, ko izraisa mākulās deģenerācija.⁶ VMD kļuvusi par pieaugošu būtisku sabiedrības veselības problēmu, jo būtiski ietekmē pacientu dzīves kvalitāti un veselības aprūpes sistēmas visā pasaulē.²⁴ VMD vēlinās stadijas ekonomiskais slogs ir ievērojams. *Retina International* veiktajā pētījumā aplēstas kopējās vēlinās posma VMD izmaksas gadā: Bulgārijā tie ir 449 miljoni eiro, Vācijā – 7,6 miljardi eiro.²⁸ Cilvēki ar agrīnu vai vidēji smagu VMD bieži vien neapzinās simptomus, tāpēc jāuzsver, ka skrīnings un agrīna atklāšana ir kritiski svarīga savlaicīgai un precīzai diagnostikai un atbilstoši izglītošanai par šīm slimībām.²⁸

2.2. Diabētiska retinopātija (DR)

Diabēts var ietekmēt tīkleni, bojājot asinsvadus, izraisot caurlaidības palielināšanos vai trombozi.^{22,13,25} DR ir izplatīta diabēta komplikācija, kas ietekmē tīklenes mazos asinsvadus sakarā ar pastāvīgu hipoglikēmiju.³¹ Patoloģiski un trauslāki asinsvadi var veidoties arī tīklenē, kas var izraisīt asiņošanu vai tīklenes sarētošanos, kā rezultātā attīstās pastāvīgi redzes traucējumi vai aklums.¹³ DMT ir papildu komplikācija DR, kas var rasties jebkurā stadijā.³¹ DMT gadījumā šķidrums uzkrājas mākulā un izraisa progresējošu tīklenes centrālās daļas sabiezēšanu, pakāpenisku redzes asuma pasliktināšanos un, iespējams, pastāvīgu redzes zudumu.^{13,22,25}

DR attīstības risku palielina vairāki faktori. Īpaši slikta glikēmijas kontrole personām ar 2. tipa cukura diabētu palielina DR, veicina tās progresēšanu un iespējama redzes zuduma risku.³² DR attīstīšanos un progresēšanu var ietekmēt arī ģenētika, cukura diabēta ilgums un hipertensija.³²

Pēdējo 20 gadu laikā diabēta izplatība pasaulē ir trīskāršojusies; 2019. gadā tika lēsts, ka diabēts bija 463 miljoniem cilvēku (9,3 % pasaules iedzīvotāju) vecumā no 20 līdz 79 gadiem.³² Eiropā aptuveni 1–13 % cilvēku ar diabētu attīstīsies redzi apdraudoši DR.^{22,24} Paredzams, ka līdz 2045. gadam diabēta pacientu skaits pasaulē pieaugs līdz 700 miljoniem, galvenokārt saistībā ar uztura un dzīvesveida izmaiņām, kas saistītas ar urbanizāciju, iedzīvotāju skaita pieaugumu un dzīves ilguma pagarināšanos.³² Augot diabēta izplatībai, palielināsies arī DR skarto personu skaits. Šie statistikas dati liecina par steidzamu vajadzību pēc izpratnes par diabētu un redzes veselību, kā arī par skrīninga, diagnozes noteikšanas un pareizas slimību pārvaldības iespējamo ietekmi uz novēršamām ar redzi saistītām komplikācijām.

2.3. Noslēguma piezīmes

Pieaugot diagnosticēto diabēta gadījumu skaitam un sabiedrības novecošanai, VMD un DR kļūst par aizvien nozīmīgākām sabiedrības veselības un sociālām problēmām Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs. Neraugoties uz VMD un DR lielo izplatību un ekonomisko ietekmi, trūkst valstu stratēģijas redzes aprūpei un akluma profilaksei.²⁸ Neārstētas vai nepietiekami ārstētas VMD un DR sekas ir novēršamas, un tās var mazināt, savlaicīgi nodrošinot piekļuvi profilaktiskai aprūpei, agrīnai diagnostikai un skrīningam, kā arī veicinot kvalitatīvas aprūpes, ārstēšanas un rehabilitācijas pieejamību.^{13,22-24}

Turklāt ir būtiski palielināt reģiona veselības aprūpes vadītāju un politikas veidotāju informētību par VMD un DR ietekmi uz sabiedrību un ekonomiku. Steidzami nepieciešami valstu reģistri un konsekventa datu vākšanas metodika, lai iegūtu ticamus epidemioloģiskos un ekonomiskos datus, kas palīdzēs integrēt aprūpi no profilakses, skrīninga un agrīnas atklāšanas līdz ārstēšanas pieejamībai, rehabilitācijai un pacientu reintegrācijai sabiedrībā.

3. PACIENTA CEĻA STANDARTIZĀCIJA CENTRĀLEIROPĀ UN AUSTRUMEIROPĀ

3. Mūsu kopīgā atbildība par redzes saglabāšanu

Redzes pasliktināšanās un zuduma ietekmi nedrīkst novērtēt par zemu, jo līdz ar to miljoniem cilvēku zaudē savu neatkarību un dzīves kvalitāti. Tie nav atsevišķi gadījumi, bet sistēmiska reģionāla krīze, ko saasina novēlota diagnostika, nepietiekama piekļuve speciālistiem un ārstēšanai, kā arī sadrumstaloti aprūpes ceļi.¹ Atšķirības ir milzīgas, un likmes ir augstas: novēršams aklums nevajadzīgi ietekmē tūkstošiem cilvēku.

Kā vienoti pacientu aizstāvji no visas CAE, mēs uzskatām, ka ikviens cilvēks neatkarīgi no tā, kur viņš dzīvo, ir pelnījis savlaicīgu, efektīvu un taisnīgu acu aprūpi.

Mēs aicinām uz steidzamu, uz sadarbību vērstu rīcību, lai standartizētu aprūpi un novērstu atšķirības starp valstīm. Šajā nodaļā ir uzsvērtā reģionālās sadarbības nozīme, kartēta pacientu pieredze, norādītas sistēmiska līmeņa atšķirības un ieteikta skaidra un īstenojama politika, lai nodrošinātu taisnīgu piekļuvi diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem.

Mūsu mērķis ir pārveidot redzes aprūpi par vienotāku un efektīvāku veselības aprūpes vidi visā CAE.

3.1. Sadrumstalota pacientu pieredze

Ideālu pacienta ceļu veido laba klīniskā prakse, kuras pamatā ir pacienta un ārstu informētība un izglītošana. Process sākas ar savlaicīgu diagnozi, kas ir sasniedzams solis, kad pacients apzinās redzes izmaiņas un nekavējoties apmeklē primārās aprūpes ārstu, lai saņemtu nosūtījumu pie oftalmologa, kurš ir sertificēts VMD un/vai DR diagnosticēšanā gadījumā, vai vērstos tieši pie oftalmologa, ja simptomi ir smagi. Uzticami un skaidri protokoli nodrošina, ka pacients tiek nekavējoties nosūtīts pie tīklenes speciālista, kas ļauj precīzi noteikt diagnozi un nekavējoties uzsākt terapiju.¹ Slimības kontroli un redzes saglabāšanu ilgtermiņā nodrošina regulāras novērošanas vizītes, kas ietver nepārtrauktu attēldiagnostiku un redzes funkcijas testus. Visbeidzot, lai saglabātu aktivitāti un neatkarību, pacientam jāsaņem izglītība, rehabilitācija un psihosociālais atbalsts (3. att.).

Diemžēl šis pacienta ceļa zelta standarta lielākajā daļā Centrāleiropas un Austrumeiropas valstu joprojām ir tikai iedvesmas līmenī, un novēlota ārstēšana un aprūpes nepilnības būtiski ietekmē pacientu aprūpi un rezultātus (3. att.)

IDEĀLAIS PACIENTA CEĻŠ



REĀLĀ SITUĀCIJA



3. attēls. Ideāls pacienta ceļš un kavēšanās ietekme uz pacientu aprūpi

3.2. Atšķirības piekļuvē specializētai aprūpei

Specializētas aprūpes pieejamība un piekļuve tai ir būtiska savlaicīgai diagnostikai un ārstēšanai; tomēr visā CAE sabiedrības un VAS neinformētība, sadrumstalotas nosūtījumu sistēmas un piekļuves ģeogrāfiskās atšķirības rada būtiskus šķēršļus. Turklāt sociālie un strukturālie faktori, kas nosaka veselības stāvokli, rada šķēršļus savlaicīgai tīklenes slimību diagnosticēšanai CAE.

3.2.1. Informētība un veselības izglītība

Informētības trūkums mazina apzinātu nepieciešamību pēc preventīvām vizītēm pie ārsta vai turpmākām pārbaudēm, savukārt paaugstināta sabiedrības informētība var radīt pieprasījumu pēc valdības rīcības.

Viens no visspēcīgākajiem konstatējumiem visā reģionā ir tas, ka daudzi pacienti ar diabētu Centrālaustumeiropas un Austrumeiropas valstīs neapzinās vajadzību regulāri veikt redzes pārbaudes un dzīvo reģionos, kur nav specializētu pakalpojumu.³¹ *DR Barometer Report* ziņo par ievērojamu procentuālo diabēta pacientu daļu, kam netiek veiktas ikgadējas acu pārbaudes (25%) vai kuriem netiek veikta oftalmoloģiska izmeklēšana, kamēr nav progresējuši redzes simptomi (16%).³¹ Bieži vien tas ir nepietiekamas izglītības rezultāts diabēta diagnosticēšanas gadījumā un koordinācijas trūkums starp primārās aprūpes ārstiem un acu aprūpes speciālistiem.

Nepietiekama informētība var skart arī veselības aprūpes speciālistus. Ģimenes ārsti un endokrinologi neveic regulāru diabēta pacientu skrīningu, lai atklātu redzes komplikācijas.³¹ Tas ir īpaši problemātiski lauku reģionos, kā liecina pētījumi par novēlotu diagnostiku un ierobežotu piekļuvi oftalmoloģiskajai aprūpei.³³ Turklāt ārsti var nepietiekami informēt pacientus par viņu veselības stāvokļa riskiem vai nenosūtīt pacientus pie speciālistiem.²⁸

Izglītības un veselības pratības līmenis vēl vairāk traucē pacientiem meklēt agrīnu aprūpi, nenovilcināt diagnostiku un savlaicīgi ārstēties. Lielākā daļa indivīdu nezina par agrīnām VMD un DR pazīmēm un kļūdaini pieņem, ka redzes zudums ir normāls novecošanas aspekts.^{1,10,31}

Pacientu interešu aizstāvības grupas (PAG) var būt vērtīgi partneri slimību ārstēšanā un pacientu izglītošanā un atbalstīšanā. Prasmju pilnveides programmas, piemēram, tās, ko piedāvā EUPATI, var palīdzēt uzlabot PAG spējas un ietekmi.³⁴ Sadarbības veicināšana starp galvenajām ieinteresētajām pusēm, tostarp PAG, valdību, profesionālajām oftalmoloģijas asociācijām, apvienībām, reliģiskajām grupām un uzņēmumiem visā CAE būs izšķiroši svarīga, lai uzlabotu rezultātus ar vecumu saistītu tīklenes slimību jomā; šīs iniciatīvas pamatā ir *Action4AMD* panākumi.² Ar vecumu saistītu tīklenes slimību ārstēšanā iesaistīto VAS

daudzveidības palielināšana var atvieglot veselības aprūpes kapacitātes jautājumus. Galvenais intervences punkts ir pacientu rezultātu uzlabošana ar mērķtiecīgu profesionālo apmācību un redzes veselības iekļaušana nelipīgo slimību (NIS) pārvaldības vadlīnijās.

3.2.2. Piekļuve specializētai aprūpei











Acu veselības aprūpes darbinieku skaits uz miljonu iedzīvotāju jau sen tiek izmantots kā orientieris darbaspēka plānošanā.¹ Lai gan oftalmologu skaits uz miljonu iedzīvotāju CAE valstīs ir līdzvērtīgs to skaitam pārējā Eiropā, skaitļos vien nav ņemti vērā citi noteicošie faktori (piemēram, iedzīvotāju struktūra, epidemioloģija, noteikumi un standarti, pašreizējā darbaspēka atrašanās vieta un sabiedrības pieprasījums).^{1,22,35} Redzes veselības aprūpes pakalpojumi lielā daļā CAE valstu atrodas lielajās pilsētās. Acu aprūpes pieejamība, it īpaši lauku un attālos reģionos, ir ierobežota, bet aprūpe speciālistu līmenī ir zemas kvalitātes vai tās nav vispār.^{9,31} Diagnostikas un ārstēšanas centri (tostarp galvenās diagnostikas iekārtas, piemēram, optiskās koherences tomogrāfijas [OCT] iekārtas) galvenokārt ir koncentrēti galvaspilsētās un lielās pilsētu slimnīcās.³³ Turpretim lauku pacienti saskaras ar lieliem attālumiem un sabiedriskā transporta nepietiekamību.


Situāciju sarežģī atbilstoši apmācīta personāla, it īpaši oftalmologu ar pieredzi tīklenes slimību ārstēšanā trūkums. Ģimenes ārsti bieži ir pirmais un vienīgais kontaktpunkts lielākajā daļā lauku kopienu; diemžēl ģimenes ārsti var nesaņemt atbilstošu apmācību, lai noteiktu ar vecumu saistītas tīklenes slimības agrīnu izpausmi vai lai sazinātos ar atbilstošiem speciālistiem. Diagnostiku un ārstēšanu kavē arī neefektīvi nosūtīšanas ceļi starp primāro aprūpi, diabēta speciālistiem un acu speciālistiem.⁹ Grūtības, kas saistītas ar Centrāleiropas un Austrumeiropas valstu spēju kontrolēt un administrēt terapiju, varētu mazināt pakalpojumu reģionalizācija, izmantojot decentralizētu aprūpi un sadarbību ar privātām organizācijām.










Papildus ģeogrāfiskajām atšķirībām daudzi no pakalpojumiem tiek sniegti privātajā sektorā, un cilvēkiem par tiem jāmaksā no personīgajiem līdzekļiem.^{1,31}

Līdz ar atšķirībām piekļuvē un savlaicīgā turpmākā diagnostikā dažās valstīs darbojas valsts mēroga skrīninga iniciatīvas attiecībā uz īpašiem veselības stāvokļiem, piemēram, diabētisko retinopātiju, savukārt citās trūkst standartizētu vispārējo protokolu (1. tabula).^{11,35}

1. tabula. Pārskats par protokola atšķirībām CAE valstīs

Valsts	Nacionālais DR skrīnings	VMD protokoli	OKT piekļuve	Speciālistu blīvums	Piezīmes
 UNGĀRIJA		 Daļēja	 Vidēja	 Vidējs	Nav DR pārklājuma Ierobežots valsts sociālās apdrošināšanas aptvērums Anti-VEGF lietošana ir ierobežota noteiktām klīnikām. Tikai VMD
 POLIJA	 Tikai skrīnings		 Ierobežota	 Neregulārs, nevienmērīgs un ilgi gaidīšanas laiki	Nevienmērīgs speciālistu blīvums dažādos reģionos Reģionālās atšķirības (jo īpaši attiecībā uz VGF terapiju)

 RUMĀNIJA	✗	✗	✗ Ļoti zema	✗ Zems	Lielas problēmas lauku reģionos Ilgs gaidīšanas laiks Speciālistu trūkums
 BULGĀRIJA	✗	✗	↶ Vidēja	↶ Vidējs	Diagnoze un ārstēšana par pacientu personīgajiem līdzekļiem
 HORVĀTIJA	✗	☑	↶ Vidēja	☑	Reģionālās atšķirības
 IGAUNIJA	☑ Profilaktiskās pārbaudes ik pēc 1–2 gadiem	↶ Daļēji	☑ Augsta	☑	Nav valsts kompensācijas nevienam no reģistrētiem medikamentiem nVMD, DMT un TVO dg. Ilgs gaidīšanas laiks kapacitātes dēļ.
 GRIEĶIJA	✗ Diabēta PAG aizstāv valsts skrīninga programmu	✗ Nav lokālu ārstēšanas protokolu (seko EURETINA)	☑ Augsta (jo īpaši privātajā sektorā)	↶ Vidējs līdz augsts	Galvenā problēma – aprūpe laukou reģionos
 LATVIJA	✗	✗	☑ Augsta	↶ Vidējs	Ierobežota kompensācija, anti-VEGF terapija (pieejama tikai dažiem pacientiem ar iepriekš neārstētu diabētisko mākulās tūsku ar īpašiem atlasas kritērijiem 2025. gadā; nav kompensācijas pacientiem ar nVMD un RVO) Cilvēki bieži izvēlas privāto aprūpi.
 LIETUVA	☑ Profilaktiskās pārbaudes ar	↶ Daļēja	↶ Vidēja	↶ Nevienmērīgs	Ilgs gaidīšanas laiks uz pirmo vizīti Daudzi izvēlas privāto aprūpi

	diabētu ik pēc 1–2 gadiem				
 ZIEMEĻMAKĒDONIJA	✗	✗	 Vidēja	 Vidējs	Sabiedrības veselības aprūpē ārstēšana ir centralizēta, privātajā veselības aprūpē pacienti jāmaksā no personīgajiem līdzekļiem
 SERBIJA	✗	✗	 Limitēta (ilgs gaidīšanas laiks nepietiekamas kapacitātes dēļ) līdz daļēja (privātā veselības aprūpē pacientu līdzmaksājumi)	 Vidējs (mazs retinologu skaits, bet daudz oftalmologu)	Ierobežota valsts kompensācija par reģistrētiem medikamentiem nVMD un RVO
 SLOVĀKIJA	✗	 Daļēja	✗ Zema	 Vidējs	Ierobežota kompensācija Ilgs gaidīšanas laiks atkarībā no reģiona

Liela daļa šo atšķirību pacientu piekļuvē un aprūpē ir saistītas ar nepietiekamiem ieguldījumiem veselības aprūpē un maz efektīvu resursu sadalījumu. Laikā no 2000. līdz 2017. gadam viens CAE valstu iedzīvotājs ir saņēmis vidēji par 26 000 eiro mazāku veselības aprūpes izdevumu pabalstu salīdzinājumā ar citiem izdevumiem ES5.³⁶ Visā CAE publiskā finansējuma un kompensācijas politika attiecībā uz uzlabotiem diagnostikas instrumentiem, piemēram, OCT un fluoresceīna angiogrāfiju, ir ļoti atšķirīga. Tas saasina neatbilstības reģionā, veicinot ilgāku ārstēšanas kavēšanos, jo īpaši lauku apvidos, un negatīvi ietekmējot iznākumu pacientiem.^{2,6,9}

Primārajā aprūpē VMD un DR bieži vien netiek noteiktas par prioritārām, jo pastāv konkurējošas veselības vajadzības, un redzes veselība netiek pietiekami integrēta valstu profilaktiskajās sistēmās.^{6,9,37} To vēl vairāk pastiprina tas, ka riskam pakļautās iedzīvotāju grupas un ne-oftalmoloģijas ārsti, kas sniedz primāro aprūpi, nav pietiekami informēti par redzes veselību³⁷.

Vēl vairāk pacientu aprūpi sadrumstalo nosūtījumu sistēmas, kuras bieži vien ir neefektīvas un slikti izstrādātas.³⁷ Piekļuvi aprūpei apgrūtina arī nepietiekama diagnostikas un ārstēšanas infrastruktūra.³⁷ Tas it īpaši attiecas uz ierobežotiem resursiem, kur pastāv būtiskas nepilnības diagnosticēšanas apmācībā, terapeitiskās inovācijās un vadlīnijām pielāgotā aprūpē.⁶

Pierādījumi par valstu stratēģijām, kas īpaši vērstas uz vecuma izraisītām tīklenes slimībām vai redzes veselību, ir ierobežoti. Diskusijās par VMD un DR bieži tiek pievērsta uzmanība ārstēšanas inovācijām, pacientu izglītošanai un aprūpes pieejamībai, taču visaptverošas valstu politikas joprojām ir nepietiekamas.^{35,37} Rezultāts ir ilgstošs un novēlots diagnozes uzstādīšanas process un neatgriezenisks redzes zudums, neskatoties uz to, ka ir pieejami ārstēšanas līdzekļi, kas, savlaicīgi pielietojot, var novērst aklumu.

3.2.3. Piekļuve ārstēšanai un sociālekonomiskā nevienlīdzība

Efektīvas terapijas pieejamība un kompensācija ir ļoti atšķirīga, kas izraisa lielu ārstēšanas uzsākšanas aizkavēšanos, kā rezultātā ir liels skaits neārstētu vai nepietiekami ārstētu pacientu.⁶ Neskatoties uz visaptverošu reģistrācijas procesu un kompensāciju valsts vai reģionālā līmenī, ne visiem pacientiem Eiropā ir vienlīdzīga pieeja anti-VEGF terapijai.⁶

Lielās atšķirības starp valstīm apstiprināšanas un kompensēšanas politikas jomā ievērojami kavē medikamentu apstiprināšanu un iekļaušanu valsts kompensācijas mehānismā.⁶ Dažās valstīs šī atšķirība pārsniedz 12 līdz 24 mēnešus, bieži vien novedot pie tā, ka pacientiem joprojām tiek izrakstīti vecāki un mazāk efektīvi vai ne tik ērti lietojami medikamenti.^{36,38}

Lielākajā daļā CAE valstu nav klīniskās prakses vadlīniju VMD un DR ārstēšanā, lai gan anti-VEGF līdzekļi arvien biežāk tiek iekļauti valstu veselības aprūpes zāļu sarakstos.⁶ Dažas valstis (piemēram, Rumānija) pašlaik nekompensē esošos vai jaunus medikamentus, savukārt citas valstis kompensē tikai medikamentus specifiskām indikācijām vai ierobežotam iedzīvotāju skaitam (piemēram, Polija)⁶

Pacienti ar zemāku sociālekonomisko statusu saskaras ar lielākiem veselības aprūpes šķēršļiem, tostarp aprūpes pakalpojumu, ārstēšanas, transportēšanas un laika izmaksām. Pat valstis ar vispārēju veselības aprūpes segumu var pilnībā nesegt diagnostisko testu, atkārtotu konsultāciju vai atbalsta aprūpes izmaksas, it īpaši privātos veselības aprūpes centros, kur gaidīšanas laiks ir īsāks.^{1,31} Šādiem pacientiem resursu izmaksas un laika ierobežojumi bieži vien atsvēr iespējamo veselības apdraudējumu, kas noved pie izvairīšanās no aprūpes vai tās kavēšanās. Dažos gadījumos valodu atšķirības, digitālās vides izmantošanas iemaņu trūkums vai nepietiekama piekļuve uzticamai informācijai par veselības aprūpi var arī izolēt neaizsargātas grupas, piemēram, seniorus, romus un migrantus.⁹

Jaunāku zāļu, tostarp anti-VEGF injekciju, radītais finansiālais slogs ir ievērojams. Pirmajā ārstēšanas gadā tas var veidot 400–800 eiro vienai acij, lietojot 1 reizi mēnesī intravitreālu injekciju veidā.² Valstīs, kur valsts segums ir daļējs vai novēlots, piemēram, Rumānijā, Bulgārijā, un daļā Polijas, personīgie tēriņi, par kuriem ziņojuši pacienti, pārsniedz 5000 eiro gadā, ko vairums vienkārši nevar atļauties.^{2,6}

Pierādījumi liecina, ka novēlota anti-VEGF terapijas uzsākšana ir saistīta ar neatgriezenisku redzes zudumu, lielākām ilgtermiņa veselības aprūpes izmaksām un ilgākiem invaliditātes korigētiem dzīves gadiem (DALY), kas galu galā noved pie dzīves kvalitātes pasliktināšanās.^{1, 6,11,22,37}

CAE valstīm jāpievēršas strukturāliem un sociāliem faktoriem, ģeogrāfiskām atšķirībām, profesionālajai un sabiedrības informētībai, ar vecumu saistītai attieksmei un sociālekonomiskajai nevienlīdzībai, lai būtiski palielinātu agrīnās diagnosticēšanas rādītājus un taisnīgu piekļuvi ar vecumu saistītu tīklenes slimību ārstēšanai.¹⁰ Tādēļ politikas veidošanas risinājumos galvenā prioritāte būtu jāpiešķir pārāk koncentrētas aprūpes decentralizācijai, pacientu un ģimenes ārstu izglītībai, kā arī izmaksu un piekļuves šķēršļu likvidēšanai nelabvēlīgos apgabalos.

3.3. Pacientu aprūpes ceļa nekonsekvence: piemēri katrā valstī

Veselības aprūpes infrastruktūra, izmaksu atlīdzināšanas politika un speciālistu pieejamība ietekmē pacientu aprūpes iespējas.

Piemēri, kas uzskaitīti 1. tabulā, atspoguļo dažas galvenās atšķirības starp valstīm CAE reģionā.

Neskatoties uz būtiskām veselības aprūpes sistēmu izmaiņām reģionā kopš 1990. gadu sākuma, joprojām pastāv atšķirības oftalmoloģiskajā aprūpē.²² Šo neatbilstību novēršana, izmantojot sadarbīgu veselības aprūpes politiku (kā uzsvērts Slovēnijas labas prakses pētījumā), uzlabojot speciālistu apmācību, un uzlabota pacientu izglītošana varētu ievērojami samazināt novēršamu aklumu.^{6,37}

Labās prakses gadījumu izpēte Slovēnijā: sistēmiski pasākumi redzes veselības atbalstam

Slovēnija parāda, kā valsts var panākt vienlīdzīgu piekļuvi redzes aprūpei, izmantojot koordinētus sistēmiskus pasākumus. Vispārēja veselības apdrošināšana, ko nodrošina Slovēnijas Veselības apdrošināšanas institūts, nodrošina, ka pēc kompensācijas saņemšanas visas diagnostikas procedūras un ārstēšana pacientiem ir finansiāli pieejama.

Lai mazinātu reģionālās atšķirības, tika izveidots **specializētu oftalmoloģijas centru tīkls**, kura kodols ir Ļubļanas Universitātes Medicīnas centra Acu slimnīca, ar papildu centriem Mariborā un reģionālajās slimnīcās. Šis modelis **mazina ģeogrāfisko nevienlīdzību un nodrošina valsts mēroga piekļuvi speciālistu sniegtajai aprūpei**.

Slovēnijai ir liela pieredze ar **iedzīvotāju skrīninga programmām** (piemēram, DORA krūts vēža programmu), un kopš 2015. gada tā **īsteno valsts diabētiskās retinopātijas skrīninga programmu**. To sniedz, izmantojot deviņus reģionālos centrus ar standartizētiem protokoliem, vienotām IT sistēmām un kvalitātes nodrošināšanu, kas pierāda izturētspēju pat Covid-19 pandēmijas laikā.

Piekļuve modernai anti-VEGF terapijai Slovēnijā ir plaša un bez ierobežojumiem. Tiek aptvertas arī diagnostikas procedūras, piemēram, OCT un fluoresceīna angiogrāfija, ļaujot Slovēnijai saglabāt augstu diagnozes noteikšanas un ārstēšanas līmeni VMD un DR gadījumā.

Papildu programmas ietver **valsts kataraktas pārvaldības stratēģiju, Valsts Neredzīgo un vājredzīgo personu visaptverošas rehabilitācijas centru** un kopš **2022. gada – Neredzīgo un vājredzīgo personu valsts reģistru**, stiprinot ilgtermiņa rehabilitāciju un uz datiem balstītu politikas plānošanu.

Slovēnija CAE reģionā ir nostiprinājusies līdzrpozīcijās. Pamatojoties uz ekspertu ziņojumiem un veselības aprūpes sistēmas struktūru, diagnosticēšanas un ārstēšanas rādītāji Slovēnijā šķiet salīdzināmi ar rādītājiem Rietumeiropas valstīs, lai gan tieši salīdzināmi dati par rezultātiem ir ierobežoti. Šī pieredze parāda, kā politiskā apņemšanās, spēcīga profesionālā kopiena, vispārējs pārklājums un efektīva organizācija var veidot redzes veselības sistēmas un ievērojami samazināt novēršamu aklumu

3.4. Vienlīdzīga veselības aprūpe: aicinājums uz vienotu rīcību

Nevajadzētu par zemu novērtēt mūsu lomu, nodrošinot taisnīgu piekļuvi diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem VMD un DR jomā CAE reģionā. Mums jāsadarbojas visā reģionā, lai risinātu problēmas saistībā ar novēlotām diagnozēm, ko rada zemā sabiedrības informētība un ārstu apmācība, kā arī nevienlīdzība piekļuvē ārstēšanai un speciālistiem, un standartizētu to, kas pašlaik ir sadrumstalots aprūpes ceļš. Mums ir vajadzīgi lielāki valdību ieguldījumi:

- protokolu un vadlīniju izstrāde veselības aprūpes standartizācijā visā reģionā;
- diagnostikas tehnoloģijās;
- izpratnes veicināšanas kampaņās;
- veselības aprūpes darbaspēka apmācībā un paplašināšanā.

Turklāt valstu regulatoriem jāsadarbojas ar Eiropas Zāļu aģentūru (EMA), lai saskaņotu izdevumu atlīdzināšanas politiku attiecībā uz jaunāku un efektīvu ārstēšanu. Izlēmīgi rīkojoties, mēs varam mazināt novēršamu aklumu, uzlabot dzīves kvalitāti miljoniem cilvēku un radīt noturīgāku, taisnīgāku veselības aprūpes sistēmu nākotnei.

4. PĒCAPRŪPE UN ILGTERMIŅA PĀRVALDĪBA

4. Tīklenes atbalsta sistēmu izveide visa mūža garumā

VMD un DR ārstēšana sniedzas tālu ārpus sākotnējās diagnozes un ārstēšanas. Šo hronisko, deģeneratīvo tīklenes slimību gadījumā ir nepieciešama konsekventa uzraudzība, rehabilitācijas programmas, pacientu izglītošana un integrēta pēcaprūpe, lai palīdzētu saglabāt redzi un nodrošinātu optimālus pacientu rezultātus. Sistēmisku pēcaprūpes struktūru trūkums CAE saasina veselības aprūpes atšķirības, kas daudziem pacientiem pēc sākotnējās ārstēšanas nenodrošina pietiekamu aprūpi un rada nekonekventu pacientu stāvokli. Tāpēc ir svarīgi izveidot strukturētus pēcaprūpes pakalpojumus, kas atbalsta slimību ilgtermiņa pārvaldību un rezultātā uzlabo pacientu dzīves kvalitāti visā reģionā.^{39,40,41}

Mums ir vajadzīgas valstu stratēģijas, kurās pacientu pieredze tiek koncentrēta ilgtermiņa aprūpes plānošanā. Stiprinot pēcaprūpi, jo īpaši attiecībā uz VMD un DR, valdības var samazināt novēršamu redzes zudumu un uzlabot vienlīdzību veselības jomā visā reģionā.

4.1. Pastāvīgas pacientu uzraudzības nozīme

Slimības progresēšana gan VMD, gan DR gadījumā var notikt ātri un neprognozējami. Tādējādi efektīva ilgtermiņa ārstēšana ir atkarīga no agrīnas diagnozes un regulāras uzraudzības.^{6,42,43}

Lai savlaicīgi atklātu recidīvus vai komplikācijas, papildus regulārām vizītēm pie tīklenes speciālistiem svarīga ir piekļuve diagnostikas tehnoloģijām – it īpaši OCT (optiskās koherences tomogrāfijai), fundusa autofluorescencei un fluoresceīna angiogrāfijai. Vairāki pētījumi ir pierādījuši regulāras OCT uzraudzības nozīmi redzes pasliktināšanās samazināšanā pacientiem ar VMD un DR.^{42,43} Tomēr diagnostisko tehnoloģiju pieejamība CAE valstīs joprojām ir nekonekventa. Bulgārijā, Rumānijā un daļā Rietumbalkānu valstu savlaicīgu turpmāko pasākumu veikšanu kavē ierobežotā infrastruktūra, tehniskā aprīkojuma trūkums, kompensācijas mehānisma ierobežojumi un darbspēka trūkums.^{6,36,38,44}

Valstu valdībām ir jāiegulda līdzekļi skrīninga infrastruktūrā un jānodrošina, lai regulāri speciālistu novērtējumi būtu pieejami, izmantojot nosūtījumu sistēmas. Uzlabojot piekļuvi monitoringa tehnoloģijām, veselības aprūpes sistēmas var novērst novēršamu redzes zudumu un optimizēt ārstēšanas efektivitāti. Turklāt atbilstoša agrīna diagnostika un atklāšana var arī palīdzēt pašreizējām veselības aprūpes sistēmām pāriet no ilgtermiņa aprūpes uz efektīvāku slimību profilaksi un ārstēšanu.⁶

Varam lūgt Lielbritānijai sniegt veiksmīgus pacientu uzraudzības piemērus. Nacionālais veselības dienests piedāvā regulārus OCT izmeklējumus kā daļu no VMD un DR uzraudzības, izmantojot integrētus acu aprūpes ceļus.⁴⁵ Šādu sistēmu pielāgošana Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs uzlabotu klīniskos rezultātus, un to var panākt:

- izveidojot VMD un DR kontroles valsts protokolus, pamatojoties uz klīniskajām vadlīnijām (piemēram, EURETINA, Starptautiskā oftalmoloģijas padome un Eiropas Tīklenes speciālistu biedrība);
- paplašinot publisko apdrošināšanu un/vai atlīdzības segumu parastai OCT un fluoresceīna angiogrāfijai;
- izveidojot un uzturot reģionālos tīklenes veselības reģistrus, lai uzraudzītu rezultātus un resursu sadali.

4.2. Rehabilitācijas un atbalsta programmu kvalitāte, kvantitāte un pieejamība

Lai atbalstītu pacientus pēc redzes zuduma, papildus klīniskajai aprūpei ir būtiski visaptveroši rehabilitācijas pakalpojumi.¹ Tādi pakalpojumi kā vājredzības terapija, palīgtehnoloģijas, mobilitātes apmācība un psiholoģiskais atbalsts var būtiski uzlabot pacientu dzīves kvalitāti un spēlēt nozīmīgu lomu, palīdzot pacientiem ar AMD un DR pielāgoties redzes traucējumiem.^{1,46,47,48} Diemžēl rehabilitācijas pakalpojumi lielā daļā Centrāleiropas un Austrumeiropas valstu ir nepietiekami, sadrumstaloti un bieži vien netiek kompensēti.^{6,44,49} Pacienti bieži paļaujas uz NVO vai personīgiem maksājumiem, kas ierobežo darbspējīgo iedzīvotāju piekļuvi pakalpojumiem.^{1,6}

Vācija izmanto integrētu pakalpojumu modeli vājredzīgajiem, ko finansē ar likumā noteikto veselības apdrošināšanu.³⁷ Līdzīga sabiedrībā balstīta rehabilitācijas sistēma Somijā uzsver pacientu autonomiju un sociālo reintegrāciju.¹¹ Izmantojot Eiropā gūto pieredzi, mums ir iespēja uzlabot piekļuvi rehabilitācijas un atbalsta programmām visā reģionā. Mēs iesakām:

- pakalpojumu integrāciju vājredzīgajiem valsts slimnīcu tīklos un sabiedrības veselības aprūpes centros;
- veselības nozares finansētas subsīdijas palīgtehnoloģijām un redzes palīgīdzekļiem;
- paplašinātu apmācību rehabilitācijas speciālistiem un viņu iekļaušanu daudznazaru aprūpes komandās;
- uz sabiedrību balstītu atbalsta tīklu izveidi, lai nodrošinātu līdzbiedru konsultācijas un resursu pielāgošanu;
- valsts standartu noteikšanu vizuālās rehabilitācijas pakalpojumiem saskaņā ar PVO pamatnostādņiem.⁴⁴

4.3. Pacientu izglītošana un iespēju nodrošināšana labāku rezultātu sasniegšanai

Zināšanas var sniegt iespējas pacientiem, kuri cīnās ar hroniskām slimībām. Šādi pacienti biežāk ievēro ārstēšanas shēmas un regulāri apmeklē ārstu, kas korelē ar labākiem redzes rezultātiem.^{1,50-53} Pacientu izglītošanas programmās galvenā uzmanība jāpievērš agrīnām brīdinājuma pazīmēm, dzīvesveida pielāgošanai, ārstēšanas ievērošanai un regulāru pārbaudžu nozīmei, dodot viņiem iespēju aktīvi piedalīties savas veselības aprūpē.

CAE valstis atpauz uz pacientiem orientētās izglītības stratēģijās, un nekonsekvence pakalpojumu sniedzēju saziņā, pieejamu materiālu trūkums un digitālo veselības rīku sadrumstalota izmantošana veicina izpratnes trūkumu.^{1,51} Vērtīgus modeļus piedāvā Amerikas Oftalmoloģijas akadēmijas *EyeSmart* programma un Francijas publiskā veselības kampaņa par diabēta acu slimībām. Šīs iniciatīvas ir uzlabojušas agrīno atklāšanu un pastiprinājušas to apzināšanos ar izglītības palīdzību.⁵² Mēs varam mācīties no šīm iniciatīvām un atbalstīt to īstenošanu Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs, tostarp:

- uzsākt valsts pacientu izglītošanas kampaņas, kas vērstas uz VMD un DR;
- izstrādāt vienkāršus daudzvalodu materiālus nepietiekami aptvertām iedzīvotāju grupām;
- popularizēt mobilos veselības rīkus (piemēram, MI vadītu simptomu izsekotāju), lai veicinātu pacientu iesaistīšanos;
- apmācīt ārstus kopīgu lēmumu pieņemšanā un komunikācijas prasmēs, lai stiprinātu pacientu un pakalpojumu sniedzēju attiecības.

4.4. Visaptverošu pēcaprūpes programmu integrācija

Efektīva pēcaprūpe ir atkarīga no integrētām veselības aprūpes sistēmām, kas savieno primārās aprūpes sniedzējus, oftalmologus, rehabilitācijas centrus un kopienu resursus. Centrāleiropas un Austrumeiropas valstu veselības aprūpes sistēmās ir izplatīti sadrumstaloti pakalpojumi, kas

traucē aprūpes nepārtrauktību un palielina pacientu atteikšanos no ārstēšanas pirms tās beigām.^{1,6} Nīderlandes Integrētais hroniskās aprūpes modelis diabēta jomā ietver koordinētus oftalmoloģijas pakalpojumus, nodrošinot sistemātiskus acu izmeklējumus un atbalstu pēc diagnozes noteikšanas.⁵³ Līdzīgus rezultātus Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs mēs varam sasniegt ar:

- daudzdisciplināru tīkles aprūpes grupu izveidi slimnīcās, piešķirot tām finansējumu ilgtermiņa uzraudzības un rehabilitācijas programmām;
- standartizētu nosūtījumu protokolu, sasaistot oftalmologus ar rehabilitācijas un atbalsta pakalpojumiem;
- telemedicīnas konsultāciju paplašināšanu, lai uzlabotu pieejamību lauku un attālos reģionos;
- kompensācijas sistēmu saskaņošanu, lai atbalstītu aprūpes nepārtrauktību pēc sākotnējās ārstēšanas;
- sadarbības stiprināšanu starp medicīnas speciālistiem un sociālajiem dienestiem, lai veicinātu aprūpes nepārtrauktību un nodrošinātu, ka neviens pacients nesaņem nekvalitatīvu aprūpi.

Sadarbības stiprināšana starp medicīnas speciālistiem un sociālajiem dienestiem veicina aprūpes nepārtrauktību un nodrošina, ka neviens pacients reģionā nesaņem standartiem neatbilstošu aprūpi.

5. RIETUMEIROPAS UN ASV PARAugPRAKSES PIELĀGOŠANA

5. Uzsākt aprūpes uzlabošanu

Lai nodrošinātu taisnīgu un efektīvu aprūpi, mēs varam mācīties no mūsu kaimiņiem un citām veselības aprūpes sistēmām. Tā kā Centrāleiropas un Austrumeiropas valstis sāk uzlabot aprūpi un pakalpojumus cilvēkiem, kuriem diagnosticēta VMD un DR, varam pielāgot un pieņemt Rietumeiropā un ASV gūtās atziņas. Šie reģioni jau ir veiksmīgi īstenojuši iniciatīvas, lai palīdzētu novērst redzes zudumu.

5.1. Standartizētas skrīninga programmas

Rietumeiropā un ASV pastāv valsts mēroga tīkles skrīninga iniciatīvas, jo īpaši attiecībā uz retinopātijām. Lielbritānijas Diabēta acu skrīninga programma pacientiem, kas slimo ar diabētu, nodrošina ikgadējus tīkles izmeklējumus ar augstu pārklājumu, un tas ir samazinājis ar diabētu saistīto aklumu.⁴² Līdzīgu strukturētu skrīninga programmu īstenošana šajā reģionā varētu novest pie ātrākas problēmu atklāšanas un ieviešanas, samazinot novēršamu redzes zudumu.

5.2. Piekļuve progresīvām diagnostikas tehnoloģijām

Tādās valstīs kā Apvienotā Karaliste, Vācija un ASV ir plaša piekļuve OCT attēlveidošanai, MI atbalstītai diagnostikai un teleoftalmoloģijai.^{42,43} ASV *Medicare* kompensē regulārus OCT skenējumus, veicinot agrīnu atklāšanu, kamēr Apvienotajā Karalistē OCT attēlveidošana ir pieejama regulāro optometrista apmeklējumu laikā.^{42,45} Ieguldot un nodrošinot piekļuvi moderniem diagnostikas instrumentiem un digitālajiem veselības risinājumiem, uzlabosies agrīnas atklāšanas rādītāji šajā reģionā.

5.3. Integrēti veselības aprūpes modeļi

ASV un Rietumeiropa uzsver multidisciplināro tīkles aprūpi, kur oftalmologi, endokrinologi un primārās aprūpes sniedzēji sadarbojas pacientu ārstēšanā un aprūpē.^{6,42,43} Vācijas Diabēta slimību pārvaldības programma integrē tīkles DR skrīningu, uzlabojot aprūpes koordināciju.⁴⁹ Starptozaru koordinācijas stiprināšana šajā reģionā uzlabos pacientu rezultātus.

5.4. Anti-VEGF terapijas pieejamības uzlabošana

Rietumeiropā un ASV ir izstrādāta kompensācijas politika anti-VEGF injekcijām, nodrošinot plašāku pieejamību pacientiem ar VMD un DR.^{37,42,45} Pielīdzinot finansēšanas modeļus CAE valstīs, var samazināt finansiālos šķēršļus ārstēšanai.

5.5. Telemedicīna un uzraudzība mājās

Covid-19 pandēmijas laikā Dānija un ASV paplašināja virtuālo acu aprūpi, samazinot ģeogrāfiskos šķēršļus.^{54,55} Attālināta pacientu uzraudzība samazinās pacientu slogu un uzlabos piekļuvi veselības aprūpei, it īpaši lauku apvidos.

5.6. Pētniecības un inovācijas tīkli

Eiropas Redzes institūta klīnisko pētījumu tīkls (EVICR.net) nodrošina sadarbības platformu ar vecumu saistītu tīkles slimību pētniecībai.⁵⁶

Tādas organizācijas kā Eiropas Tīkles slimību konsorcijs, Eiropas Redzes institūta Klīniskās pētniecības tīkls un Amerikas Tīkles speciālistu biedrība nodrošina platformu kopīgiem

pētījumiem un klīniskajiem pētījumiem tīklenes slimību jomā, kas saistītas ar vecumu.^{56,57,58} CAE valstīm būtu jāpalielina līdzdalība šādos tīklos, lai veicinātu inovāciju, stiprinātu reģionālo pētniecību un piekļuvi klīniskajiem pētījumiem.

6. SECINĀJUMI

Mēs mudinām politikas veidotājus visā CAE pārveidot tīkles aprūpes infrastruktūru, piešķirot prioritāti pēcprūpes pakalpojumiem. Valdībām jāvirzās tālāk par epizodiskas ārstēšanas modeļiem, jāiegulda holistiskās, ilgtspējīgās un standartizētās tīkles veselības aprūpes sistēmās un jānodrošina taisnīga piekļuve pēcprūpes pakalpojumiem visā CAE.

Sadarbojoties ar politikas veidotājiem, speciālistiem, ārstiem ārpus oftalmoloģijas jomas un dzīvības zinātņu uzņēmumiem, mēs iesakām prioritizēt ilgtermiņa finansējumu un ieguldījumus, ātru vienošanos par medikamentu kompensācijas sistēmu, kā arī daudzpusēju ieinteresēto pušu partnerības.

Lai nodrošinātu VMD un DR pacientu labklājību ilgtermiņā, ir vajadzīga ne tikai efektīva ārstēšana. VMD un DR pārvaldība sniedzas tālu ārpus sākotnējās diagnostikas un prasa sistēmu, kas veidota, pamatojoties uz nepārtrauktību, līdzjūtību un koordināciju. Pēcprūpes pakalpojumi ir būtiski, lai saglabātu redzi, veicinātu neatkarību un novērstu nevienlīdzību veselības jomā visā CAE. Novēršot atšķirības turpmākajā aprūpē un īstenojot visaptverošas uzraudzības, rehabilitācijas un izglītības stratēģijas, CAE valstis var būtiski uzlabot pacientu rezultātus un dzīves kvalitāti. Valdībām ir apņēmīgi jārīkojas, lai par prioritāti noteiktu taisnīgu piekļuvi tīkles aprūpei, pamatojoties uz Rietumeiropas un ASV paraugpraksi. Ilgtspējīgi ieguldījumi tīkles infrastruktūrā un uz pacientu orientētā pēcprūpē būs būtiski, lai mainītu aprūpes standartus, saglabātu redzi un uzlabotu dzīvi visā reģionā

Atsauces

1. World Health Organization. (2019). World report on vision. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
2. Retina International. (2023). Action4AMD: Cost of illness study. <https://www.retina-international.org/resources/action4amd>
3. World Health Organization. (2023). Primary prevention and integrated care draft decision (WHA78). Geneva: WHO.
4. International Labour Organization. (2023). Eye health and the world of work. Geneva: ILO. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_892937.pdf
5. Eurostat. (2024). Population structure and ageing – Proportion of population aged 65 and over. Luxembourg: Statistical Office of the European Union.
6. Mekjavic, P. J., et al. (2019). Policy perspective. *Ophthalmology Policy Journal*, 19(1), 1–6.
7. Chand, M. (2024). Ageing and shrinking populations in CEE countries: Implications for practitioners and policy makers. *Journal of Policy Studies*, 24(1). <https://doi.org/10.46697/001c.92945>
8. International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). (2022). Vision Atlas: Global statistics on retinal diseases and blindness. <https://www.iapb.org/vision-atlas>
9. IQVIA, & Roche. (2024, November). CEE ophthalmology ecosystem study: Cross-country summary and vision health assessment.
10. De la Fuente-Núñez, V., et al. (2023). Connecting healthy ageing and vision. Melbourne: The Fred Hollows Foundation & International Federation on Ageing.
11. World Health Organization. (2021, April). Diabetic retinopathy screening: A short guide – Increase effectiveness, maximise benefits and minimise harm. Geneva: WHO.
12. World Health Organization. (2020). Integrated people-centred eye care (WHA73 Resolution). Geneva: WHO.
13. Burton, M. J., Ramke, J., Marques, A. P., Bourne, R. R. A., Congdon, N., Jones, I., ... & Foster, A. (2021). The Lancet Global Health Commission on global eye health: Vision beyond 2020. *The Lancet Global Health*, 9(4), e489–e551. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5)
14. Marques, A. P., et al. (2022). The economics of vision impairment and its leading causes. *The Lancet*, 399(10335), 190–200. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00579-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00579-2)
15. United Nations. (2021). Vision for everyone (UN General Assembly Resolution A/RES/75/310).
16. WifOR Institute, & Roche. (2024, October). The value of investing in innovative medicines: Socioeconomic burden and annual social impact of Roche treatments for retinal disease.
17. IQVIA, & Roche. (2024). CEE ophthalmology ecosystem study: National case studies.
18. Zhang, J., Wang, M., Chen, L., & Radke, N. (2024). Diabetic blindness remains a big challenge despite all recent advancements in diagnostics and treatments. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology (Philadelphia, Pa.)*, 13(5), 100105. <https://doi.org/10.1097/APO.0000000000001051>
19. World Health Organization. (2022). Package of eye care interventions. Geneva: WHO.
20. North Macedonia Patient Association Groups. (2025). Changes in the care and protection of retinopathy – A call to action in Central and Eastern Europe: White paper 2025.
21. American Macular Degeneration Foundation. (2025). Wet macular degeneration. In *About macular degeneration*. <https://www.macular.org/about-macular-degeneration/wet-macular-degeneration>
22. Bourne, R., Steinmetz, J. D., Flaxman, S., Briant, P. S., Taylor, H. R., Resnikoff, S., ... & Vision Loss Expert Group. (2018). Prevalence and causes of vision loss in high-income countries and in Eastern and Central Europe in 2015: Magnitude, temporal trends and projections. *British Journal of Ophthalmology*, 102(5), 575–585. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2017-311258>
23. Curcio, C. A., Johnson, M., Rudolf, M., & Huang, J. D. (2024). Age-related macular degeneration, a mathematically tractable disease. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 65(4), 1–13. <https://doi.org/10.1167/iovs.65.4.1>
24. Ersoy, L., Ristau, T., Kirchhof, B., Fauser, S., & Heimes, B. (2014). Genetic and environmental risk factors for age-related macular degeneration in persons 90 years and older. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 55(3), 1842–1847. <https://doi.org/10.1167/iovs.13-13458>
25. Ferris, F. L., Wilkinson, C. P., Bird, A., Chakravarthy, U., Chew, E., Csaky, K., & Sarda, S. R. (2013). Clinical classification of age-related macular degeneration. *Ophthalmology*, 120(4), 844–851. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2012.10.036>
26. Retina International. (2024, April 10). European elections manifesto 2024: Act to make AMD—the leading cause for vision loss in Europe—a European public health priority. Dublin: Retina Action.
27. United Nations Friends of Vision. (2021). Resolution summary. International Agency for the Prevention of Blindness. <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/2021/07/UNFoV-Resolution-Summary-July2021.pdf>
28. Wong, W. L., Su, X., Li, X., Cheung, C. M. G., Klein, R., Cheng, C. Y., & Wong, T. Y. (2014). Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 2(2), e106–e116. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70145-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70145-1)
29. Bakri, S. J., et al. (2023). Geographic atrophy: Mechanism of disease, pathophysiology, and role of the complement system. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 29, S2–S11.

30. Vujosevic, S., et al. (2023). Epidemiology of geographic atrophy and its precursor features of intermediate age-related macular degeneration. *Acta Ophthalmologica*, 101, 839–856.
31. International Agency for the Prevention of Blindness. (2021). DR Barometer report. London: IAPB.
32. Zhang, S., Ren, J., Chai, R., Zhao, Y., Wang, Y., Yu, X., ... & Li, X. (2024). Global burden of low vision and blindness due to age-related macular degeneration from 1990 to 2021 and projections for 2050. *BMC Public Health*, 24, 3510. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21047-x>
33. Rao, P., et al. (2024). Patient perspectives on accessing eye-related healthcare. *Eye*, 37, 3351–3359. <https://doi.org/10.1038/s41433-023-02825-8>
34. European Patients' Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI). (2025, August). About EUPATI. <https://eupati.eu/>
35. International Council of Ophthalmology. (n.d.). Data on ophthalmologists worldwide. (Retrieved June 5, 2025).
36. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2025). Healthcare outcomes and expenditure in Central and Eastern Europe—A review. Brussels: EFPIA.
37. Lowenstein, A., et al. (2023). [Exact article title needed]. *Eye*, 37, 3351–3359. [Update with full title/DOI].
38. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2025). The root causes of unavailability of innovative medicines and delays in access. Brussels: EFPIA.
39. Ehlken, C., Helms, M., Böhringer, D., Agostini, H. T., & Stahl, A. (2017). Association of treatment adherence with real-life VA outcomes in AMD, DME, and BRVO patients. *Clinical Ophthalmology*, 11, 13–20. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S119199>
40. Wykoff, C. C. (2019). Management of diabetes-related retinopathy. In *Prevention and management of diabetes-related eye disease* (pp. 11–16). Arlington, VA: American Diabetes Association.
41. Chandra, S., McKibbin, M., Mahmood, S., Downey, L., Barnes, B., Sivaprasad, S., & AMD Commissioning Guidance Development Group. (2022). The Royal College of Ophthalmologists commissioning guidelines on age macular degeneration: Executive summary. *Eye*, 36(11), 2078–2083. <https://doi.org/10.1038/s41433-022-02246-8>
42. Holekamp, N. M., Liu, Y., Yeh, W. S., et al. (2018). Clinical utility of OCT in the diagnosis and management of AMD. *Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina*, 49(7), 479–485. <https://doi.org/10.3928/23258160-20180731-06>
43. Schmidt-Erfurth, U., et al. (2014). Guidelines for the management of neovascular age-related macular degeneration by the European Society of Retina Specialists (EURETINA). *British Journal of Ophthalmology*, 98(9), 1144–1167. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2014-305702>
44. Eurostat. (2023). Healthcare resource statistics—Technical resources and medical technology. Luxembourg: European Union.
45. Scanlon, P. H. (2017). The English National Screening Programme for Diabetic Retinopathy 2003–2016. *Acta Diabetologica*, 54(6), 515–525. <https://doi.org/10.1007/s00592-017-0974-1>
46. Rees, G., Tee, H. W., Marella, M., Fenwick, E. K., Dirani, M., & Lamoureux, E. L. (2013). Vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 54(1), 743–748. <https://doi.org/10.1167/iovs.12-10557>
47. Lamoureux, E. L., Pallant, J. F., Pesudovs, K., Rees, G., Hassell, J. B., & Keeffe, J. E. (2007). The Impact of Vision Impairment questionnaire: An assessment of its psychometric properties. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48(1), 299–303. <https://doi.org/10.1167/iovs.06-0220>
48. Li, J. O., Liu, H., Ting, D. S. W., et al. (2021). Digital technology, telemedicine and artificial intelligence in ophthalmology: A global perspective. *Progress in Retinal and Eye Research*, 82, 100900. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2020.100900>
49. Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
50. Gemeinsamer Bundesausschuss. (n.d.). In brief: Disease management program for type 1 diabetes in Germany. In NCBI Bookshelf. Retrieved June 2025, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458293/>
51. Stolwijk, M. L., Meyer, I., van der Pas, S. L., Twisk, J. W. R., van Nispen, R. M. A., & van Rens, G. H. M. B. (2024). Low-vision aids provision in an urban setting in Germany between 2014 and 2017: A regional population-based study with healthcare claims data. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 262(11), 3711–3723. <https://doi.org/10.1007/s00417-024-06397-3>
52. Ministry of Social Affairs and Health. (n.d.). Rehabilitation. Retrieved August 25, 2025, from <https://stm.fi/en/rehabilitation>
53. Zonneveld, N., Vat, L. E., Vlek, H., Minkman, M. M. N., & Grol, R. P. T. M. (2017). The development of integrated diabetes care in the Netherlands: A multiperspective self-assessment analysis. *BMC Health Services Research*, 17, 219. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2143-6>
54. Rasmussen, M. L. R., Cehofski, L. J., Davies, J., Faber, C., Falk, M. K., Grauslund, J., Hansen, M. S., Keane, P. A., Natarajan, S., Peto, T., Subhi, Y., Wykoff, C. C., & Muttuvelu, D. V. (2024). The impact of the COVID-19 pandemic on tele-ophthalmology-based retinal screening. *Ophthalmology and Therapy*, 13(9), 2467–2480. <https://doi.org/10.1007/s40123-024-01011-0>
55. Halajyan, C. P., Thomas, J., Xu, B., Gluckstein, J., & Jiang, X. (2024). Telemedicine in eye care during the COVID-19 pandemic: A review of patient & physician perspectives. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.10.25.24316160>
56. European Vision Institute Clinical Research Network. (n.d.). Organisation. EVICR.net. Retrieved August 25, 2025, from <https://www.evicr.net/about/organisation/>

57. European Retinal Disease Consortium. (n.d.). Home. ERDC.info. Retrieved August 25, 2025, from <https://www.erd.info/>
58. American Society of Retina Specialists. (n.d.). Home. ASRS. Retrieved August 25, 2025, from <https://www.asrs.org/>