

4^η Πανελλήνια Συνάντηση **AIDS** & **Ηπατίτιδες** ΠΡΟΛΗΨΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ



29 Σεπτεμβρίου
έως **01** Οκτωβρίου

Αθήνα, Αίγλη Ζαππείου
Αίθουσα «ΟΛΥΜΠΙΑ»

2016

Βιβλίο Πρακτικών

Στο πλαίσιο της 4^{ης} Πανελλήνιας Συνάντησης AIDS & Ηπατίτιδες πραγματοποιήθηκε η ανεξάρτητη εκδήλωση

**«Εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στην Ευρώπη -
Το όραμα μας για μια Ελλάδα χωρίς Ηπατίτιδα C»,**

που οργανώθηκε από την Hepatitis B and C Public Policy Association,
υπό την Προεδρία των κ.κ. Γ. Παπαθεοδωρίδη και Γ. Καλαμίτση.

Hepatitis B and C
Public Policy Association

Hepatitis B and C Public Policy Association



Please sign the
Elimination Manifesto at

www.hepbcppa.org



@HepBCPPA



facebook.com/HepBCPPA/

Η Ελλάδα, δια της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας, ήταν ένα από τα 194 κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα οποία στις 28 Μαΐου 2016, προέβησαν σε μια ιστορική συμφωνία με στόχο την εξάλειψη της Ιογενούς Ηπατίτιδας έως το 2030. Στην 69^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας που έλαβε χώρα στην Γενεύη της Ελβετίας, οι κυβερνήσεις ψήφισαν ομόφωνα την υιοθέτηση της Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Ιογενή Ηπατίτιδα, δίνοντας με αυτόν τον τρόπο το έναυσμα για την μεγαλύτερη παγκόσμια κυβερνητική δέσμευση στα χρονικά, όσον αφορά τις Ηπατίτιδες Β και C.

Η εκδήλωση με τίτλο **«Εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στην Ευρώπη - Το όραμα μας για μια Ελλάδα χωρίς Ηπατίτιδα C»**, που οργανώθηκε από την Hepatitis B and C Public Policy Association κατά τη διάρκεια της 4^{ης} Πανελλήνιας Συνάντησης AIDS & Ηπατίτιδες, είχε ως σκοπό τη διερεύνηση όλων των πιθανών δεδομένων και στρατηγικών που πρέπει να ακολουθήσει η χώρα με στόχο την εξάλειψη της ηπατίτιδας C μέχρι το 2030. Μεταξύ άλλων, συζητήθηκαν το κατά πόσον είναι εφικτή η εξάλειψη της ηπατίτιδας C στο γενικό πληθυσμό και στις ομάδες υψηλού κινδύνου και επιπολασμού, ποια μπορεί να είναι το κόστος και τα οφέλη μιας τέτοιας εξάλειψης και το εάν μπορούμε να αναπτύξουμε ένα Εθνικό Σχέδιο για την Ηπατίτιδα C στη χώρα μας.

Κοινός παρανομαστής των προσπαθειών σε κάθε επίπεδο είναι η παρουσία ισχυρής πολιτικής βούλησης, η οποία, εφόσον υπάρχει, σε συνδυασμό με τη συνεργασία όλων των φορέων μπορεί να δώσει τη δυνατότητα να απαλλαγούμε από ένα σοβαρότατο πρόβλημα δημόσιας υγείας, την Ηπατίτιδα C.

Οι Πρόεδροι

Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Πανεπιστημιακής
Γαστρεντερολογικής Κλινικής,
Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Καλαμίτης Γεώργιος

Πρόεδρος Συλλόγου Ασθενών
Ήπατος Ελλάδος
«ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ»

Συμμετέχοντες

Αθανασάκης Κώστας

Οικονομολόγος Υγείας, Ειδικός Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΣΔΥ

Γεωργακόπουλος Παναγιώτης

Ιατρός, Πνευμονολόγος, Αντιπρόεδρος ΕΟΠΥΥ

Καλαμίτης Γεώργιος

Πρόεδρος Συλλόγου Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ»

Καφετζόπουλος Ευάγγελος

Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Πρόεδρος Δ.Σ. Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Κοσκίνας Ιωάννης

Καθηγητής Παθολογίας - Ηπατολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,
Β΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Κουντουράς Δημήτριος

Παθολόγος - Ηπατολόγος, Διευθυντής Ηπατολογικού Τμήματος Νοσοκομείου
«ΥΓΕΙΑ», Διευθυντής Β΄ Παθολογικής - Ηπατολογικής Κλινικής Νοσοκομείου
«ΜΗΤΕΡΑ», Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής
Κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Μαμελετζής Ιωάννης

Key Populations and Prevention (KPP) Unit,
HIV Department, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος

Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Σύψα Βάνα

Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής,
Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ταραντίλης Φίλιππος

Ειδικός Συνεργάτης στο Γραφείο του Υπουργού Υγείας,
Αναπληρωτής Διοικητής, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Χατζάκης Άγγελος

Καθηγητής Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών



Εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στην Ευρώπη « Το όραμά μας για μια Ελλάδα χωρίς Ηπατίτιδα C»

Πέμπτη 29 Σεπτεμβρίου 2016

16.00-17.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Hepatitis B and C Public Policy Association (1):

Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Προεδρείο: **Α. Χατζάκης, Ι. Κοσκίνας**

- Στρατηγική εξάλειψης του ιού της ηπατίτιδας C - Η προσέγγιση της WHO, **Ι. Μαμελετζής**
- Είναι εφικτή η εξάλειψη του HCV στο γενικό πληθυσμό και στις ομάδες υψηλού κινδύνου και επιπολασμού;, **Β. Σύψα**
- Στρατηγική εξάλειψης του ιού της ηπατίτιδας C: κόστος και οφέλη, **Κ. Αθανασάκης**
- Ευρωπαϊκό Manifesto για την εκρίζωση του HCV, **Γ. Καλαμίτσης**

17.30-19.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Hepatitis B and C Public Policy Association (2):

Εξάλειψη του HCV στην Ελλάδα

Προεδρείο: **Γ. Παπαθεοδωρίδης, Γ. Καλαμίτσης**

- Εθνικό σχέδιο για την Ηπατίτιδα C, **Φ. Ταραντίλης**
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), **Δ. Κουντουράς**
- Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), **Ε. Καφετζόπουλος**
- Η προσέγγιση των ασφαλιστικών ταμείων (ΕΟΠΥΥ), **Π. Γεωργακόπουλος**
- Σύλλογος Ασθενών Ήπατος «ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ», **Γ. Καλαμίτσης**

Hepatitis B and C Public Policy Association (1): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Στρατηγική εξάλειψης του ιού της ηπατίτιδας C - Η προσέγγιση της WHO Ιωάννης Μαμελετζής

I am Giannis Mameletzis, I work in the HRU department at WHO headquarters and I am giving this talk on behalf of colleagues and headquarters and also our regional office in Copenhagen. The primary body of my work actually involves pre exposure profile access in the HIV prevention team, but I've worked also within the department on hepatitis B guidelines and also supporting some of the efforts by our own state here, to partners in country around developing a national hepatitis plan.

So, I am delighted again for the invitation and I want to give you an overview on the current WHO strategy, which was recently published in June on viral hepatitis. We also have a strategy for HIV and STIs. I want to touch upon, briefly, on the role of strategic information and why that is actually important in the overall strategy and for national plans and also, should wrap it up with, you know what does this actually all mean for a country like Greece and its response to viral hepatitis.

So, in public health school we were taught that war is the worst thing that can actually happen in public health. You know very much reflected in mortality rates and as you can see here (βλ. παράρτημα σελίδα 36, σχήμα 1), over the past decade or so, as we've seen mortality rates on the decline for HIV, malaria and tuberculosis and very much sort of that's the by product of concerted efforts of the global level, because you have advocacy, political will and resources in the conflicts of the global fund and other funding mechanisms. You obviously see that very nice trend down, in terms of the annual deaths. But the story is very different as far as viral hepatitis. And you see that trajectory where we, you know, as of 2014 we had 1.4 million deaths related to viral hepatitis. So, in terms of the WHO strategy on viral hepatitis, it encompasses namely B and C, because those are the 2 viruses that constitute the majority of the burden of disease globally and I think that the lack of response in the outcomes in terms of death and incidents that we see what viral hepatitis globally, really are function of lack of global awareness and action. And that's up until now of course. And we really do hope that the WHO strategy will service an advocacy's tool in a baseline for action. I also just wanna drive your attention to the fact that in addition to the 140 million people that are chronically infected with hepatitis C, we are very much concerned over the 20 million that are actually, sort of further along the lines of disease's progression. So those at the f3 and f4 fibrosis stage.

So as I mentioned, in June 2016, we published the actual document of the hepatitis strategy. It was in fact adopted in May of this year, by the 69th world health assembly in Geneva, it takes place every year. But this was really much very much the product of, over 2 years of work, working with member states, key opinion leaders, experts in the field and coming up with a strategy towards elimination. And so, this is like the big vision. This is the big declaration. We really want to see a world war of viral hepatitis transmission is stopped and everyone has access to safe affordable and effective prevention treatment and care. So it really runs the spectrum. It's not just about treatment, it's about prevention and also looking at chronic care, as well as for individual living with hepatitis. The goal, the explicit goal on elimination, is

to eliminate viral hepatitis by 2030. And we actually have specific impact targets and service coverage targets which I will talk about in just a few slides. And the conceptual framework of this WHO's strategy is very much in the efforts of universal health care coverage. So, how do we get there? How do we get to elimination by 2030?

We really are talking about five pillars, five strategic directions, which are illustrated here on the slide (βλ. παράρτημα σελίδα 36, σχήμα 2). So the first thing we need to do is to actually think about, you know, who to target, who will benefit from your interventions and where you want to actually integrate those interventions. And that's really guided by strategic information. Secondly, you want to think about evidence based, cost effective, high impact interventions.

So, that's the what. And the third strategic direction, it really has to do about service delivery equality and also thinking about equity. The fourth is about how to finances. How you actually pay for it. And so we need to think about financing around sustainability. And the fifth, is around innovation. Innovation is not only in the context of research and development, new drugs and next generation products. It's also thinking about service delivery models and also thinking about serve leads back into strategic direction fourth, financing. Innovations and financing. And I have a slide towards the end where I want to speak towards to that. And there is no point having a strategy if we do not actually implement it. And this short of comes down even to the country level.

There is no point to actually construct a national plan if you are not going to implement it. So the implementation part is the harder part. The trickier part. And that really involves sort of a whole array of actors that need to work together, in order to see this differentiation. And it requires leadership, political will, as I mentioned before, partnership, something that often, you know, within our own country doesn't always happen really well. And there has to be really high levels of accountability and then of course emmeny, you have to monitor and evaluate what you are actually doing at the global level and country level.

So, the 2 big impact indicators of elimination, are related to a reduction in incidents, so by 2030 we want to see new infections related to hep B and hep C dropping down by 90% and that in terms of mortality, we also want to see a reduction by 65%. Many of you were not here this morning, there was very nice elegant work by Ilias Gountas, who presented on his modeling work and if you haven't had a chance to actually look at those slides I strongly suggest that you actually look at that work. And he actually highlighted these targets earlier in the morning. And of course, the WHO's strategy, takes into account, the spectrum, the continuum of services. And so I know very much, when we talk about elimination, we get caught up into, sort of the treatment aspect of it. But it's also important to think about upstream and prevention, and so I think that, as I noted, again because of the new hep treatments that are highly effective, much focus rests on the treatment, but there's really much more holistic approach that needs to be taken, when combating hep B and hep C. As I mentioned a little bit earlier, we actually have global strategy on HIV and also STIs. For HIV the impact targets, we actually have little more of an aggressive push. We call it fast tracking towards 2020 and in reducing incidents and also deaths. These are also some STI impact targets, namely in the reduction of gonorrhea and syphilis.

But going back to hepatitis, I mentioned the objective is to reduce incidents and mortality by 2030 and how we do that. We actually have to meet certain service coverage targets. And those are defined for five interventions. Five areas that we need to prioritize. And so, they are listed here (βλ. παράρτημα σελίδα 37, σχήμα 3). We are looking at the 3 dose hep B vaccine.

We want to prevent mother and child transmission with an effective vaccine that we haven't placed, but it's under utilize in many countries. We need to think about our practices when it comes to a blood and injection safety and harm reduction.

I sort of bolted there the sort of a 300 injection sets per user by 2030, which is ambitious, but it's what's needed in order to actually meet the reduction incidents and then of course there's treatment. This slide (βλ. *παράρτημα σελίδα 37, σχήμα 4*) was provided by my colleague, Ivan Houten, some of you may know, he's a WHO headquarters, he's a guru and monitoring an evaluation. At the global level and at the country level we have 10 core indicators that really can guide our efforts in planning and monitoring our hepatitis response, they are listed here, we need to know our prevalence, we need to have a very sound understanding over the testing facilities that are in place within a health jurisdiction and within a country.

We need to know exactly where we stand on vaccine coverage, needle syringes for people who inject, injection safety and then we have to have an accurate sense of the number of people who are diagnosed, treatment coverage and initiation, viral suppression or SVRS for HIV and then incidents and mortality. The new hep C medicines are highly effective and they are also very expensive and this says, there is obviously a big global debate right now on pricing, affordability and equity.

When it comes to cost they are both direct cost and indirect cost. But in terms of the drug cost itself currently, it is a bottle neck for, most of the world. There's this nice paper written and published few months ago in "plus medicine" by colleagues in WHO, it was a comparative analysis of 30 countries and so when I adjusted for purchasing power, I pointed on the right side of the slide on the green section. The dark green bar (βλ. *παράρτημα σελίδα 38, σχήμα 5*) assume at 23% reduction, based on rebates. There are countries down on the bottom, namely it's Brazil, Egypt, Mongolia and India. Those countries have had special licensing agreements, pricing agreements with companies or generic access within, so that's not accounted for in there. But generally what you see is that price is very significant, globally, for the countries that were examined for sofosbuvir and poor countries may be paying higher adjusted prices. And Greece actually is on the upper end of the scale up there, at right over 51.000 USD. And they are clearly in outline. And they are also reflected here, as well. This is an analysis where you look at gdp pre capit on the X axis and again you have adjusted the adjusted price on the Y axis, sofosbuvir is on the left ledipasvir and sofosbuvir is on the right. We don't have data for Greece for sofosbuvir, according to this analysis and again there really is not a clear correlation between the increase and gdp and the increase and price.

We are having early lessons from countries like Egypt, where they're implementing treatment at scale and, since 2014, over 300.000 patients have received the new medicines. They've expanded beyond the 26 clinics, through all the country up to 54 and Egypt obviously has a political commitment to treating its population, it's the epicenter of hep C and there are a lot of lessons been learned from their implementation that many other countries will benefit.

So it brings me to Greece. What about Greece. we have an amazing intellectual capacity. We have great doctors, we have great epidemiologists and so we have the intellectual resources to be able to develop a sound national hepatitis plan, which is needed to be in line with the WHO strategy, if we are to eliminate hepatitis B and C in Greece by 2030. So we've made a series of political declarations. The first one came in January 2016 in Geneva, I was there, when the secretary general, Apobakov, made a declaration that we would be developing a national hepatitis plan. That was followed up a month later when we're all in Brussels, actually with professor Hatzakis.

There was more of a high level outline of a national plan and how it was going to be developed. A few months went by and then we created this working group that was established in June-July and we still have not had a finalized plan. We are currently mapping up capacity, trying to understand legal barriers and also the specific needs around how national hepatitis plan would look like. And the big elephant in the room of course is, can different holders worked together on elimination within this country. And further to that, I mean, I beg to ask the question, what happens all the sudden if we've developed this beautiful plan it's very sound we have the key input from all the experts and all the sudden the government changes and the next government doesn't want to actually fall through with this national plan. So we have to think in terms of a national plan has to be sustainable and that we also have to think about how to ensure that there's longevity over this plan. Because we are looking towards 2030. Not in the next 2 years. And so, I think this is maybe a first opportunity in Greece where we try to address some big picture health system issues, as I note here and it's really thinking about how can we actually optimize ways and the way which we procure drugs and the way we purchase drugs.

So, all these gaps that we consistently complain about within our health system, maybe hepatitis is the opportunity to actually really address and provide solutions. We're quite good at identifying problems. I don't know if we are good at troubleshooting. So it brings me to the point on innovation around funding. Professor Hatzakis had asked me a question on the WHO position around some financing back in June and we had noted about, sort of mechanisms through the European investment bank. This idea came to me actually yesterday, when in dinner with Dr Rosenberg, I was explaining to him actually UNITAID. Many of you probably don't know what UNITAID is, but it's an actual fund based in Geneva, it was created over 10 - 15 years ago. Everybody thinks about "global fund" to be the big donor actor and then Bill Gates, but UNITAID has an important role in the space of funding HIV, tuberculosis, malaria and hepatitis. I believe it's almost 50% of the fund. It is actually based on the tax, on the Robin Hood tax, they tax every time you fly out of France and these other countries now, and this tax, which is very minimal on every airplane ticket, actually goes into a pot and then you have UNITAID. And so, I was just thinking, could we institute some, whether it's a tax, you know, on airlines, but some mechanism where we can sort of creatively think about generating some sustainable funding mechanism, beyond whatever the health budget is within a country. And so, some of my sort of key conclusions, we now have a WHO strategy and if we want to actually see it realize that it actually makes an impact on the country level and the global level, we have to mobilize resources and actually have action. Hopefully can promote development of regional and national action plans. There's lot of work that needs to be done around engaging with countries and obviously I'm sort of delegated to support my own country, but we also have limited capacity at WHO, at headquarters and regional offices in the area of hepatitis. So, that is the reality, but we are doing the best we can as an agency to support member states. And as I noted we need to think about innovation not just an R&D but also on financing and in terms of the Greek experience, we need to formulate a plan and then we need to actually execute it. So, I just want to thank partners in country and also global partners, such as the world hepatitis guidelines for their active work in this space. So, thank you very much.

Hepatitis B and C Public Policy Association (1): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

**Είναι εφικτή η εξάλειψη του HCV στο γενικό πληθυσμό και στις ομάδες
υψηλού κινδύνου και επιπολασμού;**

Βάνα Σύψα

Ας ξεκινήσουμε διευκρινίζοντας τι εννοούμε με τον όρο «εξάλειψη». Θα έχετε ακούσει πιθανόν και άλλους όρους, όπως για παράδειγμα «έλεγχος» ή «εκκρίωση». Γενικά, με τον όρο «εξάλειψη» εννοούμε ότι η επίπτωση, δηλαδή οι νέες μολύνσεις, σχεδόν εκμηδενίζεται και ότι επιτυγχάνεται μεγάλη μείωση στο φορτίο της νοσηρότητας (κίρρωσεις, καρκίνος) σε μια συγκεκριμένη περιοχή, όπως για παράδειγμα η Ελλάδα. Οι στόχοι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) επικεντρώνονται σε αυτά τα δύο σημεία: στη μείωση του αριθμού των νέων μολύνσεων κατά 90% και της θνησιμότητας κατά 65%.

Στην συζήτηση για την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C υπάρχουν πολλές σημαντικές παράμετροι για κάθε μία χώρα, όπως ο επιπολασμός της χρόνιας Ηπατίτιδας C, το προφίλ της επιδημίας - για παράδειγμα, οι κύριοι τρόποι μετάδοσης και τα χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, κατανομή σταδίων ίνωσης) - το επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης, ο ρυθμός διάγνωσης και θεραπείας των ασθενών. Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει πώς αναμένουμε να διαμορφωθεί στο μέλλον η θεραπευτική κάλυψη και γενικότερα η διαθεσιμότητα των πόρων που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.

Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι, σήμερα υπάρχουν πρωτοφανείς ευκαιρίες για να δράσουμε, καθώς έχουμε εργαλεία που θα μας βοηθήσουν στη μείωση της βλάβης αλλά και πολύ αποτελεσματικές θεραπείες. Όταν όλα αυτά συνδυαστούν και προσαρμοστούν κατάλληλα στον κάθε πληθυσμό, τότε μπορούμε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Μεταξύ των 17 στόχων που έχει θέσει ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών για να «μεταμορφώσουμε» τον κόσμο, περιλαμβάνεται και η διασφάλιση της υγείας. Στον στόχο αυτό συγκεκριμένα αναφέρεται ο τερματισμός της επιδημίας του ιού HIV, της φυματίωσης, της ελονοσίας και η καταπολέμηση της Ηπατίτιδας μέχρι το 2030. Αυτή η διατύπωση έχει προκαλέσει συζητήσεις. Πολλοί μάλιστα λένε ότι θα έπρεπε ίσως να είναι διατυπωμένα αντίστροφα τα νοσήματα αυτά, κι αυτό γιατί όλα αυτά τα νοσήματα που φιλοδοξούμε να εξαλείψουμε μέχρι το 2030 παρουσιάζουν το καθένα δυσκολίες. Ακόμα και για τον ιό HIV για τον οποίο διαθέτουμε πολύ καλές θεραπείες, δεν έχουμε εμβόλιο που θα ήταν ένα πολύ σημαντικό εργαλείο. Επίσης, στον ιό HIV η πρόληψη της μετάδοσης απαιτεί αλλαγές στη συμπεριφορά που δεν είναι πάντα εύκολο να υιοθετηθούν από τον κόσμο. Από την άλλη μεριά, ο ιός της Ηπατίτιδας C έχει χαρακτηριστικά που ευνοούν την εξάλειψή του.

Μια έκθεση της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ αναφέρεται στο θέμα της εξάλειψης της λοίμωξης από τον ιό της Ηπατίτιδας C. Αναφέρει λοιπόν ότι, βιολογικά ο ιός της Ηπατίτιδας C έχει τα χαρακτηριστικά που θα μας βοηθούσαν να τον εξαλείψουμε. Για παράδειγμα, δεν υπάρχει άλλη γνωστή δεξαμενή του ιού εκτός από τον άνθρωπο. Επομένως το ερώτημα είναι αν έχουμε τα κατάλληλα μέσα να τερματίσουμε την μετάδοση και να μειώσουμε τη νοσηρότητα και την θνησιμότητα.

Όσον αφορά τον τερματισμό της μετάδοσης, τα μέσα που είναι απαραίτητα, σε χώρες όπως η Ελλάδα όπου η μετάδοση πραγματοποιείται κυρίως μέσω ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών, είναι

τα προγράμματα μείωσης της βλάβης, δηλαδή τα προγράμματα διανομής συρίγγων (NSP) και τα προγράμματα υποκατάστασης με οπιοειδή. Αυτά είναι γνωστό ότι γενικά λειτουργούν. Δημοσιευμένα επιστημονικά άρθρα αναφέρουν ότι όταν αυτές οι παρεμβάσεις έχουν μεγάλη κάλυψη και συνδυάζονται, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο ορομετατροπής κατά 75% με 80%. Άρα έχουμε αποτελεσματικά προγράμματα μείωσης της βλάβης στα χέρια μας και, σε μας εναπόκειται, αν θα τα εφαρμόσουμε συνδυαστικά και με μεγάλη κάλυψη.

Η ιδέα της «θεραπείας ως πρόληψη» είναι αρκετά γνωστή και δημοφιλής και έχει ήδη διατυπωθεί και για τον ιό HIV. Το σκεπτικό είναι ότι, εάν δώσουμε θεραπεία και θεραπεύσουμε ένα άτομο, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προστατεύουμε και τους γύρω του. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών γιατί σχηματίζουν πάρα πολύ πυκνά δίκτυα. Βεβαίως, ακόμα και επιστήμονες που χρησιμοποιούν την έννοια της «θεραπείας ως πρόληψη» στα μοντέλα τους, όπως ο M. Hickman, αναφέρουν ότι μπορεί μεν από τα προγνωστικά μοντέλα να φαίνεται ότι λειτουργεί, παρ' όλα αυτά δεν έχουμε ακόμα επιδημιολογικές μελέτες που να τεκμηριώνουν κάτι τέτοιο.

Άρα λοιπόν, στο κομμάτι του τερματισμού της μετάδοσης, έχουμε στα χέρια μας εργαλεία που είναι αποτελεσματικά. Στο κομμάτι της μείωσης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, η κατάσταση είναι πολύ πιο απλή. Έχουμε καινούργιες θεραπείες που οδηγούν σε ίαση το 95% των ασθενών, με πολύ σύντομη διάρκεια και λιγότερες παρενέργειες. Αν λοιπόν αυτές οι θεραπείες δοθούν σε μεγάλο αριθμό ασθενών θα μειωθεί ο επιπολασμός της χρόνιας Ηπατίτιδας C, γιατί θα έχουμε ίαση. Κατά συνέπεια, θα μπορούσαμε να προλάβουμε την εμφάνιση κίρρωσης, καρκίνου και να μειώσουμε τη θνησιμότητα.

Συμπερασματικά λοιπόν, τόσο τα χαρακτηριστικά του ιού, όσο και τα μέσα που έχουμε στα χέρια μας καθιστούν την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C εφικτή. Ο προβληματισμός που διατυπώνεται και στην έκθεση της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ είναι ότι όσο εξακολουθεί να υφίσταται μετάδοση και όσο δεν είναι δυνατή η προφύλαξη μέσω κάποιου εμβολίου, υπάρχει ο κίνδυνος επαναμόλυνσης. Γι' αυτό το λόγο, στο συμπέρασμα της έκθεσης αναφέρεται ότι, να μεν η εξάλειψη είναι εφικτή, αλλά υπό κάποιες προϋποθέσεις. Ουσιαστικά γίνεται αναφορά στους φραγμούς που λίγο-πολύ είναι κοινοί στις περισσότερες χώρες, όπως ότι η Ηπατίτιδα C είναι ασυμπτωματική και επομένως ένα μεγάλο ποσοστό δεν γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί. Άλλος φραγμός είναι ότι η Ηπατίτιδα C αφορά πληθυσμούς, που είτε είναι περιθωριοποιημένοι, είτε είναι δύσκολο να τους προσεγγίσουμε ή να τους κρατήσουμε σε θεραπεία. Ακόμα και το γεγονός ότι η Ηπατίτιδα C μέχρι πρότινος δεν ήταν μία προτεραιότητα Δημόσιας Υγείας, είναι ένας από τους φραγμούς που δυσκολεύουν το έργο της εξάλειψής της. Στο σχήμα του treatment cascade (**βλ. παράρτημα σελίδα 38, σχήμα 6**) των ΗΠΑ φαίνεται ότι από το σύνολο των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα C, μόνο ένα 50% είναι διαγνωσμένοι και πολύ μικρότερα ποσοστά πήραν θεραπεία και είχαν παρατεταμένη ιολογική ανταπόκριση (SVR). Οι αντίστοιχες εκτιμήσεις για την Ελλάδα είναι απογοητευτικές: από το σύνολο των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα C εκτιμούμε ότι ένα 20% γνωρίζει ότι πάσχει και μόλις ένα 9% έχει πάρει θεραπεία, σύμφωνα με δεδομένα του 2012.

Το ερώτημα είναι τι μπορούμε να περιμένουμε στο μέλλον και αν αυτοί οι φραγμοί θα μας επιτρέψουν να οδηγηθούμε στην εξάλειψη. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν κάποια «πειράματα» εξάλειψης -αν μου επιτρέπεται ο όρος- σε εξέλιξη. Το πιο γνωστό, ίσως, είναι αυτό της Γεωργίας, μίας χώρας με επιπολασμό περίπου 5% στην οποία τον Απρίλιο του 2015 τέθηκε σε εφαρμογή ένα σχέδιο εξάλειψης της Ηπατίτιδας C. Αυτό περιλαμβάνει διεύρυνση του ελέγχου και χορήγηση θεραπείας. Μέχρι τις αρχές Σεπτεμβρίου είχε δοθεί θεραπεία σε περίπου 18.000 άτομα. Και στην Ισλανδία γίνεται κάτι αντίστοιχο, αν και πρόκειται για μία χώρα με πολύ μικρότερο αριθμό ασθενών. Η Αυστραλία, πάντα πρωτοπόρος σ' αυτά, ήδη

από τον Μάρτιο του 2016 έχει διαθέσιμες τις νέες θεραπείες για όλους τους ασθενείς, ακόμα και στις φυλακές, ανεξαρτήτως του σταδίου ίνωσης. Βεβαίως, όλα αυτά τα «πειράματα» βρίσκονται σε εξέλιξη και τα αποτελέσματα τους θα τα δούμε τα επόμενα χρόνια.

Μέχρι τότε, αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να χρησιμοποιήσουμε προγνωστικά μοντέλα, με διάφορα υποθετικά σενάρια, βάσει των χαρακτηριστικών της κάθε χώρας. Μπορούμε επομένως να χρησιμοποιήσουμε για να διερευνήσουμε υπό ποιες προϋποθέσεις θα μπορούσαμε να πετύχουμε την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στο χρονικό ορίζοντα που έχει τεθεί, δηλαδή μέχρι το 2030.

Για την εφαρμογή αυτών των μοντέλων, θα ξεκινήσω με μια δημοσίευση του 2014 με εκτιμήσεις για διάφορες χώρες. Στο σχήμα (βλ. **παράρτημα σελίδα 39, σχήμα 7**) φαίνονται οι προβλέψεις για τον συνολικό αριθμό των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα C μέχρι το 2030, υπό τρία διαφορετικά σενάρια για τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες. Η μαύρη γραμμή είναι το σενάριο της χορήγησης των παλιών θεραπειών που βασίζονται στην ιντερφερόνη, με την εκάστοτε θεραπευτική κάλυψη που έχει η κάθε χώρα, χωρίς δηλαδή να γίνει προσπάθεια διεύρυνσης της θεραπευτικής κάλυψης. Με την πράσινη γραμμή παρουσιάζονται οι προβλέψεις αν, αντί για ιντερφερόνη, χορηγήσουμε τις καινούργιες πιο αποτελεσματικές θεραπείες, αλλά με την ίδια θεραπευτική κάλυψη. Η μπλε γραμμή εκφράζει προβλέψεις αν παράλληλα αυξήσουμε και την θεραπευτική κάλυψη. Κάτω από όλα τα σενάρια, αναμένεται να μειωθεί ο αριθμός των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα C μέχρι το 2030. Αυτό είναι αποτέλεσμα της μείωσης της μετάδοσης λόγω μετάγγισης. Είναι σαφές ότι με τα καινούργια θεραπευτικά σχήματα σίγουρα μπορούμε να πετύχουμε καλύτερα αποτελέσματα. Αν χορηγηθούν σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, θα μπορέσουμε μέχρι το 2030 να φθάσουμε σε ένα πολύ μικρό αριθμό ασθενών, δηλαδή σε έναν πολύ μικρό επιπολασμό. Όσον αφορά τη θνησιμότητα, με τις παλιές θεραπείες στις περισσότερες χώρες θα αναμέναμε συνεχιζόμενη αύξηση των θανάτων. Και η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται σ' αυτές τις χώρες. Για να επιτύχουμε μείωση των θανάτων, δεν χρειάζεται να έχουμε μόνο νέες θεραπείες, αλλά κατά κύριο λόγο, αυτές να δοθούν σε μεγαλύτερο κομμάτι των ασθενών.

Στην Ελλάδα πιο συγκεκριμένα, έχουν διερευνηθεί και πιο εξειδικευμένα σενάρια. Το ένα σενάριο, το βασικό σενάριο όπως το ονομάζουμε, είναι αυτό της χορήγησης ιντερφερόνης. Το άλλο σενάριο, το σενάριο του ΠΟΥ, είναι διαμορφωμένο έτσι ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της εξάλειψης της Ηπατίτιδας C έως το 2030. Μια πιθανή υλοποίηση αυτών των στόχων θα μπορούσε να γίνει με την θεραπευτική κάλυψη που φαίνεται στον πίνακα (βλ. **παράρτημα σελίδα 39, σχήμα 8**). Δηλαδή, τα δύο πρώτα χρόνια (2015-2016) χορηγούνται οι νέες θεραπείες σε σχετικά μικρό αριθμό ασθενών, αλλά στη συνέχεια αυξάνεται η θεραπευτική κάλυψη με ιδιαίτερο βάρος προς τα τελευταία χρόνια, που θεωρούμε ότι πιθανόν οι τιμές των φαρμάκων θα έχουν μειωθεί. Η αύξηση της θεραπευτικής κάλυψης προϋποθέτει τη διεύρυνση των κριτηρίων λήψης της θεραπείας (στάδιο ίνωσης) αλλά και πιο εντατικές προσπάθειες εντοπισμού των ασθενών. Θα πρέπει δηλαδή να αυξήσουμε τη διάγνωση ανά έτος, από 4.000 άτομα/έτος σε 6.000-7.000 άτομα/έτος, για να μπορέσουμε να πετύχουμε αυτή τη θεραπευτική κάλυψη. Για να πετύχουμε τους στόχους του ΠΟΥ θα πρέπει να δώσουμε θεραπεία σε περίπου 92.000 άτομα μέχρι το 2030. Τα αποτελέσματα βεβαίως είναι αυτά που βλέπετε (βλ. **παράρτημα σελίδα 40, σχήμα 9**): αν συνεχίζαμε με τις ήδη υπάρχουσες θεραπείες, δηλαδή την ιντερφερόνη, και με την τρέχουσα θεραπευτική κάλυψη, θα αναμέναμε μία ελαφριά μείωση στον αριθμό των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα C στα επόμενα χρόνια μέχρι το 2030, δηλαδή μόλις ένα 15% σε σχέση με σήμερα. Αν δώσουμε όμως σε μεγάλους αριθμούς ασθενών τις νέες θεραπείες, θα μπορέσουμε να φθάσουμε μέχρι και σε 80% μείωση του αριθμού των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα C. Αντίστοιχα

είναι τα αποτελέσματα και στη θνησιμότητα. Η θνησιμότητα με τις τρέχουσες θεραπείες θα παρουσίαζε μία αύξηση. Αν καταφέρουμε να δώσουμε τις καινούργιες θεραπείες σε μεγάλο αριθμό ασθενών, θα μπορέσουμε να πετύχουμε μείωση κατά 65%, δηλαδή τον στόχο που έχει θέσει ο ΠΟΥ.

Ειδικότερα, για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου και υψηλού επιπολασμού, κατά κύριο λόγο δηλαδή τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, υπάρχουν αρκετές μελέτες που με τη χρήση προγνωστικών μοντέλων προσπαθούν να προβλέψουν αν είναι εφικτή η εξάλειψη της Ηπατίτιδας C σ' αυτούς τους πληθυσμούς. Αυτό το σχήμα (βλ. **παράρτημα σελίδα 40, σχήμα 10**) είναι από μία γνωστή εργασία των N. Martin et al στην οποία παρουσιάζονται εκτιμήσεις σε πληθυσμούς χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών με διαφορετικό προφίλ σε τρεις πόλεις: το Εδιμβούργο που έχει σχετικά μικρό επιπολασμό, τη Μελβούρνη που έχει επιπολασμό της τάξης του 50% και το Βανκούβερ με επιπολασμό 70%. Στο σχήμα (βλ. **παράρτημα σελίδα 40, σχήμα 10**) παρουσιάζεται τι θα συμβεί αν διευρύνουμε τη θεραπευτική κάλυψη. Η χορήγηση θεραπείας σε 80 ανά 1000 χρήστες ανά έτος σε περιοχές που έχουν μικρό ή μέτριο επιπολασμό, μπορεί να οδηγήσει σε μία πολύ σημαντική μείωση του επιπολασμού της Ηπατίτιδας C στους χρήστες. Σε πόλεις που έχουν αρκετά υψηλότερο επιπολασμό, και η Αθήνα είναι σ' αυτή την κατηγορία, θα οδηγήσει σε μία μείωση, όχι ίσως τόσο εντυπωσιακή όσο θα θέλαμε, αλλά αξιοσημείωτη.

Σε μία άλλη μελέτη στον Καναδά, εκτιμήθηκε τι αναμένεται να συμβεί αν παράλληλα με την θεραπεία διευρυνθούν τα προγράμματα μείωσης της βλάβης. Στο σχήμα (βλ. **παράρτημα σελίδα 41, σχήμα 11**) φαίνεται η επίπτωση που προβλέπεται τα επόμενα χρόνια με τη χορήγηση της θεραπείας. Οι γραμμές αντανακλούν τα αποτελέσματα αν προστεθούν και προγράμματα μείωσης της βλάβης με αυξανόμενη κάλυψη. Προσθέτοντας λοιπόν προγράμματα μείωσης της βλάβης επιτυγχάνουμε πιο μεγάλη μείωση της επίπτωσης, μιας και αυτά προλαμβάνουν την μόλυνση και την επαναμόλυνση. Επιπλέον, είναι χρήσιμα και από οικονομική άποψη γιατί με αυτά τα προγράμματα χρειαζόμαστε λιγότερες θεραπείες για να πετύχουμε έναν συγκεκριμένο στόχο.

Στην Ελλάδα υπάρχουν αντίστοιχες εκτιμήσεις για τον πληθυσμό των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Έχουν γίνει δηλαδή εκτιμήσεις για την επίπτωση της χρόνιας Ηπατίτιδας C τα επόμενα έτη, ανάλογα με τη θεραπευτική κάλυψη στους χρήστες και κάτω από την υπόθεση ότι αυξάνεται η κάλυψη των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης κατά 2% ανά έτος. Τα σενάρια που καταφέρνουν μέχρι το 2030 να φθάσουν σε μια αρκετά μεγάλη μείωση της επίπτωσης, αντιστοιχούν σε θεραπεία 600, 1.300 και 1.600 ατόμων ανά έτος.

Στο ερώτημα αν η εξάλειψη είναι εφικτή στην Ελλάδα, η απάντηση είναι ότι θα απαιτηθεί πρώτα αύξηση της κάλυψης των προγραμμάτων υποκατάστασης με οπιοειδή και διανομής συρίγγων. Στο Πρόγραμμα «Αριστοτέλης», όπου οι χρήστες ερωτούνταν αν συμμετέχουν σε πρόγραμμα υποκατάστασης με οπιοειδή και εάν είχαν επαρκή αριθμό συρίγγων, παρατηρήσαμε ότι υπήρχε μία συνεχιζόμενη αύξηση της κάλυψης των προγραμμάτων υποκατάστασης. Παρ' όλα αυτά, τα επίπεδα που είχαμε φθάσει μέχρι το τέλος του 2013 ήταν κάτω από το επιθυμητό. Δηλαδή, υπήρχε μία κάλυψη περίπου του 30% των χρηστών. Η κάλυψη των προγραμμάτων διανομής συρίγγων ήταν και αυτή κάτω από ικανοποιητικά επίπεδα. Λιγότερο από το 30% ανέφερε ότι είχε επαρκή αριθμό συρίγγων για να καλύψει τις ανάγκες του.

Επομένως, θα πρέπει να εντατικοποιηθεί η προσπάθεια στα προγράμματα μείωσης της βλάβης στην Ελλάδα. Επιπλέον, στο κομμάτι της διάγνωσης και της θεραπείας σίγουρα έχουμε πολλή δουλειά. Βλέπουμε ότι η Ελλάδα κατατάσσεται σχετικά χαμηλά και στις διαγνώσεις και στο ποσοστό θεραπείας ανά έτος, σε σχέση με άλλες χώρες. Αλλά και από το εκτιμώμενο

treatment cascade στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο βελτίωσης.

Αρα ολοκληρώνοντας, στο ερώτημα αν είναι εφικτή η εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στον γενικό πληθυσμό και στις ομάδες υψηλού κινδύνου και επιπολασμού στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, η απάντηση είναι θετική. Απαιτεί όμως μια πολύπλευρη προσέγγιση: διεύρυνση του ελέγχου, προγράμματα μείωσης της βλάβης υψηλής κάλυψης και αυξημένη πρόσβαση στη θεραπεία. Ιδανικά, για τις χώρες που αδυνατούν να υιοθετήσουν αποτελεσματικά προγράμματα μείωσης της βλάβης, θα χρειαζόταν και ένα εμβόλιο. Τέλος, είναι απαραίτητο να μειώσουμε το στίγμα και τις διακρίσεις που συναντάμε καθημερινά στην Ηπατίτιδα C.

Ευχαριστώ.

Hepatitis B and C Public Policy Association (1): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Στρατηγική εξάλειψης του ιού της ηπατίτιδας C: κόστος και οφέλη Κώστας Αθανασάκης

Η Ηπατίτιδα αποτελεί ένα αντικείμενο Πολιτικής Υγείας με εξαιρετικό ενδιαφέρον, καθώς οι διαθέσιμες σήμερα θεραπευτικές επιλογές είναι σε θέση να δώσουν ίαση σε ένα χρόνιο νόσημα, κάτι σπάνιο στην καταγεγραμμένη ιστορία. Ωστόσο, τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι νέες θεραπείες δύνανται να μειώσουν σημαντικά το φορτίο νοσηρότητας με ότι αυτό συνεπάγεται σε επίπεδο κόστους - οφέλους.

Πώς μπορεί δηλαδή να γίνει στάθμιση των δύο αυτών μεγεθών προκειμένου να υπάρχουν πολιτικές Υγείας οι οποίες θα βασίζονται σε τεκμήρια και θ' αφορούν στο μέλλον; Η βασική δυσκολία στην απάντηση αυτού του ερωτήματος είναι ότι πρέπει να ληφθεί μια απόφαση σήμερα, αλλά θα δεσμεύσει το Σύστημα Υγείας στο μέλλον, ενώ επίσης θα παράγει κόστος και όφελος τα οποία θα αφορούν το μέλλον.

Τα Οικονομικά της Υγείας είναι μια επιστήμη η οποία βασίζεται σε κλινικά και οικονομικά δεδομένα και έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί προγνωστικά μοντέλα που υπολογίζουν σήμερα το μελλοντικό κόστος και όφελος. Η μελέτη που παρουσιάζεται παρακάτω (**βλ. παράρτημα σελίδα 41, σχήμα 12**), αφορά κατά το πρώτο σκέλος στην εκτίμηση του μελλοντικού φορτίου της Ηπατίτιδας στο Σύστημα Υγείας και κατά το δεύτερο σκέλος στο μελλοντικό κόστος και όφελος από μια τέτοια παρέμβαση.

Η ερευνητική ομάδα χρησιμοποίησε ένα «Μοντέλο Φυσικής Ιστορίας», δηλαδή μια πολύ καλά πληροφορημένη πρόβλεψη για το τί θα συμβεί σε έναν ασθενή, αναλόγως της κατάστασής του σήμερα και αναλόγως της θεραπείας την οποία πρόκειται να λάβει. Ουσιαστικά, έγινε σύγκριση δύο στρατηγικών: της στρατηγικής εξάλειψης της Ηπατίτιδας αναφορικά με τους στόχους που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για τον περιορισμό του φορτίου νοσηρότητας μέχρι το 2030, έναντι της τρέχουσας πρακτικής, επικεντρώνοντας στις διαφορές ως προς την αποτελεσματικότητα τους.

Στο πλαίσιο αυτό λοιπόν, έγινε σύγκριση των δύο στρατηγικών και με προβολή στο 2030 έγινε ανάλυση από την κοινωνική οπτική. Δηλαδή στους υπολογισμούς προστέθηκαν και δεδομένα άμεσου κόστους, που έχουν να κάνουν με το κόστος της θεραπείας, των φαρμάκων, του συμπτωματικού ελέγχου, των ιατρικών εξετάσεων, των νοσηλειών, από τις τυχόν εκφάνσεις της νόσου στο κοινωνικό επίπεδο. Βεβαίως, σύμφωνα με τις απαιτήσεις των αναλύσεων υπό την κοινωνική οπτική, στο πλαίσιο της ανάλυσης προσεγγίστηκε και το έμμεσο κόστος, δηλαδή τι θα έχανε η κοινωνία αν δεν διέθετε τα κατάλληλα εργαλεία, ή δεν χρησιμοποιούσε τα κατάλληλα εργαλεία προκειμένου να περιοριστεί η νοσηρότητα. Η προσέγγιση αυτή έγινε μέσω των DALYs, δηλαδή της μονάδας μέτρησης των χαμένων ετών λόγω κακής υγείας. Ένα DALY το οποίο θα χαθεί, δηλαδή ένα πλήρες έτος ζωής, εξισώθηκε συντηρητικά με το κατά κεφαλήν ετήσιο εθνικό εισόδημα της Ελλάδας.

Άρα, η μελέτη εστίασε ουσιαστικά στη διαφορά ανάμεσα στο συνολικό κόστος για τις ομάδες των δύο παρεμβάσεων, της επιθετικής στρατηγικής εξάλειψης της Ηπατίτιδας, έναντι της στρατηγικής της τρέχουσας πρακτικής, με τις διαφορές ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα,

ανάμεσα στις δύο πρακτικές. Στο πλαίσιο αυτό, πέραν των επιδημιολογικών δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν και οι κατάλληλες για την Ελλάδα μεταβλητές κόστους, δηλαδή δεδομένα από το πραγματικό σώμα των ασθενών (βάσει στοιχείων από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και η χρήση των πόρων κοστολογήθηκε με βάση τις ελληνικές τιμές. Μείζονος σημασίας μεταβλητή στην ανάλυση όμως, είναι οι τιμές των φαρμάκων. Και ο λόγος που οι τιμές των φαρμάκων είναι μείζονος σημασίας μεταβλητή, είναι γιατί το μοντέλο πρέπει να προβλέψει το μέλλον, όχι μόνο ως προς εξέλιξη της τιμής ενός φαρμάκου, αλλά και ως προς το συνολικό κόστος της παρέμβασης. Πρέπει, λοιπόν, να υπολογιστεί εκτός της τρέχουσας τιμής και τις τυχόν εκπτώσεις και επιστροφές, η εξέλιξη της διαδικασίας διαπραγμάτευσης και η μεταβολή της τιμής με βάση το χρόνο, η φυσιολογική επίδραση της μεταβολής της τιμής με βάση το χρόνο, και η αλλαγή στα θεραπευτικά σχήματα, δηλαδή τα σχήματα εκείνα τα οποία θα είναι μικρότερης διάρκειας και οι μεταβολές στις πατέντες και η είσοδος στην αγορά γενοσήμων φαρμάκων, τα οποία θα είναι κατά τουλάχιστον 35% φθηνότερα, με βάση την τρέχουσα νομοθεσία στην Ελλάδα.

Δεδομένου ότι οι μεταβλητές αυτές βαρύνουν την ανάλυση και τα συμπεράσματά της, η ερευνητική ομάδα μελέτησε μία σειρά από σενάρια. Παρακάτω αναλύεται ένα εκ των τεσσάρων σεναρίων, αυτό με τους πιο συντηρητικούς υπολογισμούς.

Είναι γνωστό ότι η στρατηγική της εξάλειψης που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, θα μειώσει τη νοσηρότητα. Και από τα γραφήματα (βλ. **παράρτημα σελίδα 42, σχήμα 13**) γίνεται αντιληπτή η μεταβολή στις περιπτώσεις των λοιμώξεων, στις εκφάνσεις της νόσου, όπως η κίρρωση, η μη αντιρροπούμενη κίρρωση και ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος. Λιγότερες περιπτώσεις ηπατοκυτταρικού καρκίνου σημαίνουν 30.000 λιγότερα ευρώ ετησίως για θεραπεία για το Σύστημα Υγείας για κάθε ασθενή. Στην υποθετική περίπτωση που δεν υπήρχαν νέες θεραπείες και δεν εφαρμόζοταν στρατηγική εξάλειψης του νοσήματος, θα προέκυπτε μία συγκεκριμένη δαπάνη, δηλαδή μια εμπροσθοβαρής στρατηγική που θα απαιτούσε κάποιο χρηματικό ποσό σήμερα, αλλά προοδευτικά το κόστος θα βαίνει μειούμενο διότι θα μειώνονται τα περιστατικά της νοσηρότητας, οι ανάγκες θεραπείας και το συνεπαγόμενο κόστος.

Το ακόλουθο γράφημα (βλ. **παράρτημα σελίδα 42, σχήμα 14**) αφορά στο άμεσο κόστος μεταξύ των δύο παρεμβάσεων: εξάλειψη, στρατηγική, βασικό μοντέλο θεραπείας, και το επόμενο γράφημα (βλ. **παράρτημα σελίδα 43, σχήμα 15**) αφορά στο έμμεσο κόστος: μικρότερη νοσηρότητα ίσον μικρότερη απώλεια ετών ζωής λόγω αναπηρίας, άρα μικρότερο κόστος για την κοινωνία. Αν συνδυαστούν αυτά τα δύο, τότε οι εκτιμήσεις φέρνουν το σημείο της εξίσωσης του κόστους και του οφέλους πολύ πιο πριν και την εξοικονόμηση πόρων πολύ νωρίτερα στο χρόνο. Και το εντυπωσιακό είναι ότι, αν κανείς λάβει υπόψη το αθροιστικό κόστος από σήμερα και στον χρονικό ορίζοντα της επιβίωσης, γίνεται αντιληπτό ότι τελικά με τη συντηρητική υπόθεση η πραγματική διαφορά στα 20 χρόνια είναι μικρή και αποδεκτή. Στα πιο επιθετικά σενάρια, δηλαδή με μεγαλύτερους περιορισμούς τιμών, καθίσταται όχι απλά οικονομικά αποδοτικό, αλλά περιορίζει το κόστος στο τελικό επίπεδο, στοιχείο εξαιρετικά ενδιαφέρον.

Καταλήγοντας, τα αποτελέσματα του πρώτου σεναρίου περιλαμβάνουν ήπιες εκτιμήσεις των μειώσεων των τιμών σε σχέση με clawback και τα rebate, τα οποία ισχύουν στο Σύστημα. Μία ήπια εκτίμηση για τη μείωση της τιμής στην πάροδο του χρόνου και μία ήπια εκτίμηση για τη λήξη της πατέντας και την αλλαγή στις θεραπείες, δείχνει ότι για κάθε ένα DALY το οποίο αποφεύγει η κοινωνία θα χρειαστεί η ελληνική κοινωνία να εκχωρήσει 16.000 ευρώ από το διαθέσιμο ασφαλιστικό προϋπολογισμό. Βάσει όσων θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,

αυτή είναι μία παρέμβαση η οποία μπορεί να ταξινομηθεί στις παρεμβάσεις οι οποίες είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές, ως προς το κόστος.

Αυτό το οποίο καθίσταται σαφές είναι ότι, σήμερα έχουμε τη δυνατότητα της εξάλειψης ενός χρόνιου νοσήματος. Έχουμε τη δυνατότητα σχεδιασμού μιας στρατηγικής η οποία είναι επαρκώς ενεργή ως προς αυτή την κατεύθυνση και όπως δείχνουν τα αποτελέσματα πληροί το κριτήριο της αποδοτικότητας της δαπάνης υγείας. Φυσικά, η προσέγγιση είναι οικονομικά εμπροσθοβαρής, δηλαδή η κοινωνία πρέπει να επενδύσει σήμερα ένα ποσό προκειμένου να δρέψει τους καρπούς της μείωσης κόστους στο μέλλον, αλλά υπό συνθήκες αυτό μπορεί να γίνει σχετικά γρήγορα. Αυτό, όμως, το οποίο τελικά δείχνει αυτή η μελέτη είναι ότι η υιοθέτηση τέτοιων προσεγγίσεων στην Υγεία, απαιτεί μία αλλαγή του υποδείγματος της παραγωγής Πολιτικής Υγείας σήμερα. Χρειάζεται μία μακροχρόνια και συμμετοχική στρατηγική, η οποία να έχει διάρκεια στο χρόνο.

Hepatitis B and C Public Policy Association (1): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Ευρωπαϊκό Manifesto για την εκρίζωση του HCV

Γεώργιος Καλαμίτης

Το **Μανιφέστο για την Εξάλειψη της Ηπατίτιδας C (HCV Elimination Manifesto)** αφορά σε γραπτή διακήρυξη που υπογράφηκε στο πλαίσιο της 1ης Διάσκεψης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη χάραξη πολιτικής σχετικά με την Ηπατίτιδα C, το Φεβρουάριο του 2016 στις Βρυξέλλες, με όραμα την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στην Ευρώπη.

Αντίστοιχη συζήτηση είχε γίνει πριν τρία χρόνια, σε Ημερίδα που διοργανώθηκε από την επιστημονική Ένωση Δημόσιας Υγείας για την Ηπατίτιδα Β και C με ανάλογη θεματολογία. Εκείνο το χρονικό διάστημα, η επίτευξη του οράματος της εξάλειψης της Ηπατίτιδας C στην Ευρώπη φάνταζε ιδιαίτερα μακρινή, καθώς δεν υπήρχαν τότε τα μέσα και τα στοιχεία που να καταδεικνύουν ότι η εξάλειψη της νόσου στην Ελλάδα και την Ευρώπη μπορεί να γίνει σε εύλογο χρονικό διάστημα.

Πλέον υπάρχει αισιοδοξία για την υλοποίηση αυτού του οράματος, που απορρέει από τις νέες επιστημονικές εξελίξεις. Συγκεκριμένα, με την έγκριση νέων αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων για την αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C από το 2014, η συζήτηση τίθεται σε άλλη βάση, καθώς τα παλαιότερα θεραπευτικά σχήματα δεν είχαν τα ανάλογα οφέλη και αποτελέσματα.

Για τον παραπάνω λόγο, προκύπτει το συμπέρασμα ότι υπάρχει λογική πίσω από τη σκέψη εξάλειψης της νόσου, βασισμένη στο γεγονός ότι διατίθενται φάρμακα που αντιμετωπίζουν την Ηπατίτιδα C, με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Η ύπαρξη των φαρμάκων αυτών σε συνδυασμό με την ψήφιση της Παγκόσμιας Στρατηγικής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις Ιογενείς Ηπατίτιδες, τα αποτελέσματα μελετών για τις σχέσεις κόστους - αποτελεσματικότητας των νέων φαρμάκων και τα νεότερα επιδημιολογικά στοιχεία για τη νόσο, γεννούν το ερώτημα «γιατί δεν έχει δοθεί οριστική λύση σε αυτό το τόσο σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας».

Στο ερώτημα αυτό δίνεται η απάντηση ότι, το φαινόμενο αυτό ισχύει γενικότερα για θέματα Πολιτικής Υγείας. Η λύση από μόνη της δεν αρκεί για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Αντιθέτως, προϋποτίθεται η συστηματική και ορθή επικοινωνία αυτής στους ιθύνοντες προς λήψη αποφάσεων εντός των Εθνικών Συστημάτων Υγείας.

Σε αυτό το πλαίσιο, πριν από περίπου ένα χρόνο και συγκεκριμένα στις 17 Φεβρουαρίου 2016, κατά την πρώτη διάσκεψη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C συγκεντρώθηκαν στις Βρυξέλλες εκπρόσωποι οργανισμών, φορείς, ιδιώτες και διαμορφωτές της κοινής γνώμης, έχοντας ως επίκεντρο και προτεραιότητα την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C.

Πληθώρα συμμετεχόντων και οργανισμών που μοιράζονται το όραμα για την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στην Ευρώπη μέχρι το 2030, υπέγραψαν τη σχετική διακήρυξη, η οποία περιλαμβάνει τα εξής επτά βασικά σημεία:

«Μοιραζόμαστε το όραμα ότι, για την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C στην Ευρώπη μέχρι το 2030 θα πρέπει:

- Να καταστήσουμε την Ηπατίτιδα C και την εξάλειψή της στην Ευρώπη μία σαφή και επαρκώς χρηματοδοτούμενη προτεραιότητα για την Δημόσια Υγεία. Για την επίτευξη αυτού του στόχου θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε, όλα τα κατάλληλα μέσα σε όλα τα επίπεδα -συνεργασίες ανάμεσα σε απλούς πολίτες, οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών, ερευνητές στον ιδιωτικό τομέα, την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τις Εθνικές Κυβερνήσεις, τα θεσμικά Όργανα της ΕΕ - όπως την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη, καθώς και άλλα σχετικά περιφερειακά θεσμικά όργανα.
- Να διασφαλίσουμε ότι οι ασθενείς, οι ομάδες της Κοινωνίας των Πολιτών και τα άλλα σχετικά ενδιαφερόμενα μέρη, συμμετέχουν απευθείας στην ανάπτυξη και την εφαρμογή στρατηγικών για την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C. Τα υπάρχοντα παραδείγματα βέλτιστων πρακτικών και οι υπάρχουσες κατευθυντήριες γραμμές, λειτουργούν ως σημείο αναφοράς για στρατηγικές που βασίζονται σε ανθρωποκεντρικά συστήματα υγείας και οι οποίες δίνουν έμφαση σε μία προσαρμοσμένη εφαρμογή σε τοπικό επίπεδο.
- Να καταστήσουμε κεντρικό κομμάτι των στρατηγικών για την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C, την ανάπτυξη οδών παροχής ολοκληρωμένης περίθαλψης, λαμβάνοντας υπόψη τα ειδικά εμπόδια που ορθώνουν τα εκάστοτε Συστήματα Υγείας, καθώς και όλες τις άλλες προκλήσεις που σχετίζονται με την διαχείριση της λοίμωξης από τον ιο της Ηπατίτιδας C.
- Να επιδιώξουμε ιδιαίτερη προσοχή στη σύνδεση ανάμεσα στην Ηπατίτιδα C και στην κοινωνική περιθωριοποίηση και να διασφαλίσουμε ότι όλες οι ενέργειες που σχετίζονται με την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C, συνάδουν με τις αρχές των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου, όπως η απαγόρευση των διακρίσεων, η ισότητα, το δικαίωμα στη συμμετοχή και το δικαίωμα στην υγεία.
- Να εντείνουμε τις προσπάθειες για την εναρμόνιση και βελτίωση της παρακολούθησης της Ηπατίτιδας C, σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, προκειμένου να ενημερώνουμε και να αξιολογούμε τις στρατηγικές για την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C.
- Να καθιερώνουμε μία Ευρωπαϊκή Εβδομάδα Ενημέρωσης για την Ηπατίτιδα, (την εβδομάδα που περιέχει την Παγκόσμια Ημέρα της Ηπατίτιδας, 28/07), προκειμένου να οργανώνουμε εντατικές και συντονισμένες εκπαιδευτικές ενέργειες και δράσεις για την ενημέρωση του κόσμου σε όλη την Ευρώπη.
- Να εξετάσουμε ανά τακτά διαστήματα την πρόοδο που έχει γίνει για την επίτευξη των σκοπών και των στόχων που θέτει αυτή η Διακήρυξη και να την προωθήσουμε με κάθε σχετική ευκαιρία.»

Hepatitis B and C Public Policy Association (2): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Εθνικό σχέδιο για την Ηπατίτιδα C Φίλιππος Ταραντίλης

Κύριε καθηγητά, κύριε πρόεδρε, σας ευχαριστώ πολύ για την τιμή που μου κάνατε και μου δίνετε το βήμα για να μοιραστώ μαζί σας κάποιες σκέψεις.

Βρίσκομαι εδώ εκπροσωπώντας το Υπουργείο Υγείας, αλλά και δύο κλινικές του Νοσοκομείου στο οποίο υπηρετώ, οι οποίες μάλιστα παρουσιάζουν σπουδαίο ερευνητικό έργο.

Ο στόχος της εξάλειψης της Ηπατίτιδας C παρουσιάζει σοβαρά εμπόδια στην Ελλάδα, αλλά και παγκοσμίως. Τα κυριότερα αφορούν στην:

- Ανεπαρκή καθοδήγηση και δέσμευση της πολιτικής ηγεσίας,
- Απουσία ξεκάθਾਰου προσανατολισμού και προσέγγισης του προβλήματος με όρους Δημόσιας Υγείας,
- Δομικά και κοινωνικά ζητήματα διαχείρισης πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου,
- Ελλιπή προγράμματα πρόληψης,
- Αδιάγνωστους ασθενείς,
- Άνιση πρόσβαση στην φροντίδα υγείας,
- Υπερβολικά ακριβές θεραπείες.

Πέραν αυτών, ότι ο στόχος της εξάλειψης της Ηπατίτιδας περνάει σε πρώτο πλάνο για μας με όρους πολιτικής υγείας. Και αυτό είναι πάρα πολύ λογικό, γιατί αναδεικνύεται μία νέα προσέγγιση και ότι η Ηπατίτιδα είναι ένα προνομιακό πεδίο για να εκφραστεί αυτή η προσέγγιση.

Η νόσος εμφανίζεται με ασύμμετρο τρόπο στους οικονομικά αδύναμους, τους έχοντες χαμηλή πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και τους ευάλωτους πληθυσμούς. Με όρους κοινωνικής δικαιοσύνης υπάρχει η αναντίρρητη ανάγκη να ανταποκριθούμε, προωθώντας την ισότητα και ελαττώνοντας το φορτίο της νόσου, συμπεριλαμβανομένου του στίγματος, των διακρίσεων και του κοινωνικού αποκλεισμού. Αντιλαμβανόμαστε το πρόβλημα μέσα από το πρίσμα της καθολικής πρόσβασης. Ήδη έχει διασφαλιστεί η πρόσβαση 2,5 εκατομμυρίων συμπολιτών μας στο σύστημα υγείας, προστατεύοντας τα νοικοκυριά από καταστροφικά out-of-pocket έξοδα.

Ο σχεδιασμός μιας στρατηγικής ειδικά για τη νόσο είναι η μόνη διέξοδος ούτως ώστε να αποφύγουμε ατελέσφορες προσπάθειες, να επιτύχουμε βιώσιμες λύσεις και να μεγιστοποιήσουμε τις ωφέλειες και τη συνέργια.

Οι βασικοί άξονες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνουν:

- Αγωγή υγείας και ευαισθητοποίηση του κοινού.
- Πρωτογενή & Δευτερογενή πρόληψη.
- Συμπωματικό έλεγχο και διάγνωση.

- Θεραπεία και παροχή περίθαλψης.
- Παρακολούθηση, αποκατάσταση και χρόνια φροντίδα.

Κι ενώ πλέον η χρόνια φροντίδα με τα απευθείας δρώντα αντιϊκά φάρμακα περνά σε δεύτερο πλάνο, δεν παύουμε να την συνυπολογίζουμε.

Ήδη, έχει συγκληθεί Ομάδας Εργασίας, υπό τον συντονισμό του ΚΕΕΛΠΝΟ και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και με την ευρεία συμμετοχή φορέων και της ακαδημαϊκής κοινότητας. Το πρώτο στάδιο της διαδικασίας, το οποίο περιλαμβάνει την ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης - κοινωνικοί προσδιοριστές και επιδημιολογία, τη δυναμική του συστήματος υγείας, το επίπεδο παροχής φροντίδας, το νομικό πλαίσιο και το οικονομικό περιβάλλον, βρίσκεται σε εξέλιξη.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης θα προβλέπει θεραπευτική προτεραιότητα στους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια ίνωσης, αλλά αναφέρεται σε ορίζοντα πενταετίας και φιλοδοξεί να περιλάβει όλους τους ασθενείς. Επιλέγουμε να αντιμετωπίσουμε τη νόσο τώρα, βελτιώνοντας την κατανομή των διαθέσιμων πόρων, με προοπτική να αυξήσουμε τη χρηματοδότηση στα επόμενα χρόνια του Σχεδίου, όταν και θα επέλθει χαλάρωση της δημοσιονομικής επιτήρησης.

Η εισαγωγή της νέας γενιάς φαρμακευτικών σκευασμάτων για την Ηπατίτιδα C προσφέρει πολύ μεγάλη αποτελεσματικότητα, με ταυτόχρονη διευκόλυνση της συμμόρφωσης στη θεραπεία. Το υψηλό κόστος των νέων θεραπειών έχει σημαντική επίδραση στους προϋπολογισμούς για την Υγεία και απειλεί τα συστήματα υγείας διεθνώς, απαιτώντας δύσκολες αποφάσεις ακόμα και για τα πιο προηγμένα από αυτά, όπως για παράδειγμα το NICE στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στην πρόσφατα αναμορφωθείσα Επιτροπή Διαπραγμάτευσης, τα απευθείας δρώντα αντιϊκά φάρμακα για την Ηπατίτιδα C έλαβαν απόλυτη προτεραιότητα και η διαδικασία διαπραγμάτευσης με τις φαρμακευτικές εταιρείες βρίσκεται σε εξέλιξη. Είμαστε ιδιαίτερα αισιόδοξοι για την επιτυχία αυτού του μοντέλου λειτουργίας και επεξεργαζόμαστε τρόπους ενδυνάμωσης της διαπραγματευτικής ισχύος της Επιτροπής. Προς την κατεύθυνση της εξασφάλισης προσιτών και κοινωνικά αποδεκτών τιμών αποζημίωσης των καινοτόμων και ακριβών φαρμάκων, έχει αναληφθεί η πρωτοβουλία συνεργασιών με άλλες ευρωπαϊκές χώρες στην κατεύθυνση της από κοινού διαπραγμάτευσης με τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Η δέσμευσή μας είναι δημόσια διατυπωμένη και συντασσόμαστε με το όραμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την έμπρακτη εκρίζωση της νόσου έως το 2030. Συνολικά, παρά το δημοσιονομικά ασφυκτικό περιβάλλον και τις επιβαλλόμενες περιστολές δαπανών, αλλά και τις δικές μας αστοχίες, πιστεύουμε στον ρυθμιστικό ρόλο της Πολιτείας και αισιοδοξούμε ότι η νέα αυτή προσέγγιση θα αποφέρει σύντομα καρπούς.

Σας ευχαριστώ πολύ.

Hepatitis B and C Public Policy Association (2): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)

Δημήτριος Κουντουράς

Ευχαριστώ πολύ κ. Παπαθεοδωρίδη για την εισαγωγή, την οποία θα ήθελα να συμπληρώσω με δύο λόγια. Να προσθέσω λοιπόν πως είμαι Παθολόγος - Ηπατολόγος, μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕΕΛΠΝΟ ως εκπρόσωπος της Εκκλησίας της Ελλάδος και μέλος της Επιτροπής Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ, κατόπιν εισήγησης του ΔΣ και υπεύθυνος του Τμήματος Κίνησης και Ελέγχου των Οχημάτων του ΚΕΕΛΠΝΟ και μέλος της Επιτροπής του Εθνικού Σχεδιασμού για την εξάλειψη των Ηπατιτίδων.

Παρευρίσκομαι σήμερα εδώ ως μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και έχω την τιμή να σας μεταφέρω τον χαιρετισμό του προέδρου του ΚΕΕΛΠΝΟ κύριου Θεόφιλου Ρόζενμπεργκ, και την βεβαιότητά του ότι, τόσο αυτή η συνεδρία όσο και το υπόλοιπο συνέδριο κύριε Χατζάκη, θα βοηθήσουν στο να κάνουμε κάτι.

Η εισήγησή μου λοιπόν σκοπό έχει να σας τονίσει ότι, το ΚΕΕΛΠΝΟ θα πρέπει με γνώση, με πίστη στους στόχους της κοινωνικής πολιτικής υγείας, με εξειδίκευση στην ανάγκη, την ιδιαιτερότητα και ενδεχομένως και την στιγμή και αναλαμβάνοντας δράσεις με κινητικότητα και ευελιξία, να υλοποιήσει αυτό που η επιστημονική κοινότητα θα ορίσει, που το Υπουργείο και οι αρμόδιες Υπηρεσίες Υγείας θα κοστολογήσουν και θα προσπαθήσουν να υλοποιήσουν. Τέλος, το ΚΕΕΛΠΝΟ οφείλει ν' αναλάβει ένα μέρος του σχεδιασμού και ενδεχομένως ένα μεγάλο μέρος της εξέλιξης και της εκτέλεσης αυτού του εθνικού σχεδίου.

Οι σκοποί του ΚΕΕΛΠΝΟ όπως περιγράφονται στο καταστατικό του είναι:

Η προστασία και η προαγωγή της δημόσιας υγείας.

- Επιδημιολογική επιτήρηση των λοιμωδών νοσημάτων κατ' αρχήν, όπως και όλων των υπολοίπων νοσημάτων στη συνέχεια.
- Υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων.
- Παροχή επιστημονικής υποστήριξης.
- Λειτουργία Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων.
- Αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων Δημόσιας Υγείας.
- Υποστήριξη ειδικών πληθυσμών, πληθυσμιακών ομάδων, όπως μετακινούμενοι πληθυσμοί και trafficking.
- Επίβλεψη και εξασφάλιση υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Υλοποίηση του Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας.

Όλα αυτά είναι όλα όσα θα θέλαμε να γίνουν όμορφα και σωστά.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την εξάλειψη των Ηπατιτίδων, ανατέθηκε για τον σχεδιασμό του και ενδεχομένως και για ένα μέρος της υλοποίησης του στο ΚΕΕΛΠΝΟ, με βασικούς άξονες που πρόσφατα συζητήθηκαν στην 1η Συνεδρίαση του Συμβουλίου και ξεκινάει από την προσπάθεια για την αποτύπωση της κατάστασης σε σχέση με την ιογενή Ηπατίτιδα Β και C

στη χώρα μας, που εξακολουθεί παγκοσμίως ν' αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα. Οποσδήποτε σήμερα έχετε ακούσει πολύ πιο εξειδικευμένα και πιο πλούσια στοιχεία γι' αυτά, με προοπτικές, με ανάλυση για την πιθανή εξέλιξη των νοσημάτων και τα αποτελέσματα που μπορεί να έχει η διαχείρισή τους.

Στην Ελλάδα βάσει παλαιότερων συζητήσεων αλλά και πρόσφατων υπολογισμών, γίνεται λόγος για περίπου 200.000 και πλέον φορείς της Ηπατίτιδας Β. Για την Ηπατίτιδα C δεν θέλω να επαναλάβω πράγματα που έχουν ειπωθεί, αλλά υπολογιζόταν γύρω στις 167.000 τα άτομα που πάσχουν στη χώρα μας, μόλις 30.000 ήταν οι διαγνωσμένοι και μόνο το 30% με 40% έχει λάβει θεραπεία μέχρι σήμερα.

Στο κομμάτι της πρόληψης, που είναι μέρος του σχεδιασμού, σκοπός είναι η ενημέρωση του κοινού και των ομάδων υψηλού κινδύνου, με διανομή φυλλαδίων, ομιλίες, τηλεοπτικά σποτ, ενημέρωση σε σχολεία, νοσοκομεία, κέντρα απεξάρτησης, σε όλα τα σημεία που υπάρχει ενδιαφέρον για το ενδεχόμενο μετάδοσης ή υψηλού κινδύνου για τη νόσο και βεβαίως όλα τα σημεία που μπορεί να υπάρξει η πρωτογενής πρόληψη.

Για τον εμβολιασμό κατά της Ηπατίτιδας Β, οφείλει να γίνει μία μεγάλη προσπάθεια να δούμε, πού είμαστε και πόσα πράγματα πρέπει επιπλέον να γίνουν, καθ' ότι είναι ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη της νόσου και των επιπλοκών της. Ο εμβολιασμός για την Ηπατίτιδα Β, περιλαμβάνεται υποχρεωτικώς στον βασικό εμβολιασμό σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.

Τα αποτελέσματα αυτής της τακτικής, αυτής της πολύ σωστής επιλογής της Πολιτείας, είναι η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών προσχολικής ηλικίας και των εφήβων να κυμαίνεται μεταξύ 97% έως 98%. Όμως, είναι χαμηλή η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας, των γιατρών και των νοσηλευτών. Και αν και φαίνεται λίγο περίεργο εν έτη 2016, είναι απαραίτητη η δημιουργία πρωτοκόλλων ελέγχου κατά την πρόσληψη, καθώς και η καταγραφή του επιπέδου των αντισωμάτων, που γίνεται μόνο με το «Αυστραλιανό Αντιγόνο».

Άγνωστη επίσης είναι η εμβολιαστική κάλυψη εκδιδομένων ατόμων και εδώ υπάρχει ένα τεράστιο κενό στο νομοθετικό πλαίσιο. Δεν είναι εύκολο να γίνει αυτό. Πρέπει να δουλευτεί από τη βάση του.

Βεβαίως υπάρχει ανάγκη για πρόωθηση του εμβολιασμού στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Στα μέτρα δε της πρωτογενούς πρόληψης περιλαμβάνεται ο έλεγχος του μεταγγιζόμενου αίματος, που ήδη γίνεται και θα πρέπει να συνεχίσει με την ανάλογη επιμέλεια. Η εφαρμογή ανιχνευτικών προγραμμάτων με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση, η διανομή συρίγγων, προφυλακτικών, φυσιολογικών ορών, η εφαρμογή βασικών μέτρων πρόληψης λοιμώξεων σε χώρους παροχής φροντίδων υγείας, όπως η διαχείριση των μολυσματικών, τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα, δεν είναι καθόλου αυτονόητα παρ' όλο που ακούγονται, δεν είναι καθόλου αυτονόητα στην πραγματικότητα των ελληνικών νοσοκομείων. Και βεβαίως η πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης με έλεγχο των επιτόκων, χορήγηση εμβολίων και γ' αιμοσφαιρίνης στα νεογνά θετικών μητέρων.

Σας διαβεβαιώνω εξ επαγγέλματος, ότι υπάρχει πολύ μεγάλο πρόβλημα στο να τηρούνται με συνέπεια όλα αυτά τα πράγματα. Δηλαδή, μπορεί να έχεις και επίτοκες που να μην έχουν ελεγχθεί.

Για την επιδημιολογική επιτήρηση που είναι απαραίτητο εργαλείο, υπάρχουν αρκετά προβλήματα. Η επιτήρηση βασίζεται στην υποχρεωτική δήλωση των νοσημάτων. Δεν υπάρχει

αυτοματισμός, η μελέτη Cohort που είχε ξεκινήσει το 2003, συνεχίστηκε κανονικά μέχρι και το 2012 οπότε και διεκόπη, λόγω έλλειψης χρηματοδότησης. Και τα προβλήματα είναι βεβαίως, η υποδήλωση, η αδυναμία εκτίμησης του επιπολασμού της νόσου, αφού δεν καταγράφεται συστηματικά η χρόνια Ηπατίτιδα και οι βασικοί στόχοι, η επανεκκίνηση της μελέτης Cohort ή ανάλογη προσπάθεια, η εφαρμογή -ει δυνατόν- εργαστηριακής δήλωσης μέσω του ηλεκτρονικού φακέλου των νοσοκομείων. Και μάλιστα έχει γίνει σχετική εισήγηση, που με ένα λογικό κόστος, το οποίο έχουμε υπολογίσει, ενδεχομένως θα οδηγήσει τελικώς στην επιτυχή εφαρμογή της. Από κάπου να ξεκινήσουμε δηλαδή, για να φθάσουμε σε περισσότερα λεπτομερή δεδομένα, ή έστω, χρήσιμα δεδομένα. Τέλος, χρειάζεται αναμόρφωση του δελτίου υποχρεωτικής δήλωσης και προσπάθεια προσέγγισης του ορισμού του κρούσματος που προτείνει το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC).

Μετά, στο σχέδιο για την εξάλειψη θα πρέπει να υπάρξει βελτίωση της κλινικής φροντίδας των μολυνθέντων ατόμων, κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας, που ήδη έχει εκδώσει το ΚΕΕΛΠΝΟ, δημιουργία ηπατολογικών ιατρείων, σαφής καθορισμός των ατόμων που μπορούν να πάρουν θεραπεία με τα νέα φάρμακα για την Ηπατίτιδα C, αναλόγως των κονδυλίων και των δυνατοτήτων των κλινικών γιατρών που παρακολουθούν τους ασθενείς (αυτό λέγεται capacity) και τέλος απαιτείται διεύρυνση των κριτηρίων εισαγωγής, διαπραγμάτευση για καλύτερες τιμές, κάτι που ήδη γίνεται και σχεδιασμός με πρώτη και άμεση προτεραιότητα τις ομάδες υψηλού κινδύνου και βασικότερα, την αντιμετώπιση των ομάδων υψηλής μεταδοτικότητας.

Βεβαίως σε όλα αυτά θα πρέπει να συνυπολογιστεί ότι, ο μείζον παράγων, ο άνθρωπος θα πρέπει να προστατευθεί, για την εξάλειψη του στίγματος και την αποφυγή της περιθωριοποίησης αυτών των ατόμων.

Συνοψίζοντας, ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνει, όπως τουλάχιστον το αντιλαμβάνεται αυτή τη στιγμή η Επιτροπή για τον Σχεδιασμό:

- Πολύ καλή επιδημιολογική αποτύπωση και επιτήρηση.
- Οργανωμένο ψηφιακό περιβάλλον διαχείρισης της πληροφορίας και των δράσεων.
- Επιλεγμένο, ευέλικτο και αποτελεσματικό δίκτυο συνεργατών και υποδομών στα αντικείμενα και τους χώρους δράσεων.
- Ικανή διαχείριση της πραγματικής κατάστασης και έλεγχο των δεικτών παρακολούθησης και αξιολόγησης του παραγόμενου έργου, για να μην χάνεται χρόνος και πόροι και καμιά φορά, άνθρωποι.
- Επικοινωνιακές δράσεις και συντονισμός.

Βεβαίως όλα αυτά, με την αναγκασία προϋπόθεση της εξασφάλισης των οικονομικών πόρων και τον εξορθολογισμό του κόστους.

Σας ευχαριστώ πολύ.

Hepatitis B and C Public Policy Association (2): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Ευάγγελος Καφετζόπουλος

Είναι η τρίτη φορά που απευθύνομαι απ' αυτό το βήμα σε εσάς και μάλιστα είχα προετοιμάσει μία παρουσίαση η οποία ήταν μία επικαιροποίηση της περσινής και η οποία είχε επικεντρωθεί στο τι πρέπει να κάνουμε και ιδιαίτερα τι πρέπει να κάνει ο ΟΚΑΝΑ, ώστε να ανταποκριθεί στην πρόκληση της εξάλειψης της Ηπατίτιδας C.

Το πρόβλημα, όμως, είναι ότι κατά τη διάρκεια του έτους δεν έχει γίνει ούτε από μας, ούτε πιθανόν και από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΙΝ), η επικαιροποίηση των στοιχείων, δεν έχουν ακόμα αναλυθεί τα στοιχεία του 2015, ώστε να έχουμε μία ένδειξη της πορείας των πραγμάτων, οπότε θα έπρεπε να μιλήσω ξανά με στοιχεία του 2014.

Εκτός αυτού, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων ομιλιών σημείωσα μερικά πράγματα που νομίζω ότι αξίζουν σχολιασμού. Μη σας κουράσω ξανά με γενικόλογα πράγματα, αλλά να μείνουμε στο τι κάνουμε και αυτό που κάνουμε τώρα που μας οδηγεί και στο τι πρέπει να κάνουμε αύριο. Μη μείνουμε, λοιπόν, σε ευχές αλλά να δούμε τι γίνεται στην πραγματικότητα.

Ακούσαμε από την κυρία Σύψα και από όλους όσοι ασχολούνται με τα προγνωστικά μοντέλα, ότι μία προϋπόθεση για να φτάσουμε τελικά στην εξάλειψη της Ηπατίτιδας είναι η αύξηση των παρεμβάσεων στους ενεργούς χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η αύξηση δηλαδή τόσο της θεραπείας αποκατάστασης, όσο και άλλων παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης.

Η αύξηση και η ενίσχυση των παρεμβάσεων είναι κάτι που γίνεται και δεν αφορά μόνον την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C, αλλά αποτελεί την υλοποίηση ενός γενικότερου σχεδίου ανάπτυξης του ΟΚΑΝΑ που είχε ξεκινήσει πριν από δύο χρόνια. Το σχέδιο αυτό αποσκοπούσε στην ένταξη σε θεραπεία όλων των ατόμων που αιτούνται θεραπείας. Ένα θέμα που είχε καταλήξει σαν το «Κυπριακό» όλα τα προηγούμενα χρόνια, επειδή γίνονταν προσπάθειες, πολλές απ' αυτές πάρα πολύ τολμηρές, πάρα πολύ γενναίες σε αριθμούς, αλλά παρ' όλα αυτά η λίστα αναμονής στα προγράμματα υποκατάστασης εξακολουθούσε να μας ταλαιπωρεί. Είχε φθάσει πριν από λίγο καιρό, πέρσι και πρόπερσι στα πέντε χρόνια, με 2.500 και πάνω ανθρώπους που περίμεναν την ένταξη στη θεραπεία.

Αυτή τη στιγμή, λοιπόν, υλοποιούμε ένα σχέδιο που υπήρχε στο παρελθόν αλλά φέτος ουσιαστικά ετέθη σε εφαρμογή. Ήταν ένα σχέδιο γρήγορης, ραγδαίας θα έλεγα απορρόφησης της Λίστας, το οποίο εξελίσσεται καλά. Απορροφάται η λίστα των ασθενών που περιμένουν θεραπεία και από τον Ιούνιο που ξεκινήσαμε μέχρι σήμερα έχουμε απορροφήσει τους μισούς ήδη καταγεγραμμένους. Η αύξηση αυτής της απορρόφησης δεν ξεπερνά τις νέες αιτήσεις, όπως συνέβαινε τα προηγούμενα χρόνια, και αυτό μας κάνει αισιόδοξους ότι μέχρι το τέλος του χρόνου θα έχουμε εντάξει στο θεραπευτικό σύστημα υποκατάστασης όλα τα άτομα που έχουν κάνει αίτημα θεραπείας. Και από του χρόνου πια, από τον Ιανουάριο, Φεβρουάριο, θα μπορούσαμε να στραφούμε εντατικότερα στο 'streetwork', δηλαδή την παροχή υπηρεσιών μείωσης της βλάβης στο δρόμο, στους ανθρώπους που βρίσκονται εκτός των θεραπευτικών προγραμμάτων.

Ο στόχος είναι να μην περιοριστούμε μόνο στην ανταλλαγή συρίγγων ή την παροχή συμβουλευτικής επιτόπου, αλλά να μπορέσουμε να βρούμε τα εργαλεία ώστε το 'streetwork' να αποτελέσει μέσον ένταξης των χρηστών στα θεραπευτικά προγράμματα.

Προς αυτήν την κατεύθυνση θα βοηθήσει μία συνεργασία που κάνουμε αυτή τη στιγμή με τη Περιφέρεια Αττικής. Ευελπιστούμε να μπει και ο Δήμος Αθηναίων σε αυτή την συνεργασία, η οποία αποσκοπεί στη δημιουργία Κέντρων Ημέρας για ενεργούς χρήστες. Αυτά τα Κέντρα Ημέρας, εκτός από τις υπηρεσίες που θα παρέχουν άμεσα στα άτομα αυτά, θα αποτελέσουν τον «κράχτη», το δόλωμα για να μπορούμε να εντάσσουμε τους χρήστες στη θεραπεία. Η προσπάθεια αυτή θα ολοκληρωθεί με τη δημιουργία και των χώρων ελεγχόμενης χρήσης, ώστε να είναι πλήρης η παροχή υπηρεσιών για τους χρήστες που αυτή τη στιγμή βρίσκονται στο δρόμο.

Υπήρξε μάλιστα και ένα τυχαίο γεγονός το οποίο βοήθησε να ξεκινήσει η σχετική συζήτηση. Για την απορρόφηση της λίστας αναμονής είχαμε εξαγγείλει τη δημιουργία τριών Μονάδων στο Κέντρο της Αθήνας, εκ των οποίων η μία ήταν στην οδό Σοφοκλέους. Υπήρξε μία μεγάλη αντίδραση από την τοπική κοινωνία, από το Δήμο Αθηναίων, από την Περιφέρεια, από διάφορους Συλλόγους, φορείς και τα λοιπά, φωνές διαμαρτυρίες να μην ανοίξει αυτή η Μονάδα, με αποτέλεσμα να εμπλακεί ο Δήμος, το Υπουργείο, η Περιφέρεια. Μέσα από τη σχετική συζήτηση καταφέραμε να ευαισθητοποιήσουμε όλους αυτούς τους συνομιλητές στο θέμα της δημιουργίας σημείων άμεσης πρόσβασης, στα οποία να υπάρχουν και χώροι ελεγχόμενης χρήσης. Πιστεύω πως έχετε ακούσει ήδη τον Δήμαρχο Αθηναίων, ή τους Περιφερειάρχες, με κάθε ευκαιρία, όταν αναφέρονται στο ζήτημα των ναρκωτικών, να θέτουν το θέμα και να πιέζουν πια και αυτοί από την πλευρά τους για την δημιουργία των χώρων ελεγχόμενης χρήσης.

Άρα λοιπόν, όταν θα φθάσουμε στην απορρόφηση πια της λίστας αναμονής, γύρω στο Δεκέμβριο φέτος ή τον επόμενο Ιανουάριο, ο δεύτερος στόχος είναι η ενίσχυση του 'streetwork' και σ' αυτό συμβάλλει μέσα απ' όλη αυτή την ευαισθητοποίηση που σας είπα, η Περιφέρεια Αττικής, η οποία στηρίζει ένα σχετικό πρόγραμμα. Εντός των ημερών, υπογράφουμε ένα μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ της Περιφέρειας, του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ, με στόχο την ενίσχυση του 'streetwork' και της διανομής συρίγγων, ώστε του χρόνου να μπορέσουμε να υλοποιήσουμε την οδηγία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για διανομή 200 συρίγγων ανά χρήστη ανά έτος. Ταυτόχρονα θα προχωρήσουμε και σε έναν εξορθολογισμό της ανταλλαγής και της διανομής, καθώς και τη δημιουργία σταθερών σημείων διανομής, αυξάνοντας την κάλυψη και την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης.

Θα ήθελα να κάνω μία παρένθεση εδώ, γιατί καμιά φορά η προσπάθεια που κάνουμε να απορροφήσουμε την Λίστα και να βάλουμε περισσότερους ανθρώπους στη θεραπεία, θεωρείται μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει ο ΟΚΑΝΑ, καλύπτοντας και εξυπηρετώντας περισσότερα άτομα με τους ίδιους πόρους.

Υπάρχει, λοιπόν, η απόφαση για κάθε μία Μονάδα Άμεσης Πρόσβασης που ανοίγει, για την εξυπηρέτηση των ανθρώπων που είναι στο δρόμο, να δημιουργείται και μία Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, η οποία θα παρέχει υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, με ατομικές και ομαδικές συνεδρίες και θα προετοιμάζει τα άτομα για την ολοκλήρωση της θεραπείας και για την φάση της κοινωνικής επανένταξης. Η πρώτη τέτοια μονάδα εντατικής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης έχει ήδη ανοίξει στην Πάτρα και ετοιμάζεται αντίστοιχη μονάδα και στην Αθήνα.

Ένα θέμα, επίσης, που συζητήσαμε εδώ πέρυσι, είναι το θέμα του ελέγχου και του μητρώου των ασθενών μας, η καταγραφή δηλαδή όλων των ασθενών μας που πάσχουν από Ηπατίτιδα C και η προετοιμασία για θεραπεία. Είχαμε εναποθέσει τις ελπίδες μας στη χρηματοδότηση αυτού του προγράμματος μέσω των ΕΣΠΑ, αλλά οι καθυστερήσεις και οι αβεβαιότητες για την υποστήριξή του, μας αναγκάζει να βρούμε λύσεις υλοποίησης με ίδιους πόρους.

Ήδη ξεκινάμε άμεσα με το Μητρώο και μάλιστα το εντάσσουμε σε μία προσπάθεια που γίνεται αυτή τη στιγμή για αναμόρφωση του ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών μας. Πιστεύουμε ότι, σε εύλογο χρονικό διάστημα θα έχουμε μία πλήρη αποτύπωση της σταδιοποίησης τουλάχιστον των ασθενών μας, ώστε να είμαστε έτοιμοι να εκμεταλλευτούμε οτιδήποτε καινούργιο υπάρξει στο θέμα της θεραπείας.

Ένα τελευταίο θέμα που ήδη συζητήθηκε προηγουμένως είναι αυτό των φυλακών. Έχουμε μείνει πολύ πίσω στο θέμα των φυλακών και της αντιμετώπισης των λοιμώξεων στον πληθυσμό των κρατουμένων. Υπάρχουν πολλές παγιωμένες αντιλήψεις οι οποίες απέχουν πολύ απ' αυτά που σκεφτόμαστε ή συζητάμε εδώ και είναι δύσκολο να αλλάξουν. Με μεγάλη μου όμως ευχαρίστηση είδα ότι, στη συζήτηση που γίνεται αυτή τη στιγμή για πιθανές τροπολογίες της νομοθεσίας που ισχύει για τα ναρκωτικά, αρχίζει και μπαίνει η έννοια της μείωσης της βλάβης στις φυλακές. Βέβαια μπαίνει με ένα πλάγιο τρόπο, για να διαχωριστούν τα «καλά προγράμματα», τα οποία είναι τα στεγνά, από τα «κακά» που είναι τα προσανατολισμένα στη μείωση της βλάβης.

Δεν έχουν σημασία οι προθέσεις. Το θέμα είναι να προσπαθήσουμε να αντλήσουμε από αυτή τη συζήτηση ό,τι θετικό μπορούμε, ώστε επιτέλους να μιλήσουμε για σοβαρά προγράμματα μείωσης της βλάβης στις φυλακές, διευρύνοντας τα προγράμματα υποκατάστασης και προχωρώντας πιθανόν και σε προγράμματα ανταλλαγής ή διανομής συρίγγων.

Έμεινα λίγο έξω απ' αυτά που είχα προετοιμάσει, τα πιο «επιστημονικά», ώστε να μπορέσω να σας δώσω μια εικόνα για τα πράγματα που υλοποιούμε και σχεδιάζουμε αυτή τη στιγμή στον ΟΚΑΝΑ. Δυστυχώς, οι προσπάθειες μας αυτές έχουν ένα μειονέκτημα, ότι καλύπτουν περισσότερο την Αθήνα, αφήνοντας εκτός κάλυψης άλλες μεγάλες πόλεις της περιφέρειας. Η προσπάθεια αυτή που σας είπα, για παράδειγμα, για την ενίσχυση του streetwork ή για την δημιουργία Μονάδων Ελεγχόμενης Χρήσης, τα συζητάμε με στόχο την Αθήνα. Είναι δύσκολο αυτή τη στιγμή να επεκταθούμε σε άλλες πόλεις. Νομίζω ότι, στη Θεσσαλονίκη θα πάμε εξ αντανάκλασης, δηλαδή αυτά που γίνονται στην Αθήνα θα γίνουν και στη Θεσσαλονίκη γιατί υπάρχουν οι υποδομές και οι πόροι. Σε άλλες περιοχές, όμως, υπάρχουν προβλήματα. Παρ' όλα αυτά κάνουμε μία προσπάθεια να έχουμε μία κοινή εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, είτε των Μονάδων Άμεσης Πρόσβασης, είτε των Μονάδων Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης σε άλλες δύο πόλεις εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης, στην Πάτρα και στην Λάρισα.

Νομίζω ότι θα υπάρξουν σύντομα οι δυνατότητες, ώστε να μην περιοριστούμε μόνο στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη για διάφορες καινοτομίες, αλλά να βάλουμε τουλάχιστον και αυτές τις δύο μεγάλες πόλεις στο παιχνίδι των αλλαγών για τα επόμενα χρόνια.

Αυτά είναι τα πρακτικά θέματα τα οποία επιθυμούσα να μοιραστώ μαζί σας.

Σας ευχαριστώ πολύ.

Hepatitis B and C Public Policy Association (2): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Η προσέγγιση των ασφαλιστικών ταμείων (ΕΟΠΥΥ)

Παναγιώτης Γεωργακόπουλος

Πρόσφατα σε ένα Συμπόσιο που έγινε στο Όσλο, ένα από τα αιτήματα - στόχους που έθεσαν εκεί οι ειδικοί που μίλησαν, ήταν η άρση των περιορισμών που υπάρχουν σήμερα στην πρόσβαση στις νέες θεραπείες για τα άτομα που είναι εξαρτημένα. Αν και είναι ένα εκ των αιτημάτων, πιστεύω ότι αυτό θα πρέπει να γίνει και πολιτική στο αμέσως προσεχές διάστημα.

Πιστεύω ότι, από εκεί θα πρέπει να ξεκινήσουμε τον προβληματισμό μας, γιατί η προσέγγιση στις θεραπείες, όπως θα σας δείξω και παρακάτω, αποτελεί ένα ουσιώδες ζήτημα για όλους τους ανθρώπους που έχουν πρόβλημα και άσχουν, ή είναι μολυσμένοι με Ηπατίτιδα.

Ευχαριστούμε και την Οργανωτική Επιτροπή και προσωπικά τον κύριο Χατζάκη για την πρόσκληση να έρθουμε σήμερα και να σας παρουσιάσουμε την προσέγγιση του ΕΟΠΥΥ σε αυτό το ζήτημα.

Θα σας πω λίγα πράγματα γι' αυτά που, όπως και οι Υπηρεσίες με ενημέρωσαν, έχει κάνει ο ΕΟΠΥΥ, γιατί εμείς είμαστε από πέρσι τον Δεκέμβριο στη διοίκηση του Οργανισμού και από 'κει και πέρα, θα σας πω και κάποιες απόψεις σε σχέση με το τι θα μπορούσε να γίνει.

Θεωρούμε ότι, ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ σε αυτή την προσπάθεια, δηλαδή της εξάλειψης του ιού της Ηπατίτιδας, πρέπει να είναι στρατηγικός στην Πρόληψη και στην Διάγνωση, γιατί ο ΕΟΠΥΥ από τον θεσμικό του ρόλο είναι αγοραστής πλέον υπηρεσιών Υγείας και βέβαια, πρέπει και μπορεί να είναι καθοριστικός, στην υιοθέτηση των νέων θεραπειών.

Με τον Νόμο 4238, ο ΕΟΠΥΥ έχει καταστεί μοναδικός αγοραστής των υπηρεσιών Υγείας και βασικός χρηματοδότης τους. Επομένως, εφ' όσον ο ρόλος μας έχει να κάνει και με τον δημόσιο και με τον ιδιωτικό τομέα, ο ΕΟΠΥΥ θεσπίζει κανόνες σχεδιασμού ποιότητας, ανάπτυξης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, διαχειρίζεται και ελέγχεται για την χρηματοδότηση και τον τρόπο που την χρησιμοποιεί, έχει χρέος ν' αξιοποιήσει ορθολογικά τους διαθέσιμους πόρους, που οι διαθέσιμοι πόροι κατά κύριο λόγο, πρέπει όλοι να γνωρίζετε, ότι προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και τέλος, έχουμε την υποχρέωση, και η δική μας διοίκηση το πρωτο-καθιέρωσε, της δημιουργίας της Επιτροπής που θα συνάψει συμβάσεις με όλους τους παρόχους. Γιατί μέχρι τώρα, παρ' ότι στον ιδρυτικό Νόμο 3819 προβλεπόταν η δημιουργία Επιτροπής Διαπραγμάτευσης, αυτή δεν είχε γίνει μέχρι σήμερα και δεν είχε λειτουργήσει ποτέ και όλοι οι πάροχοι, όσοι σήμερα δηλαδή πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ και απ' όσους ο ΕΟΠΥΥ αγοράζει υπηρεσίες Υγείας, είναι όλοι όσοι είχαν συμβάσεις με τα παλιά Ασφαλιστικά Ταμεία και θεωρήθηκαν καθολικοί διάδοχοι. Και θα έλεγα ότι, μαζί με την καθολική διαδοχή των υποχρεώσεων, έχουμε διαδεχθεί καθολικά και όλα τα αμαρτήματα του παρελθόντος.

Από τα στοιχεία που μου έδωσε η Φαρμακευτική Διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ, φαίνεται ότι, το 2014 διατέθηκαν από τον Οργανισμό περίπου 10 με 11 εκατομμύρια ευρώ για 400 ασθενείς των σταδίων Φ3 και Φ4, για τις θεραπείες και μάλιστα τα φάρμακα έρχονταν στην αρχή και με ειδικές παραγγελίες, γιατί δεν υπήρχε διαδικασία εισαγωγής τότε στην Ελλάδα, όπως υπάρχει σήμερα.

Το 2015 έχουμε διαθέσει περίπου 50 εκατομμύρια ευρώ για 893 ασθενείς και βέβαια μέχρι τον Αύγουστο του 2016 έχουν μπει στο θεραπευτικό πρόγραμμα 726 άτομα. Δεν υπάρχει οικονομική αποτίμηση ακόμα γι' αυτό το διάστημα. Θα τελειώσει η χρονιά και θα δούμε και πόσοι ασθενείς μέχρι το τέλος του χρόνου θα ενταχθούν στο πρόγραμμα της θεραπείας με τα νέα φάρμακα και θα δούμε βέβαια και πού θα φθάσει το κόστος, το οποίο κόστος, θα το καλύψει ο ΕΟΠΥΥ.

Κάνοντας μία περιήγηση στο διαδίκτυο βρήκα ότι, δεν έχουν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες ενιαία πολιτική για τις νέες θεραπείες. Η Αυστρία πληρώνει ανά γονότυπο. Η Ισπανία δεν έχει περιορισμούς. Η Πορτογαλία δέχεται μόνο μερικές θεραπείες. Η Πολωνία έχει περιορισμούς. Η Γερμανία δεν έχει περιορισμούς. Η Τσεχία δεν αποζημιώνει τους γονότυπους 2 και 3, και βέβαια η Ελλάδα είναι σε διαμόρφωση πολιτικής.

Το εκτιμώμενο όφελος από τις νέες θεραπείες εκρίζωσης της νόσου, προφανώς και θα έρθει πρώτα από την ίαση του κάθε ασθενή, αλλά και από την αποτροπή των επιπλοκών και κυρίως των πιο σοβαρών, όπως είναι το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, η αποφυγή μεταμόσχευσης, αλλά και η αποφυγή άλλων κοστοβόρων επιπλοκών, όπως αυτές καταγράφονται στους ασθενείς με Ηπατίτιδα.

Σε μία πορτογαλική μελέτη, που μου έδωσαν από τη Φαρμακευτική Διεύθυνση φαίνεται ότι, η σύγκριση των θεραπειών με ιντερφερόνη στο θεραπευτικό σχήμα και σε σχέση με τις θεραπείες που δεν είχαν παλαιότερα ιντερφερόνη, το κόστος στο σύνολό του για κάθε περίπτωση, αλλά και ανά ασθενή, το όφελος δηλαδή είναι σημαντικό.

Σκεφθείτε λοιπόν, τι όφελος μπορεί να έχει πλέον και το Σύστημα, αλλά και κάθε ασθενής από τις νέες θεραπείες, οι οποίες θα οδηγήσουν σε ίαση, γιατί θα αποφύγουμε όλο αυτό το κόστος -όπως βλέπετε εδώ (βλ. **παράρτημα σελίδα 43, σχήμα 16**)- των επιπλοκών.

Έχω βάλει όμως ερωτηματικά στις στοχευμένες αγωγές, γιατί ακόμα δεν υπάρχουν δεδομένα και δε μπορούμε να αποτιμήσουμε. Και θα δούμε τι πρέπει ν' αποτιμούμε για να αναθεωρούμε -αν θέλετε- την πολιτική μας και να την διευρύνουμε σε σχέση με την εφαρμογή αυτών των νέων θεραπειών.

Βέβαια, η βασική αρχή επιλογής των θεραπειών για τον ΕΟΠΥΥ που καλείται να πληρώσει αυτές τις θεραπείες, είναι το δικαίωμα του ασθενή στην ενδεδειγμένη θεραπεία. Και ενδεδειγμένη θεραπεία, σύμφωνα με τις νέες τάσεις της Ιατρικής, είναι οι στοχευμένες θεραπείες, και όχι μόνο για την Ηπατίτιδα. Πάρα πολλές ασθένειες πλέον, έχουν αρχίσει να δέχονται και να υιοθετούν νέες στοχευμένες θεραπείες.

Σε άλλες καταστάσεις, οι στοχευμένες θεραπείες δεν έχουν ικανοποιητικό αποτέλεσμα, ούτε θετικό, και όμως υιοθετούνται εδώ και χρόνια. Τώρα, εδώ καλούμαστε στη περίπτωση της Ηπατίτιδας, να υιοθετήσουμε τις νέες θεραπείες, επειδή υπάρχει μέχρι τώρα τουλάχιστον, η ένδειξη ότι οδηγούμαστε σε πλήρη εξάλειψη του ιού.

Τα κριτήρια επιλογής, ασφαλώς και θα είναι επιστημονικά και διαφανή στη διαδικασία που θ' ακολουθήσουμε, γιατί εκείνο που μας ενδιαφέρει είναι, να φτάσουμε στην χρηματοδότηση των νέων θεραπειών και εκεί ο Οργανισμός, αλλά και συνολικά η πολιτική της κυβέρνησης και

του Υπουργείου Υγείας, θα πρέπει να στοχεύει σε μία σοβαρή και αυστηρή διαπραγμάτευση με την φαρμακοβιομηχανία, ώστε αυτά τα φάρμακα να διατίθενται σε προσιτές τιμές, για να μην πηγαίνουμε σε πολιτικές λογιστικού τύπου. Θα πρέπει να πάμε σε πολιτικές ιατρικού τύπου. Τι είναι ενδεδειγμένο ιατρικά; Αυτό να το αποτιμήσουμε και να βρούμε τα χρήματα για να τα χρηματοδοτήσουμε.

Θα πρέπει ν' αντιστρέψουμε την μέχρι τώρα λογική που υπάρχει. Να μην βλέπουμε δηλαδή πάντα την κορυφή του παγόβουνου που είναι, οι υψηλές και κοστοβόρες θεραπείες, αλλά να δούμε τί έχει ανάγκη ο κάθε ασθενής και από 'κει και πέρα, να βρίσκουμε τρόπους για να διαθέτουμε τους απαραίτητους πόρους και να χρηματοδοτούμε τα Προγράμματα Υγείας.

Σ' αυτή την κατεύθυνση απαιτούνται συνέργειες, του ΕΟΠΥΥ, του ΕΟΦ, των δομών υγείας, γιατί εδώ πρέπει να έχουμε και δομές υγείας κατάλληλες για να μπορούν αξιόπιστα και αξιόλογα ν' αντιμετωπίζουν τους ασθενείς. Ήδη, έχουμε τη διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και όχι μόνο, αλλά και τα δεδομένα που αποθηκεύει και πρέπει να διαθέτει το Υπουργείο Υγείας με επικεφαλής τον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας που σήμερα είναι ο Γιάννης Μπασκόζος, γιατί αυτός είναι υπεύθυνος για όλη αυτή τη διαδικασία, και βέβαια χρειάζεται συνέργεια με τους σχηματισμούς, δεν λέω συλλόγους, λέω σχηματισμούς φορέων, ιού και νοσούντων, γιατί θα πρέπει να υπάρχει μία διαρκώς ανοιχτή διαβούλευση στην κοινωνία γι' αυτό το ζήτημα.

Η εκκρίωση της νόσου ασφαλώς και απαιτεί την υιοθέτηση μίας νέας στρατηγικής που έχει να κάνει με την διαμόρφωση κατάλληλων δομών και του κατάλληλου προσωπικού και τον εντοπισμό των φορέων, τον προσδιορισμό των γονοτύπων, την πρόληψη της μετάδοσης, την καταγραφή των φορέων και των νοσούντων με τα περιβόητα μητρώα, που δεν θα στηρίζονται, όμως, μόνο στα δεδομένα από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αλλά θα συνδυάζουν και το κλινικό ιστορικό και τα εργαστηριακά δεδομένα και θα υπάρχει μία συνολική καταγραφή σε αυτή την κατεύθυνση.

Βέβαια, θα πρέπει η νέα στρατηγική να λαμβάνει υπόψη της και την επιλεξιμότητα για θεραπεία, δηλαδή, με τί κριτήρια θα επιλέγεται καθένας για να μπει στις νέες θεραπείες, την θεραπεία αυτή καθεαυτή, κάτι που είναι και δουλειά του ΕΟΠΥΥ, γιατί θα πρέπει να περάσει σε μία διαπραγμάτευση τιμών για τα νέα φάρμακα, ώστε μειώνοντας το κόστος αγοράς να μπορούμε να ανοίγουμε πλέον σιγά-σιγά την διάθεσή τους σε περισσότερους ασθενείς. Και βέβαια στο τέλος θα πρέπει πάντα και διαχρονικά, ν' αποτιμούμε το κόστος και όφελος αυτής της εξατομικευμένης θεραπείας.

Η υποχρέωσή μας ως μοναδικός Ασφαλιστικός Οργανισμός και μοναδικός αγοραστής των υπηρεσιών Υγείας, είναι, να χρηματοδοτούμε στοχευμένες και εξατομικευμένες θεραπείες, πλέον των άλλων, αλλά θεραπείες που έχουν αποδεδειγμένο όφελος για τον ασθενή και συνακόλουθο όφελος για το Σύστημα Υγείας.

Πρώτα ως Οργανισμός θεωρούμε ότι, το κριτήριό μας πρέπει να είναι το το αποδεδειγμένο όφελος για τον ασθενή και συνακόλουθα το όφελος για την Πολιτεία και το Σύστημα Υγείας θα είναι πάντα επαγωγικό συνακόλουθο.

Προϋπόθεση γι' αυτά είναι, να αξιολογούμε την κατάλληλη θεραπεία, να αξιολογούμε την ανοχή στην θεραπεία, γιατί υπάρχουν και προβλήματα δεν είναι όλα ωραία και καλά. Πρέπει να αξιολογούμε και τις ανεπιθύμητες ενέργειες, και εκεί χρειάζεται συνεργική παρέμβαση για να μπορούμε να διαμορφώνουμε σιγά-σιγά επιλεξιμότητα στα φάρμακα και στο τέλος, πρέπει να αξιολογείται -όπως είπαμε- η έκβαση της νόσου.

Στρατηγικός στόχος του Οργανισμού μας είναι η επένδυση στην κοινωνικά χρήσιμη καινοτομία και αυτά τα φάρμακα είναι καινοτόμα, επομένως αξίζει να επενδύσουμε σ' αυτά, γιατί το βασικό όφελος θα είναι για τον ασθενή και δευτερευόντως θα είναι όφελος οικονομικό για το Σύστημα, συνολικά.

Εκείνο που πρέπει να έχουμε κατά νου όλοι, είναι ότι θα πρέπει να οδηγηθούμε από τις γνώσεις του παρελθόντος και του παρόντος, στην επιτυχία του μέλλοντος. Αυτός είναι τουλάχιστον ο στόχος της δικής μας διοίκησης για την πολιτική του ΕΟΠΥΥ και πιστεύουμε ότι θα καταφέρουμε να τον πετύχουμε μέχρι τέλους.

Σας ευχαριστώ πολύ.

Hepatitis B and C Public Policy Association (2): Στρατηγικές εξάλειψης του HCV

Ο Σύλλογος Ασθενών Ήπατος «ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ»

Γεώργιος Καλαμίτσης

Ιχνηλατώντας τα βήματα που έχουν γίνει προς την εξάλειψη της Ηπατίτιδας C μέχρι σήμερα αναγνωρίζεται ότι έχει πραγματοποιηθεί κάποια πρόοδος.

Συγκεκριμένα, στις 18 Μαΐου 2016, 193 κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), προέβλεψαν σε μία ιστορική συμφωνία, στόχος της οποίας είναι, η εξάλειψη των ιογενών Ηπατιτίδων μέχρι το 2030. Στην 69η Παγκόσμια Σύνοδο Υγείας, που έλαβε χώρα στην Γενεύη της Ελβετίας, οι κυβερνήσεις των κρατών-μελών ψήφισαν ομόφωνα την υιοθέτηση της παγκόσμιας στρατηγικής για τις ιογενείς Ηπατίτιδες, δίνοντας με αυτόν τον τρόπο το έναυσμα για την μεγαλύτερη παγκόσμια κυβερνητική δέσμευση στα χρονικά, όσον αφορά τις ιογενείς Ηπατίτιδες B και C.

Ο πρωταρχικός στόχος της νέας στρατηγικής, συνίσταται σε πλάνο εξάλειψης των Ηπατιτίδων B και C έως το 2030 και περιλαμβάνει την εφαρμογή μιας σειράς από σχεδιασμούς πρόληψης και θεραπείας, οι οποίες θα μειώσουν τους ετήσιους θανάτους κατά 65%, θα αυξήσουν τη λήψη θεραπείας κατά 80%. Υπολογίζεται ότι, όλες αυτές οι προσπάθειες, θα σώσουν την ζωή σε 7,1 εκατομμύρια ανθρώπους, κατά προσέγγιση, παγκοσμίως.

Σύμφωνα με τον ομιλητή, ο οποίος ασχολείται και συνηγορεί για τα δικαιώματα των ανθρώπων που ζουν με Ιογενείς Ηπατίτιδες σε βάθος χρόνου, για πρώτη φορά διακρίθηκε ύπαρξη σοβαρής πολιτικής βούλησης για την αντιμετώπιση των Ιογενών Ηπατιτίδων σε παγκόσμιο επίπεδο. Γεγονός που χαρακτηρίζεται ως ενθαρρυντικό.

Τα βασικότερα σημεία αυτής της στρατηγικής είναι τρία και αφορούν στην Πρόληψη, στην Διάγνωση και στην Θεραπεία.

Η στρατηγική έχει συγκεκριμένο χαρακτήρα, ενώ περιλαμβάνει δείκτες και στόχους, τους οποίους έχουμε δεσμευθεί ως χώρα, όχι ως κυβέρνηση, να τηρήσουμε και να αξιοποιήσουμε. Η δέσμευση της Ελλάδας είναι διαχρονική και δεν εξαρτάται από την εκάστοτε κυβέρνηση. Σύμφωνα με τον ομιλητή, η εθνική αυτή δέσμευση θα πρέπει να υπενθυμίζεται στην εκάστοτε ηγεσία του Υπουργείου Υγείας από τους ιθύνοντες και τους φορείς που ενδιαφέρονται για την εξάλειψη των Ιογενών Ηπατιτίδων.

Συνεπώς, με αυτή την εθνική δέσμευση, καλείται η Ελλάδα να υλοποιήσει τους στόχους που απορρέουν από τη στρατηγική που ψηφίστηκε στη Γενεύη.

Σε εθνικό επίπεδο, όπως και σε παγκόσμιο επίπεδο, αρμόδιοι εκπρόσωποι της κυβέρνησης δεσμεύθηκαν επανειλημμένα ενώπιον της Κοινωνίας των Πολιτών, σε συνεντεύξεις, σε συνέδρια, μέχρι και σήμερα, για την επίλυση του προβλήματος μέσω της επίσημης των διαδικασιών διαπραγμάτευσης οι οποίες δύνανται να εξασφαλίσουν καθολική πρόσβαση των ασθενών με Ηπατίτιδα C στις νέες-αποτελεσματικές θεραπείες.

Επίσης, η χώρα μας έχει υιοθετήσει τον όρο της «μείωσης της βλάβης», όρος που αφορά σε υπηρεσίες με στόχο την πρόληψη, όχι μόνο των Ιογενών Ηπατιτίδων αλλά και του ιού HIV.

Συνεπώς, αναγνωρίζεται ότι έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος, σε συνδυασμό με τα παρακάτω κεκτημένα.

Αρχικά, όταν το 2014 εγκρίθηκε η κυκλοφορία των πρώτων αντιικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C στην Ελλάδα, αξιολογήθηκε και εκτιμήθηκε σοβαρά η ανάγκη ότι, υπήρχαν άνθρωποι που κινδύνευαν να χάσουν τη ζωή τους. Έτσι, δόθηκε πρόσβαση στα φάρμακα αυτά σε 400 ανθρώπους με διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν μέσω του Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ). Η πρόσβαση στα φάρμακα γι' αυτούς τους ανθρώπους είναι ανεκτίμητης αξίας γιατί, χωρίς τη συγκεκριμένη αγωγή, δεν θα ζούσαν αυτή τη στιγμή. Δεν είναι γνωστή η έκβαση της θεραπείας για όλους, πάντως η προσπάθεια έγινε και αυτό είναι προς τιμήν μας.

Επίσης, η σύσταση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης συγκαταλέγεται στα θετικά βήματα προόδου. Αυτή τη στιγμή είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ότι, έχει εκκινήσει ο διάλογος. Ο Σύλλογος Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας», μαζί με άλλους συλλόγους από την Κοινωνία των Πολιτών, κλήθηκε για να παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες σχετικά με τα νέα αποτελεσματικά φάρμακα.

Η εκκίνηση του διαλόγου είναι γεγονός που προσφέρει αισιοδοξία, καθώς δεν είναι δεδομένο για όλες τις χώρες. Η Ελλάδα σαφώς δεν αποτελεί πρότυπο, παρόλα αυτά έχουν γίνει αρκετά βήματα.

Επίσης, έχει συσταθεί ομάδα Εργασίας για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση των Ιογενών Ηπατιτίδων. Μέχρι στιγμής έχει γίνει μία συνεδρίαση, αλλά η σύσταση της Ομάδας Εργασίας είναι ενθαρρυντική, καθώς ευελπιστούν όλοι οι συμμετέχοντες ότι, θα τους δοθεί η ευκαιρία να παράγουν έργο, το οποίο θα μπορεί να αξιοποιηθεί από την εκάστοτε κυβέρνηση.

Υπάρχει το Μητρώο Ασθενών για την Ηπατίτιδα C, που αποτελεί ένα πάρα πολύ σημαντικό εργαλείο στα χέρια των ελληνικών ασφαλιστικών ταμείων, καθώς παρέχονται πληροφορίες ως προς το τί ακριβώς αποζημιώνεται και την έκβαση της θεραπείας έκαστου ασθενή. Το Μητρώο Ασθενών είναι ένα εργαλείο που δεν διατίθεται σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο όρος «μείωση της βλάβης», όπως προαναφέρθηκε, έχει υιοθετηθεί από τη χώρα μας. Σύμφωνα με τον πρόεδρο του ΟΚΑΝΑ, κύριο Ευάγγελο Καφετζόπουλο, η λίστα αναμονής για ένταξη στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ έχει μειωθεί στο 50%, περίπου. Αυτές οι δράσεις, επίσης, αξιολογούνται ως πολύ σημαντικές και δεν πραγματοποιούνται σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τέλος, η ενεργή συμμετοχή της Κοινωνίας των Πολιτών στις σχετικές διαδικασίες, είναι εξίσου σημαντικό βήμα προόδου. Συγκεκριμένα, ο Σύλλογος Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας» συμμετέχει στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης και έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης.

Συνεπώς, όλα τα παραπάνω αποτελούν θετικά βήματα, βήματα προς την σωστή, θετική κατεύθυνση. Σύμφωνα με τον ομιλητή, πρέπει να αναλογιστούμε πού είμαστε αυτή τη στιγμή και πού πρέπει να φθάσουμε, γιατί οι στόχοι μας και οι εθνικές δεσμεύσεις που έχουμε πλέον ως χώρα, είναι πάρα πολύ υψηλές, καθώς οι στόχοι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι αρκετά φιλόδοξοι.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναλογιστούμε από πού πρέπει να ξεκινήσουμε. Πρώτα απ' όλα, θα πρέπει να εστιάσουμε στην πρόληψη της νόσου. Είναι γεγονός ότι κάθε χρόνο έχουμε 3.500 καινούργιες μολύνσεις, όχι διαγνώσεις, μολύνσεις.

Επιπρόσθετα, υπάρχει μία λίστα αναμονής για τα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Η λίστα αναμονής μειώθηκε, παρόλα αυτά συνεχίζει να υπάρχει. Στον αριθμό των συρίγγων που διανέμονται στο πλαίσιο υπηρεσιών μείωσης της βλάβης, όπως ανέφερε και ο κύριος Καφετζόπουλος, υπήρχε μείωση το 2015, ενώ δεν υπάρχει χώρος εποπτευόμενης χρήσης, ακόμα στην Αθήνα.

Συμπερασματικά, στον τομέα της πρόληψης πρέπει να γίνουν πολλά βήματα για να είμαστε σε τροχιά εξάλειψης της νόσου.

Το επόμενο επίπεδο παρέμβασης είναι η διάγνωση. Η διάγνωση είναι ένα σοβαρότατο πρόβλημα. Οι έρευνες μπορεί να διαφέρουν μερικώς, ως προς τα στοιχεία του επιπολασμού αλλά όλες συμφωνούν στο ότι υπάρχουν 80% αδιάγνωστοι άνθρωποι που ζουν με Ηπατίτιδα C αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα. Ως συνέπεια του προβλήματος αυτού, ένας ασθενής που δεν γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο, μπορεί να τη μεταδίδει εν αγνοία του.

Το τρίτο θέμα είναι η πρόσβαση στη θεραπεία. Σύμφωνα με στοιχεία, μέσα σε δύο χρόνια έχει θεραπευθεί ένας πολύ μικρός αριθμός ασθενών και έχει δαπανηθεί ένα υπέρογκο ποσό γι' αυτό τον μικρό αριθμό ασθενών. Για την ακρίβεια, η λήψη θεραπείας από περίπου 1.600 ανθρώπους μέσα σε δύο χρόνια είναι απογοητευτικός αριθμός.

Το νούμερο αυτό οφείλεται στο ότι σήμερα, η πολιτική για την αποζημίωση αυτών των φαρμάκων βασίζεται στους περιορισμούς-κριτήρια που έχει θέσει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και αν δεν αλλάξουν αυτά τα κριτήρια, είτε μέσω της διαπραγμάτευσης, είτε μέσω οποιασδήποτε άλλης διαδικασίας, δε θα μπορέσουμε ποτέ να αυξήσουμε τον αριθμό των ανθρώπων που χρειάζεται να θεραπεύσουμε.

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να αναφερθεί, ποιες κατηγορίες ασθενών δεν έχουν άμεση πρόσβαση στις νέες θεραπείες.

Σύμφωνα με δήλωση ομιλητή της 4^{ης} Πανελλήνιας Συνάντησης «AIDS & ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ» που έχει συλλοίμωση HIV και Ηπατίτιδας C, το αίτημα του για λήψη θεραπείας έχει απορριφθεί, με βάση τα τρέχοντα κριτήρια, καθώς το στάδιο ηπατικής του ίνωσης δεν είναι προχωρημένο. Δυστυχώς, υπάρχουν και πολλοί άλλοι ασθενείς με τα ίδια χαρακτηριστικά.

Γεγονός είναι ότι, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενών ο οποίος παραμένει αποκλεισμένος από τη θεραπεία για την Ηπατίτιδα C και χωρίς καμία θεραπευτική επιλογή, γιατί δεν μπορεί να πάρει τα προηγούμενα θεραπευτικά σχήματα και γιατί δεν πληροί τα κριτήρια ώστε να λάβει τα νεότερα.

Συνεπώς, χρειάζεται να γίνουν πάρα πολλές ενέργειες για να μπει η χώρα σε τροχιά εκρίζωσης της Ηπατίτιδας C.

Αν συνεχίσουμε με αυτά τα νούμερα, θεραπεύοντας τόσους λίγους ασθενείς, θα βρισκόμαστε στο σημείο μηδέν ως προς την εξάλειψη της νόσου.

Τέλος, ο ομιλητής ερχόμενος καθημερινά αντιμέτωπος με το ζήτημα πρόσβασης των ανθρώπων που ζουν με ηπατίτιδα C στη θεραπεία και έχοντας λάβει δέσμευση από τους τρεις τελευταίους Υπουργούς Υγείας για επίλυση του ζητήματος διαπιστώνει ότι, μέχρι στιγμής το πρόβλημα παραμένει. Φτάνοντας στο τέλος του 2016 αναγνωρίζεται τέτοια επανάσταση στον τομέα του φαρμάκου η οποία έχει υπάρξει λίγες φορές και το χρονικό διάστημα αναμονής των ανθρώπων που ζουν με Ηπατίτιδα C για λήψη θεραπείας είναι μεγάλο.

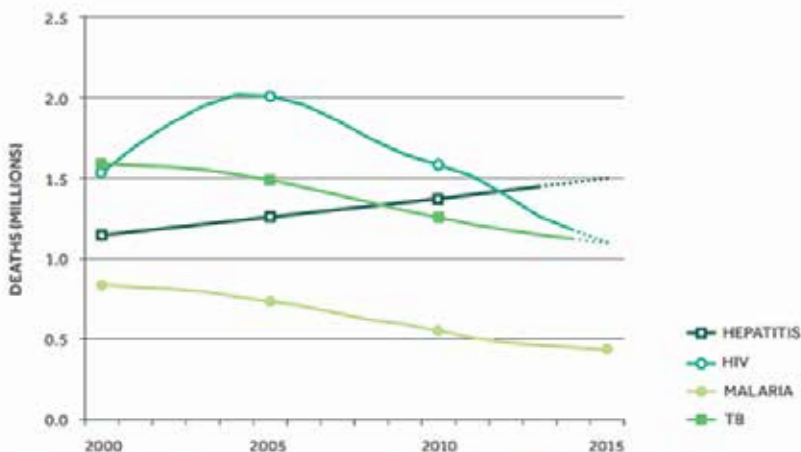
Έχουμε πραγματικά δει και αισθανθεί την πολιτική βούληση, αλλά νομίζω ότι ήρθε η ώρα για τις πράξεις. Και αγαπάμε αυτόν που, όπως λέει πολύ ωραία η φράση: «Φίλος μεν ο Πλάτων, φίλτατη δε η αλήθεια».

Παράρτημα



▼ Σχήμα 1 (Σελίδα 6)

War and indifference are the worst things in public health
Estimated global number of deaths due to viral hepatitis, HIV, malaria and TB, 2000–2015



Viral hepatitis kills more than 1.4 million people a year

Source: Global Burden of Disease and WHO/UNAIDS estimates, see <http://ihmeuw.org/3pm5>, <http://ihmeuw.org/3pm1> (accessed 2 April 2016).



▼ Σχήμα 2 (Σελίδα 7)



HBV

HCV

GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON HEPATITIS – TARGETS

Targets	Interventions	2030 target
1. Service coverage	1. Three dose hepatitis B vaccine	90%
	2. HBV PMTCT	90%
	3. Blood and injection safety	100 % screened donations
		90% reuse-prevention devices
	4. Harm reduction	300 injection sets / PWID
	5. Treatment	90% diagnosed
		80% eligible treated
2. Impact	A. Incidence	-90%
	B. Mortality	-65%

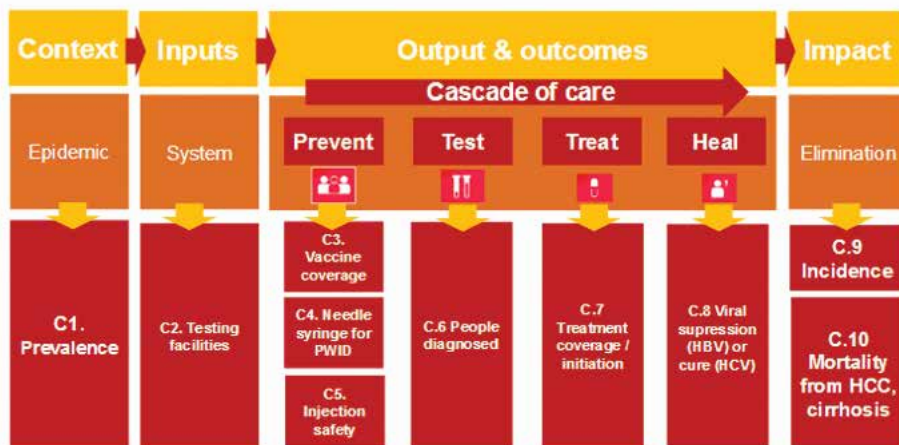
▲ Σχήμα 3 (Σελίδα 7)

HBV

HCV

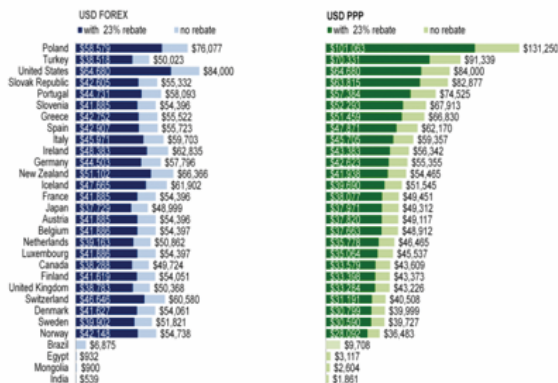
STRATEGIC INFORMATION MATTERS:

10 CORE INDICATORS ALONG THE RESULT CHAIN



▲ Σχήμα 4 (Σελίδα 8)

PPP-adjusted prices for sofosbuvir (in green): Who thinks Greece pays too much?

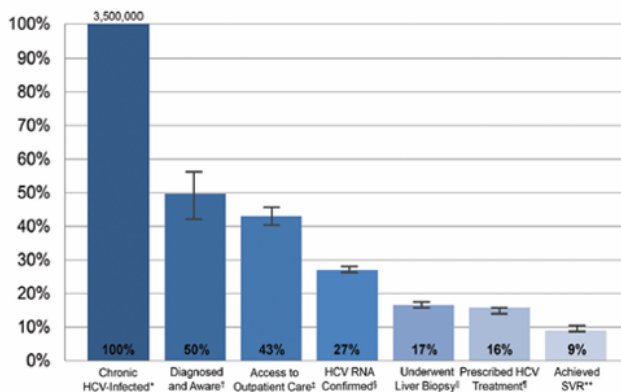


- Prices vary significantly
- Poorer countries may be paying higher adjusted prices

Ivancev S, Tan T, K. Vozar S, Beyer P, Wiktor S, et al. (2016) Prices, Costs, and Affordability of New Medicines for Hepatitis C in 30 Countries: An Economic Analysis. *PLOS Med* 13(5)

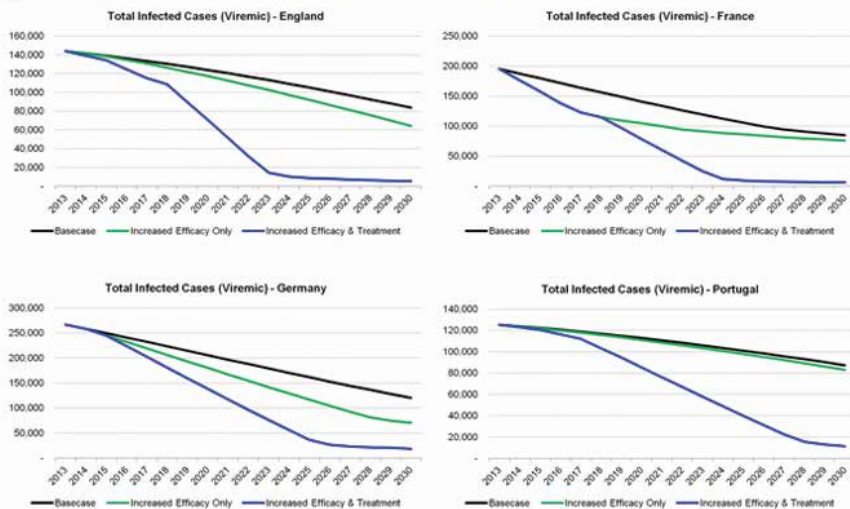


Φραγμοί στη διάγνωση και τη θεραπεία: Treatment cascade (ΗΠΑ)



"Eliminating the Public Health Problem of Hepatitis B and C in the United States: Phase One Report"
[National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016]

Αριθμός ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C, 2013-2030 Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Πορτογαλία



▲ Σχήμα 7 (Σελίδα 12)



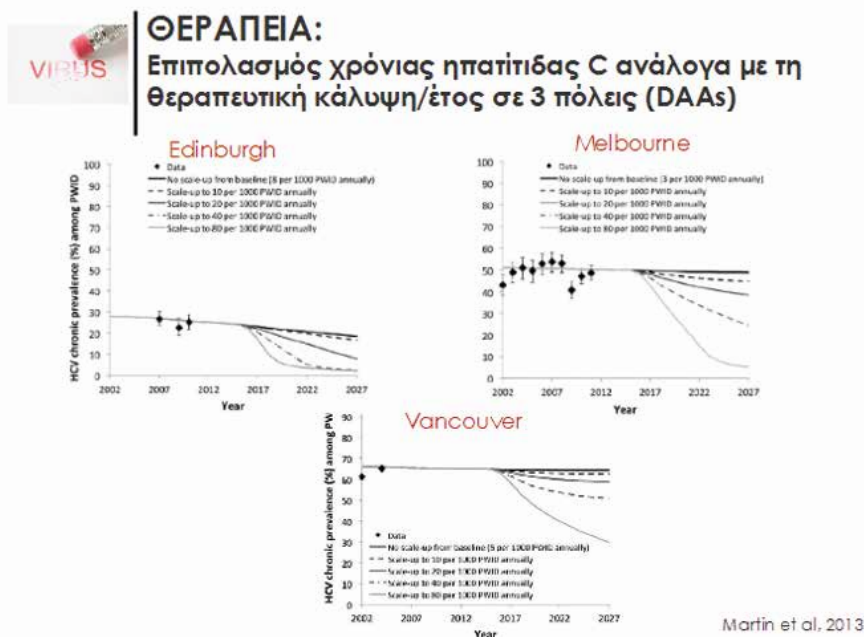
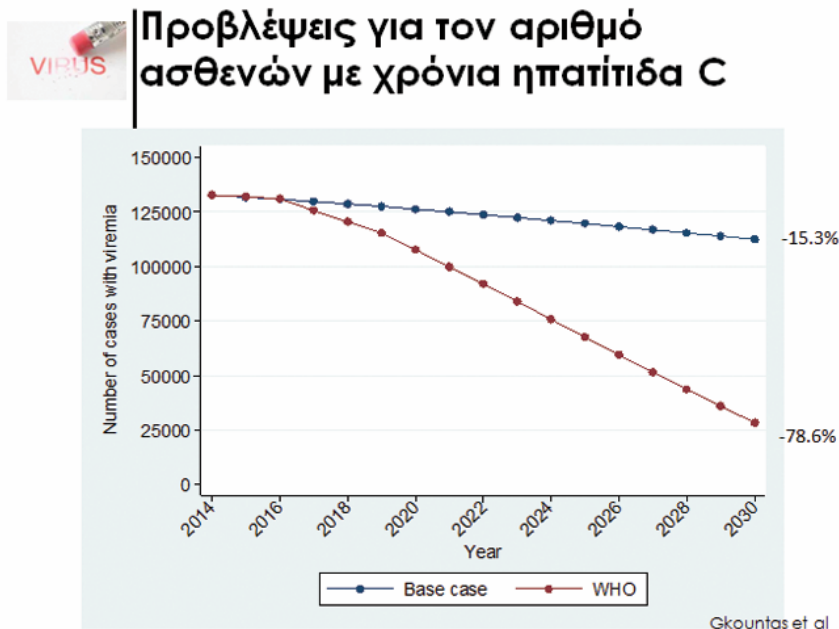
Σενάρια για την πρόβλεψη του φορτίου ηπατίτιδας C στην Ελλάδα

Scenario	Year	SVR	Treatment coverage/year	Fibrosis stage	Age limits	New infections /year	Diagnosed patients/year
Base case	2014-2040	65%-90%	2000	ALL	30-69	3360	4000
WHO scenario	2015-16	90-95%	900	>=F3	25-74	2700	4000
	2017-19	95%	4700	>=F2	25-79	1750	4800
	2020-2021	95%	6800	>=F1	25-79	870	6820
	2022-2023	95%	6800	>=F0	20-79	520	6130
	2024-2030	95%	7000	>=F0	20-79	340	5300

92.000 άτομα

Gkountas et al

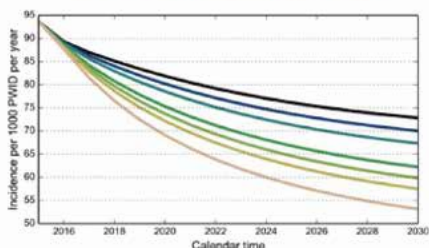
▲ Σχήμα 8 (Σελίδα 12)





ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ: Επίπτωση HCV σε XEN στον Καναδά

Treat F0-F4 (8% of PWID/year)



Engagement to harm reduction

- No engagement
- 100 per 1000 PWID who achieved SVR per year
- 200 per 1000 PWID who achieved SVR per year
- 400 per 1000 PWID who achieved SVR per year
- 500 per 1000 PWID who achieved SVR per year
- 600 per 1000 PWID who achieved SVR per year
- 800 per 1000 PWID who achieved SVR per year

Διεύρυνση προγραμμάτων μείωσης της βλάβης

- πρόληψη μόλυνσης – επαναμόλυνσης
- μείωση του απαιτούμενου αριθμού θεραπειών/έτος για την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου

Lima et al, 2015

▲ Σχήμα 11 (Σελίδα 13)

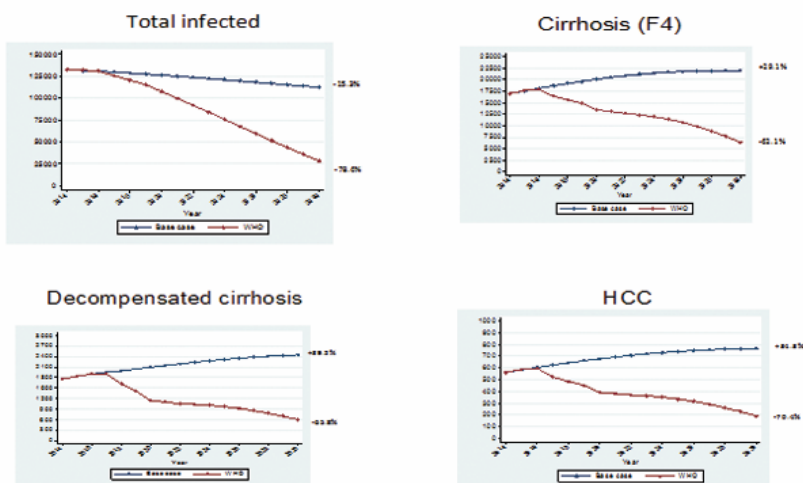
Μέθοδος

- Κατά το πρότυπο αντίστοιχων αναλύσεων, οι εκτιμήσεις βασίζονται σε ένα προβλεπτικό υπόδειγμα
 - Εκδήλωση και επεισόδια της νόσου, δοθείσης μιας αρχικής κατανομής της κοόρτης με βάση το METAVIR score
 - Στην πραγματικότητα, ένα “μοντέλο φυσικής ιστορίας”



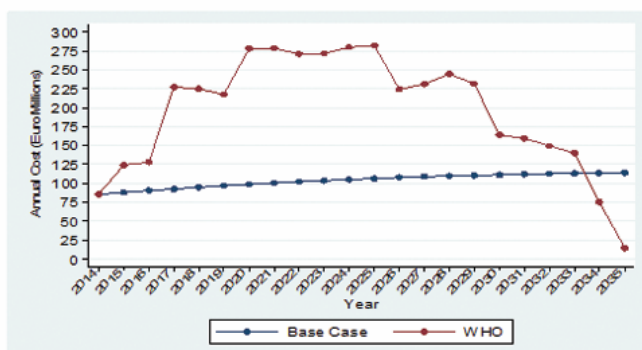
▲ Σχήμα 12 (Σελίδα 15)

Αποτελέσματα στο κλινικό επίπεδο



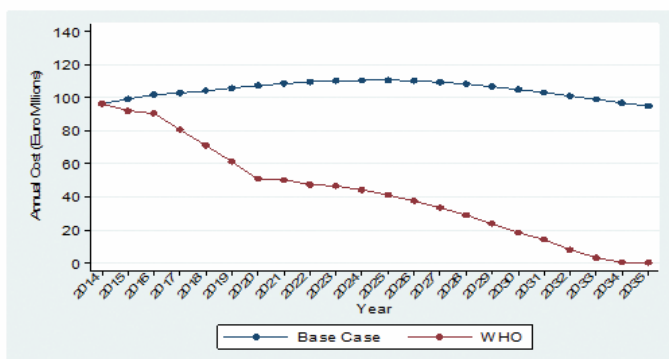
Αποτελέσματα: διαχρονικό κόστος της HCV αναλόγως της ακολουθούμενης στρατηγικής

- Άμεσο κόστος



Αποτελέσματα: διαχρονικό κόστος της HCV αναλόγως της ακολουθούμενης στρατηγικής

- Έμμεσο κόστος



▲ Σχήμα 15 (Σελίδα 16)

ΜΕΛΕΤΗ Πορτογαλίας	Αγωγή χωρίς IFN (σε ευρώ)	Αγωγή με IFN (σε ευρώ)	Διαφορά Κόστους	Αγωγή στοχευμέ νη
ΗΠΑΤΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ	155.155.848	50.137.888	- 105.017.959	?
Ηπατοκυτταρι κό Καρκίνωμα	96.975.650	25.943.956	- 71.031.694	?
Μεταμόσχευση Ήπατος	73.975.771	5.574.624	- 68.401.147	?
Άλλες επιπλοκές	30.951.141	3.977.715	- 26.973.426	?
ΣΥΝΟΛΟ	357.058.409	85.634.183	- 271.424.226	?
Ανά ασθενή	40.634,85	9.745,55	- 30.889,29	?

▲ Σχήμα 16 (Σελίδα 29)



Οργάνωση - Γραμματεία

The **MASTERMIND** Group 
Organizing your success

Μαραθωνομάχων 26, 151 24 Μαρούσι
Τηλ.: 210 6827405, 210 6839690 - 1, Fax: 210 6827409
E-mail: ssialma@tmg.gr, Web site: www.tmg.gr