

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C



Επιστημονική – Γνωμοδοτική Επιτροπή

Αθανασάκης Κωνσταντίνος, Οικονομολόγος Υγείας στον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Βόβα-Χατζή Χαρίκλεια, Πολιτική Υγείας-Οικονομολόγος υγείας, Σύμβουλος στο Πολιτικό Γραφείο του Υπουργού Υγείας

Γκούντας Ηλίας, Infectious Disease modeler, Center for Disease Analysis

Καλαμίτσης Γεώργιος, Πρόεδρος του Συλλόγου Ασθενών Ήπατος «Προμηθέας»

Κανή Χαρίκλεια, Προϊσταμένη Τμήματος Σχεδιασμού και Παρακολούθησης Χορήγησης Φαρμάκων, ΕΟΠΥΥ

Καντζανού Μαρία, Ιατρός-Βιοπαθολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας & Προληπτικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Μέλος ΔΣ ΚΕΕΛΠΝΟ

Καφετζόπουλος Ευάγγελος, Πρόεδρος ΟΚΑΝΑ

Κουντουράς Δημήτριος, Παθολόγος, Διευθυντής Ηπατολογικού Τμήματος Ομίλου «Υγεία», Μέλος ΔΣ ΚΕΕΛΠΝΟ

Κυριόπουλος Ιωάννης, Ομότιμος Καθηγητής στον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Συντονιστής)

Μαμελετζής Ιωάννης, Key Populations and Prevention (KPP) Unit, HIV Department, World Health Organization

Μάνεσης Εμμανουήλ, Ηπατολόγος- Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ

Μπότση Χρυσούλα, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Μέλος ΔΣ ΟΚΑΝΑ

Νικολοπούλου Γεωργία, Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος, Υπεύθυνη Γραφείου Ηπατιτίδων ΚΕΕΛΠΝΟ

Νταλέκος Γεώργιος, Καθηγητής Παθολογίας, στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρώην Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ήπατος

Ντόιτς Μέλανι, Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας-Ηπατολογίας στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ

Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ήπατος

Πετρουλάκη Ελευθερία, Παθολόγος Μονάδων του ΟΚΑΝΑ

Σύφα Βασιλική-Αναστασία, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας & Προληπτικής Ιατρικής, στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ

Ταραντίλης Γεώργιος Φίλιππος, Οικονομολόγος Υγείας, Αναπληρωτής Διοικητής ΓΝΑ «ΛΑΙΚΟ»

Ευχαριστίες

Η Επιτροπή εκφράζει τις ευχαριστίες της στον Υπουργό Υγείας κύριο Ανδρέα Ξανθό και το Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας κύριο Γιάννη Μπασκόζο για τη συγκρότησή της και την ευκαιρία ανάδειξης και προτεραιοποίησης ενός μείζονος θέματος, όπως είναι η ηπατίτιδα C. Επίσης, στον Πρόεδρο του ΚΕΕΛΠΝΟ, καθηγητή κύριο Θεόφιλο Ρόζενμπεργκ για τη συνεργασία των υπηρεσιών του Κέντρου και τη συνδρομή τους στο έργο της Επιτροπής.

Ακόμη, εκφράζει τις ευχαριστίες της στην κυρία Παναγιώτα Ναούμ, επιστημονική συνεργάτη του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, για την επιμέλεια και την τεκμηρίωση των κειμένων και ειδικότερα της τελικής έκθεσης της Επιτροπής.

Τέλος, ευχαριστίες εκφράζονται στην κυρία Μάναλη Χριστίνα, διοικητική υπάλληλο στο Γραφείο Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ, για την συνεισφορά της ως γραμματέας της Ομάδας Εργασίας για την εκπόνηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την εκρίζωση των ιογενών ηπατιτίδων στην Ελλάδα.

Περιεχόμενα

Πρόλογος	1
Εισαγωγικό σημείωμα	2
1 Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης	4
1.1 Η Ηπατίτιδα C ως διεθνές πρόβλημα Δημόσιας Υγείας	4
1.2 Η Ηπατίτιδα C ως πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.....	7
1.3 Η στρατηγική και ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον έλεγχο της Ηπατίτιδας C.....	19
1.3.1 Παγκόσμια στρατηγική για τις ιογενείς ηπατίτιδες	19
1.3.2 Συστάσεις για την αντιμετώπιση και θεραπεία της ηπατίτιδας C	21
1.4 Μέτρα και πολιτικές για την αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C	22
1.4.1 Μέτρα και πολιτικές για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων	22
1.4.2 Επιδημιολογική επιτήρηση ιογενών ηπατιτίδων	23
1.4.3 Μητρώο ασθενών για την ηπατίτιδα C	23
1.5 Το θεσμικό πλαίσιο για την προστασία της Δημόσιας Υγείας	24
1.5.1 Υιοθέτηση του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού	24
1.5.2 Νομοθεσία για τη δήλωση των λοιμωδών και την επιδημιολογική επιτήρηση ...	24
1.5.3 Κανονιστικό πλαίσιο για την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας.....	25
1.5.4 Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την ασφαλή αιμοδοσία.....	25
1.6 Υπηρεσίες, Δομές και Φορείς Δημόσιας Υγείας για την αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C στην Ελλάδα.....	25
1.6.1 Γραφείο Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ	26
1.6.2 Ηπατολογικά ιατρεία.....	26
1.6.3 Σύλλογοι Ασθενών.....	28
1.7 SWOT ανάλυση	29
2 Στρατηγικός Σχεδιασμός.....	30
2.1 Σκοπός	30
2.2 Αξίες	30

2.3	Προτεραιοποίηση των επιλογών	31
2.4	Διακυβέρνηση	31
2.5	Στρατηγικοί στόχοι	32
2.5.1	Δημιουργία του κατάλληλου κοινωνικού περιβάλλοντος	32
2.5.2	Ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών	32
2.5.3	Δημιουργία διατομεακού και διεθνούς δικτύου συνεργασίας	33
2.5.4	Δημιουργία μηχανισμών συλλογής δεδομένων και πληροφοριών (registry) ως βάση για τον τεκμηριωμένο σχεδιασμό πολιτικής υγείας	34
2.6	Αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ηπατίτιδα C.....	35
3	Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου.....	36
3.1	Αναδιάρθρωση δομών και υπηρεσιών.....	36
3.2	Πολιτικές για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Σχεδίου	39
4	Διαδικασία Υλοποίησης.....	65
4.1	Διαδικασίες υλοποίησης.....	65
4.1.1	Συντονισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης	65
4.1.2	Πολιτική εποπτεία και συντονισμός.....	65
4.2	Απαιτούμενοι πόροι για την εφαρμογή του σχεδίου.....	66
4.2.1	Κατανομή πόρων.....	66
4.2.2	Στελέχωση	67
4.2.3	Πλαίσιο και μηχανισμοί χρηματοδότησης	67
4.3	Παρακολούθηση και αξιολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης	68
	Παραρτήματα	71
	Βιβλιογραφία	107

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1.1 Τύποι ιογενών ηπατιτίδων και τρόποι μετάδοσης	4
Πίνακας 1.2 Παγκόσμια και εθνική κατανομή επιπολασμού των γονοτύπων του HCV	6
Πίνακας 1.3 Επιπολασμός anti-HCV στον πληθυσμό ενηλίκων στην Ελλάδα	8
Πίνακας 1.4 Επιπολασμός anti-HCV σε συγκεκριμένες περιοχές στην Ελλάδα	10
Πίνακας 1.5 Επιπολασμός anti-HCV σε συγκεκριμένους υποπληθυσμούς στην Ελλάδα	11
Πίνακας 1.6 Επιπολασμός anti-HCV σε ομάδες υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα	12
Πίνακας 1.7 Επιπολασμός anti-HCV σε μετανάστες στην Ελλάδα	13
Πίνακας 1.8 Κατανομή των ασθενών με ηπατίτιδα C ανά ομάδα μετάδοσης	15
Πίνακας 1.9 Εκτίμηση του αριθμού ατόμων σε ομάδες υψηλού επιπολασμού	17
Πίνακας 1.10 Δημόσια νοσοκομεία με ηπατολογικά ιατρεία	27
Πίνακας 1.11 SWOT Ανάλυση για την ηπατίτιδα C	29
Πίνακας 4.1 Συνολικός προϋπολογισμός 5ετίας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα	66
Πίνακας 4.2 Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά έτος εφαρμογής	67
Πίνακας 4.3 Εποπτεία και Αξιολόγηση της Εθνικής Στρατηγικής	69
Πίνακας 4.4 Δείκτες παρακολούθησης και αξιολόγησης του πλαισίου για την εκκρίωση της ηπατίτιδας C	70

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1 Επίπτωση HCV λοίμωξης μέχρι τα τέλη δεκαετίας 1990, συνολικά και ανά ομάδα μετάδοσης	8
Διάγραμμα 1.2 Επίπτωση ηπατίτιδας C για τα έτη 1996-2016	9
Διάγραμμα 1.3 Επιπολασμός χρόνιας ηπατίτιδας C ανά ηλικία και φύλο (δεδομένα 2012)	14
Διάγραμμα 1.4 Κατανομή των HCV οροθετικών ατόμων ανά έτος γεννήσεως (birth cohort)	15
Διάγραμμα 1.5 Κατανομή γονοτύπου HCV διαχρονικά	16

Κατάλογος συντομογραφιών

DAAs: Directly acting antivirals

DALYs: Disability Adjusted Life Years

HCV: Hepatitis C Virus

MSM: Men who have sex with men

NAT: Nucleic Acid Testing

UNCHR: United Nations High Commissioner for Refugees

YLLs: Years of Life Lost

ΔΟΜ: Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης

ΕΕΕΛ: Ελληνική Εταιρεία Ελέγχου Λοιμώξεων

ΕΕΜΗ: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος

ΕΚΕΑ: Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΕΚΤΕΠΝ: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

ΕΣΔΥ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΗΚΚ: Ηπατοκυτταρικός Καρκίνος

ΚΕΕΛΠΝΟ: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

ΚΕΘΕΑ: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

ΟΚΑΝΑ: Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών

ΧΕΝ: Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών



Πρόλογος

Η Ηπατίτιδα C αποτελεί μία ιογενή νόσο με υψηλό φορτίο νοσηρότητας και θνητότητας διεθνώς, ιδιαίτερα εξαιτίας της υψηλής συχνότητας επιπλοκών της χρόνιας λοίμωξης στους ασθενείς. Μέχρι πρόσφατα, η πλήρης ίαση των ασθενών αποτελούσε ανέφικτο στόχο, ενώ οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές παρουσίαζαν ανεπαρκή αποτελεσματικότητα και χαμηλή συμμόρφωση των ασθενών.

Αισίως, πλέον έχουν αναπτυχθεί καινοτόμα θεραπευτικά σχήματα, τα οποία δύνανται να επιτύχουν την πλήρη θεραπεία της νόσου, ακόμη και μετά την εμφάνιση των επιπλοκών της. Σε αυτό το πλαίσιο, δίνεται η μοναδική ευκαιρία να επιτευχθεί σταδιακή μείωση και τελικά εκκρίζωση της ηπατίτιδας C ως πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να έχει συντάξει ένα αισιόδοξο σχέδιο για την εξάλειψη της νόσου έως το έτος 2030. Υπό αυτό το πρίσμα, αναγκαία κρίνεται η αύξηση των διαγνωσμένων ασθενών, προκειμένου να μπορούν να λάβουν την απαραίτητη θεραπευτική αγωγή.

Εκτός από τη θεραπεία των υπάρχοντων ασθενών, ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται και η πρόληψη της νόσου, για την οποία δεν υπάρχει – τουλάχιστον μέχρι σήμερα – διαθέσιμο εμβόλιο. Ως εκ τούτου, η πρόληψη της νόσου επικεντρώνεται στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ομάδων υψηλού κινδύνου για την αποφυγή μετάδοσης του ιού.

Το εγχείρημα αυτό αποτελεί μια έμπρακτη απόδειξη προτεραιοποίησης των επιλογών στη Δημόσια Υγεία και έχει ως πρωταρχικό στόχο να αναδείξει τη σπουδαιότητα της νόσου ως πρόβλημα δημόσιας υγείας στη χώρα και της έγκαιρης διάγνωσης των ασθενών προκειμένου να επιτευχθεί η βελτιστοποίηση της αντιμετώπισής της και τελικώς η εξάλειψή της.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ηπατίτιδα C, σε συνδυασμό με τα σχετικά μέτρα δημόσιας υγείας και τη διαδικασία διαπραγμάτευσης των καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων, αποτελούν τα εργαλεία για την άσκηση αποτελεσματικής πολιτικής υγείας και αποδοτικής χρήσης των πόρων. Επίσης, συνιστούν την πολιτική και διοικητική δέσμευση της πολιτείας για την εξάλειψη της νόσου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.



Εισαγωγικό σημείωμα

Οι ιογενείς ηπατίτιδες και ειδικότερα η ηπατίτιδα C, αποτελούν ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας με υψηλό φορτίο νοσηρότητας, αλλά και μείζονες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Για το λόγο αυτό, η διεθνής κοινότητα έχει αναδείξει το ζήτημα αυτό ως μία από τις προτεραιότητες των πολιτικών υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναλάβει πρωτοβουλίες οι οποίες έχουν καταλήξει σε ένα σχέδιο με τίτλο «Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021» το οποίο αποσκοπεί στην κινητοποίηση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων για την εξάλειψη της νόσου μέχρι το έτος 2030.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ηπατίτιδα C εντάσσεται στα πλαίσια αυτής της στρατηγικής και αποτελεί μια δέσμευση για την αποτελεσματική διαχείριση του προβλήματος σε όρους αποδοτικής χρήσης των πόρων και ισότητας στην πρόσβαση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η υφιστάμενη επιδημιολογική κατάσταση της ηπατίτιδας C διεθνώς και στη χώρα μας. Επιπλέον, αναπτύσσεται ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον έλεγχο της νόσου, τα μέτρα και οι πολιτικές για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων – μεταξύ των οποίων και η ηπατίτιδα C – στη χώρα μας, το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο, οι υπηρεσίες και οι δομές για την αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και η ανάλυση στρατηγικού σχεδιασμού (SWOT ανάλυση) του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται ο στρατηγικός σχεδιασμός του Σχεδίου, στον οποίο περιλαμβάνονται ο σκοπός, οι αξίες, οι στόχοι, η προτεραιοποίηση των επιλογών και τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την υλοποίηση του παρόντος Εθνικού Σχεδίου.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι άξονες και οι δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, οι οποίοι αφορούν στην αναδιάρθρωση των δομών και των υπηρεσιών αλλά και στις πολιτικές για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Σχεδίου, στις οποίες περιλαμβάνονται τέσσερις άξονες για την ευαισθητοποίηση και πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου και την παρακολούθηση των ασθενών.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διαδικασίες υλοποίησης του Σχεδίου, όπου καθορίζεται το πλαίσιο συντονισμού και εποπτείας, καθώς και οι απαιτούμενοι πόροι για την υλοποίηση του Σχεδίου.



Η Επιτροπή ευελπιστεί ότι με το έργο αυτό έχουν τεθεί οι βάσεις ενός οδικού χάρτη για την εξάλειψη της νόσου μέχρι το έτος 2030, όπως εξάλλου υποδεικνύει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, και θεωρεί ότι ανάλογες πρωτοβουλίες σε μείζονος εθνικής σημασίας νοσήματα μπορεί να οδηγήσουν την εθνική πολιτική υγείας σε τεκμηριωμένες αποφάσεις και, εν τέλει, στα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η Επιτροπή

1 Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

1.1 Η Ηπατίτιδα C ως διεθνές πρόβλημα Δημόσιας Υγείας

Ως ηπατίτιδα ορίζεται η φλεγμονή του ήπατος, η οποία δύναται να προκληθεί από διάφορα αίτια, ανάμεσα στα οποία συγκαταλέγονται και οι ιοί. Στην τελευταία περίπτωση ορίζεται ως ιογενής ηπατίτιδα και διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Η οξεία ηπατίτιδα εμφανίζεται ξαφνικά - σε μικρό χρονικό διάστημα μετά τη μετάδοση του ιού - και δύναται να αυτοθεραπευτεί σε λίγους μήνες, ενώ η χρόνια ηπατίτιδα αναπτύσσεται στους ασθενείς οι οποίοι δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν από τον οργανισμό τους τον ιό κατά τη φάση της οξείας ηπατίτιδας (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2016). Χρόνια ηπατίτιδα μπορούν να προκαλέσουν μόνο οι ιοί της ηπατίτιδας B, D και κυρίως ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV).

Οι ιογενείς ηπατίτιδες – μεταξύ των οποίων και η ηπατίτιδα C - αποτελούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, καθώς έχουν υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα, με μεγάλο ποσοστό των ασθενών να εμφανίζει επιπλοκές της χρόνιας λοίμωξης, όπως η κίρρωση του ήπατος, ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος, η ηπατική ανεπάρκεια, και τελικά ο θάνατος, εφόσον οι ασθενείς δεν λάβουν έγκαιρα κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012). Στον Πίνακα 1.1 παρουσιάζονται συνοπτικά οι διαφορετικοί τρόποι μετάδοσης των 5 τύπων ιογενούς ηπατίτιδας.

Πίνακας 1.1 Τύποι ιογενών ηπατιτίδων και τρόποι μετάδοσης

Τύπος	Τρόποι μετάδοσης
Ηπατίτιδα A	(α) κατανάλωση τροφής ή νερού που έχουν έρθει σε επαφή, κατά κάποιο τρόπο, με κόπρανα ατόμου που πάσχει από ηπατίτιδα A («κοπρανο-στοματική» οδός), (β) στενή επαφή με άτομο που έχει ηπατίτιδα A ή με σεξουαλική (στοματο-πρωκτική) επαφή, (γ) σπανίως μέσω του αίματος (χρήση από κοινού συρίγγων σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών) κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της νόσου στην οποία ο ιός βρίσκεται για λίγες μέρες στο αίμα των ασθενών
Ηπατίτιδα B	(α) σεξουαλική επαφή (χωρίς προφύλαξη), (β) παρεντερικά, (γ) λιγότερο από τη μητέρα στο παιδί κατά την κύηση ή τον τοκετό

Τύπος	Τρόποι μετάδοσης
	(κάθετη μετάδοση)
Ηπατίτιδα C	(α) παρεντερικά και (β) σπανιότερα με τη σεξουαλική επαφή ή (γ) κάθετη μετάδοση από μητέρα σε παιδί
Ηπατίτιδα D	Υποχρεωτική μετάδοση με ιό ηπατίτιδας B: (α) επαφή με μολυσμένο αίμα (μεταγγίσεις αίματος, χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών), (β) σεξουαλική επαφή, (γ) σπανιότερα, από μολυσμένη μητέρα στο νεογνό της κατά τη διάρκεια του τοκετού
Ηπατίτιδα E	(α) κοπρανοστοματική οδός, (β) κατανάλωση μη καλά μαγειρεμένης τροφής (κυρίως χοιρινό κρέας), (γ) σπάνια από μεταγγίσεις αίματος ή μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων

Πηγή: Ιστοσελίδα ΚΕΕΛΠΝΟ; Donnelly et al., 2017

Ο HCV μεταδίδεται ως επί το πλείστον μέσω αντικειμένων που έχουν έλθει σε επαφή με μολυσμένο αίμα, όπως είναι οι σύριγγες, τα ξυραφάκια και οι βελόνες, γεγονός που κατατάσσει τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (XEN), οι οποίοι συχνά επαναχρησιμοποιούν και μοιράζονται τις σύριγγές τους, σε ομάδα υψηλού κινδύνου (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012). Καθώς η μετάδοση του ιού γίνεται κυρίως μέσω του αίματος, άλλους τρόπους μετάδοσης αποτελούν η μετάγγιση μη ελεγμένου αίματος και παραγώγων του και ιδιαίτερα στις μη ανεπτυγμένες χώρες η επαναχρησιμοποίηση μη επαρκώς αποστειρωμένου ιατρικού εξοπλισμού και συρίγγων και βελονών σε δομές φροντίδας υγείας (WHO, 2017). Περισσότερο σπάνιοι τρόποι μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή και η μετάδοση από μολυσμένη μητέρα στο παιδί, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει συν-λοίμωξη με τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV) (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017).

Ο HCV διαθέτει υψηλή ικανότητα μεταλλάξεων και διακρίνεται σε 6 γονοτύπους (κύριες γενετικές παραλλαγές) (Simmonds et al., 1994; Simmonds et al., 2005). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο γονότυπος του HCV επηρεάζει την ανταπόκριση στη θεραπεία και κυρίως την επιλογή του καταλληλότερου θεραπευτικού σχήματος. Επομένως, είναι σημαντικό να γνωρίζουν τόσο ο ασθενής όσο και ο θεράπων ιατρός από ποιον γονότυπο έχει προσβληθεί ο ασθενής. Στον Πίνακα 1.2 παρουσιάζεται η παγκόσμια κατανομή του επιπολασμού των διαφορετικών

γονοτύπων του HCV, όπου είναι εμφανές ότι οι γονότυποι 1 και 3 είναι αυτοί που απαντώνται πιο συχνά, σε ποσοστό 76,3% αθροιστικά.

Πίνακας 1.2 Παγκόσμια και εθνική κατανομή επιπολασμού των γονοτύπων του HCV

Γονότυπος	Παγκόσμια συχνότητα (%) ^[1]	Συχνότητα στην Ελλάδα (%) ^[2]
1	46,2	45,1
2	9,1	7,0
3	30,1	34,0
4	8,3	13,9
5	0,8	Δεν αναφέρεται
6	5,4	Δεν αναφέρεται

Πηγή: [1] Messina et al., 2015

[2] Raptopoulou et al., 2011

Το φορτίο νοσηρότητας των ιογενών ηπατιτίδων είναι ιδιαίτερα υψηλό και αυξάνεται διαχρονικά, καθώς έχει υπολογιστεί ότι, μεταξύ των ετών 1990 και 2003, οι θάνατοι από ιογενείς ηπατίτιδες έχουν αυξηθεί παγκοσμίως από 890.000 σε 1.450.000, τα χαμένα έτη ζωής λόγω πρόωρης θνησιμότητας από 31,0 σε 41,6 εκατομμύρια YLLs (Years of Life Lost), ενώ τα σταθμισμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής έχουν αυξηθεί από 31,7 σε 42,5 εκατομμύρια DALYs (Disability Adjusted Life Years) (Stanaway et al., 2016). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αυτές τις αυξήσεις σημαντική συνεισφορά έχει η ηπατίτιδα C, τα DALYs της οποίας αυξήθηκαν κατά 43% για το παραπάνω διάστημα, ενώ συνδυαστικά με την ηπατίτιδα B αντιπροσωπεύουν το 96% των θανάτων και το 91% των συνολικών DALYs των ιογενών ηπατιτίδων (Wiktor and Hutin, 2016).

Σύμφωνα με πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, ο παγκόσμιος επιπολασμός του HCV ανέρχεται σε 1% (71,1 εκατομμύρια μολυσμένοι ενήλικες), ενώ περίπου 400.000 άτομα



πεθαίνουν κάθε χρόνο από τη νόσο, κυρίως λόγω εκδήλωσης κίρρωσης του ήπατος και ηπατοκυτταρικού καρκίνου (The Polaris Observatory HCV Collaborators, 2017; WHO, 2017).

Εκτός από το φορτίο νοσηρότητας, ο HCV επιφέρει σημαντικό κόστος στα συστήματα υγείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος ερευνών για το άμεσο οικονομικό βάρος της ηπατίτιδας C, το οποίο έχει εκτιμηθεί από \$16.721 έως \$37.390 ετησίως ανά ασθενή (Davis et al., 2011; McCombs et al., 2011; Tandon et al., 2015). Σε αυτό το κόστος σημαντική είναι και η συνεισφορά των επιπλοκών της ηπατίτιδας C, όπως η κίρρωση, ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος και η μεταμόσχευση ήπατος.

1.2 Η Ηπατίτιδα C ως πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα

Όπως κατέστη σαφές ήδη, η ηπατίτιδα C αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα. Γι' αυτό το λόγο έχει αποτελέσει αντικείμενο επιδημιολογικών ερευνών στη χώρα μας και η διαθέσιμη τεκμηριωμένη βιβλιογραφία είναι ευρεία.

Σύμφωνα με πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες, ο επιπολασμός της Ηπατίτιδας C στον ενήλικο πληθυσμό της χώρας μας εκτιμάται ότι κυμαίνεται εντός ενός εύρους 0,83-1,79% στο γενικό πληθυσμό, ενώ όταν σε αυτές τις εκτιμήσεις συμπεριλαμβάνονται και οι ομάδες υψηλού κινδύνου, ο επιπολασμός της νόσου ανέρχεται σε 1,03-1,87% (Πίνακας 1.3). Σε αδρά μεγέθη, 93.000-168.000 άτομα στον ενήλικο πληθυσμό έχουν μολυνθεί από τον HCV και 74.000-134.000 άτομα στον ενήλικο πληθυσμό έχουν χρόνια ηπατίτιδα C.

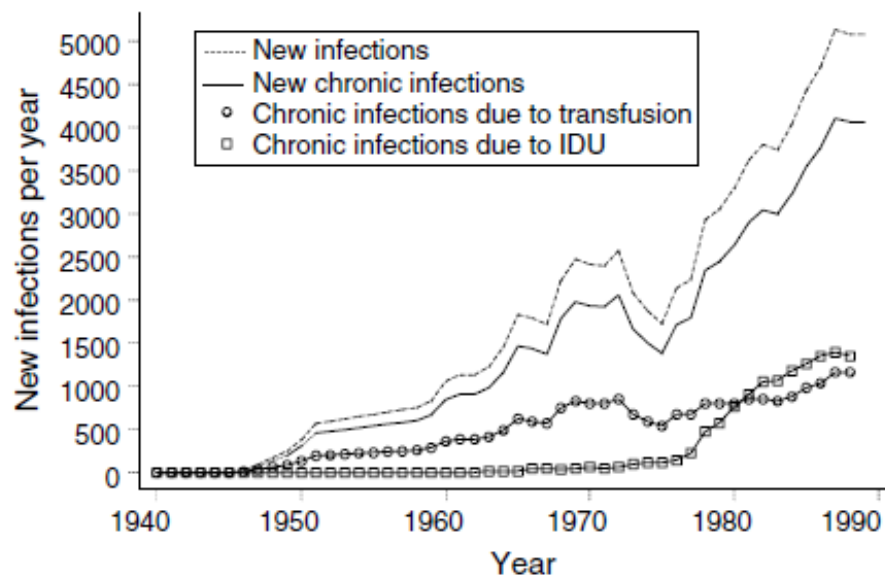
Όσον αφορά στην επίπτωση της νόσου στη χώρα μας, μέχρι και τη δεκαετία 1990 παρουσίαζε ανοδική πορεία (Διάγραμμα 1.1), ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική μείωσή της, εκτός από τα τελευταία 2 έτη που έχει πάλι ανοδική πορεία, γεγονός που υποδεικνύει την αύξηση των ατόμων που γνωρίζουν ότι έχουν τη νόσο (Διάγραμμα 1.2). Σήμερα, υποθέτοντας 50% μείωση της επίπτωσης της νόσου αποδιδόμενη στον έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος, εκτιμάται ότι στη χώρα έχουμε 3.700 νέες μολύνσεις ετησίως, εκ των οποίων περίπου οι 2.960 (80%) γίνονται χρόνιες (Saraswat et al., 2015). Επιπλέον, κατά το χρονικό διάστημα 1992-2004 οι 7 στις 10 νέες διαγνώσεις ηπατίτιδας C αφορούσαν άτομα με ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών (Raptopoulou et al., 2006).

Πίνακας 1.3 Επιπολασμός anti-HCV στον πληθυσμό ενηλίκων στην Ελλάδα

	% Anti-HCV(+)	Αριθμός anti-HCV(+) (~9 εκατ. ενήλικος πληθυσμός)	Αριθμός ασθενών με χρόνια HCV (~80% με ιαμμία)
Hprolipsis - εκτίμηση διορθωμένη για ηλικιακή κατανομή πληθυσμού Ελλάδας ^[1]	0,83	74.700 51.300-107.100	59.760 41.000 - 80.600
Συμπεριλαμβάνοντας ομάδες υψηλού κινδύνου	1,03 0,75-1,44	92.700 67.500 - 129.600	74.200 54.000-104.000
Τηλεφωνική έρευνα - εκτίμηση διορθωμένη για ηλικιακή κατανομή πληθυσμού Ελλάδας ^[2]	1,79	161.100 87.300 -234.900	128.800 70.00-188.000
Συμπεριλαμβάνοντας ομάδες υψηλού κινδύνου	1,87	168.000 94.200-241.000	134.400 75.400-192.800

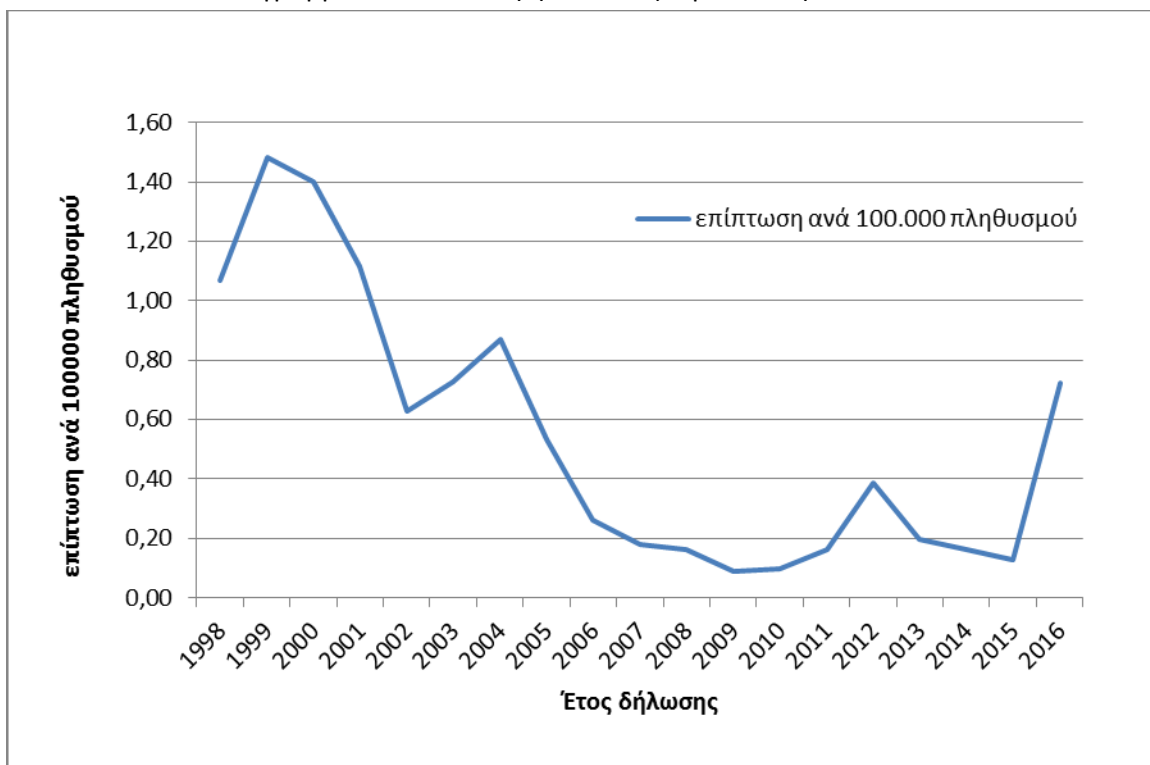
^[1] Touloumi et al., 2017^[2] Papatheodoridis et al., 2015

Διάγραμμα 1.1 Επίπτωση HCV λοίμωξης μέχρι τα τέλη δεκαετίας 1990, συνολικά και ανά ομάδα μετάδοσης



Πηγή: Sypsa et al., 2004

Διάγραμμα 1.2 Επίπτωση ηπατίτιδας C για τα έτη 1996-2016



Πηγή: Στοιχεία επιδημιολογικής επιτήρησης ΚΕΕΛΠΝΟ μέσω της υποχρεωτικής δήλωσης

Αξίζει να σημειωθεί ότι το Διάγραμμα 1.2 αφορά μόνον τους διαγνωσμένους ασθενείς που δηλώνονται στο ΚΕΕΛΠΝΟ (reported cases). Επομένως, οι καταγραφές αυτές υποεκτιμούν σημαντικά την πραγματική κατάσταση της νόσου λόγω υποδιάγνωσης των πολλών υποκλινικών περιπτώσεων και υποδήλωσης των περιπτώσεων που διαγιγνώσκονται, αλλά δίνουν μια γενικότερη εικόνα της τάσης της επίπτωσης της νόσου.

Επιπλέον, έρευνες σε διαφορετικές περιοχές της χώρας έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός διαφοροποιείται σε γεωγραφικό επίπεδο (Πίνακας 1.4). Από μελέτες σε συγκεκριμένους ειδικούς πληθυσμούς της χώρας, εκτιμάται ότι ο επιπολασμός της νόσου στους Ρομά είναι 1,3% (Touloumi et al., 2017) χωρίς να διαφέρει στατιστικά σημαντικά από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Σε έγκυες γυναίκες και αιμοδότες, ο επιπολασμός εκτιμάται 0,80% και 0,38-0,61%, αντίστοιχα (Πίνακας 1.5).

Πίνακας 1.4 Επιπολασμός anti-HCV σε συγκεκριμένες περιοχές στην Ελλάδα

	% Anti-HCV(+)
Ζάκυνθος – ενήλικες ^[1]	1,25
Κρήτη - ≥15 ετών ^[2]	
Τυχαίο δείγμα νοικοκυριών	3,00
Κέντρο υγείας	10,90
Διάφορες περιοχές - άτομα 0-40 ετών ^[3]	
Κατάκολο	7,50
Περιοχή Κατάκολου	2,89
Λαμία	2,77
Νεμέα	1,11
Αρχάγγελος Ρόδου	0,72
Σαντορίνη	0,61
Νοτιοδυτική Ελλάδα ≥15 ετών ^[4]	0,50
Βόρεια Ελλάδα ≥13 ετών ^[5]	0,19
Θεσσαλία ≥ 18 ετών ^[6]	0,34

^[1] Goritsas et al, 2000

^[2] Lionis et al., 1997a

^[3] Papadimitropoulos et al., 1998

^[4] Gogos et al., 2003

^[5] Papoutselis et al., 2001

^[6] Gatselis et al., 2007

Πίνακας 1.5 Επιπολασμός anti-HCV σε συγκεκριμένους υποπληθυσμούς στην Ελλάδα

	% Anti-HCV(+)
Προσωπικό σε πλοίο Πολεμικού Ναυτικού ^[1]	0,40
Υπάλληλοι σε επιχειρήσεις Αττικής ^[2]	0,50
Έγκυες γυναίκες ^[3]	0,80
Αιμοδότες (Βορειοδυτική Ελλάδα - Κρήτη) ^[4-5]	0,38-0,61
Μαθητές (Κρήτη) ^[6]	0,00
Παιδιά (Δυτική Αθήνα) ^[7]	
Ρομά	0,00
Όχι Ρομά	0,00
Ρομά - ενήλικοι ^[8]	1,30

[1] Mazokopakis et al., 2000

[2] Sypsa et al., 2001

[3] Panagopoulos et al., 2004

[4] Koulentaki et al., 1999

[5] Zervou et al., 2003

[6] Lionis et al., 1997b

[7] Michos et al., 2008

[8] Touloumi et al., 2017

Στον Πίνακα 1.6 παρουσιάζονται ερευνητικά αποτελέσματα σχετικά με την ηπατίτιδα C στις ομάδες που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για τη νόσο, όπου παρατηρείται ότι ο επιπολασμός είναι ιδιαίτερα υψηλός στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών σε ποσοστό 68,10-79,90%, ενώ στους HIV οροθετικούς χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ανέρχεται σε 92,30%. Ακόμη, παρατηρείται σημαντική μείωση του επιπολασμού στους αιμοκαθαιρόμενους, όπως δείχνουν επιδημιολογικές μελέτες από τα έτη 1993 και 2003, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι στα άτομα που εργάζονται στη βιομηχανία του σεξ ο επιπολασμός εμφανίζεται αρκετά χαμηλός, ενδεχομένως λόγω του γεγονότος ότι ο έλεγχος των νομίμως εκδιδόμενων ατόμων είναι υποχρεωτικός και της χαμηλής λοιμογόνου δύναμης του ιού C σε μη-παρεντερική μετάδοση. Υψηλός είναι ο επιπολασμός της νόσου και στους φυλακισμένους, ιδίως σε εκείνους που έχουν καταδικαστεί

για αδικήματα σχετιζόμενα με τα ναρκωτικά. Επιπλέον, εκτός των παραπάνω ομάδων κινδύνου, ενδιαφέρεται παρουσιάζεται στην περίπτωση των μεταναστών της χώρας, όπου έρευνες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός είναι σημαντικά υψηλότερος σε μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη (χώρες πρώην Σοβιετικής Ένωσης), Αφρική (κυρίως από Αίγυπτο) και Ασία (κυρίως από Πακιστάν, Γεωργία, Κίνα και Μογγολία) σε σχέση με τους μετανάστες από άλλες γεωγραφικές περιοχές (Πίνακας 1.7).

Πίνακας 1.6 Επιπολασμός anti-HCV σε ομάδες υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα

	% Anti-HCV(+)
Αιμοκαθαιρόμενοι	
1993 ^[1]	29,00
2003 ^[2]	7,50
2005 ^[3]	24,00
Θαλασσαιμικοί ^{[4], [5]}	38,30-39,60% με χρόνια ηπατίτιδα C
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ^[6]	
Αττική	79,90
Λοιπές περιοχές	68,10
Σύνολο χώρας	73,50
HIV(+)	
MSM ^[7]	8,10-8,60
Ετεροφυλόφιλοι ^[7]	1,70-8,80
Μεταγγιζόμενοι ^[7]	45,50
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ^[8]	92,30
Φυλακισμένοι	
Για αδικήματα σχετιζόμενα με ναρκωτικά ^[9]	58,20
Για βιασμό ή σεξουαλική κακοποίηση παιδιών ^[10]	6,50
Εκδιδόμενα άτομα ^[11]	2,30

[1] Sypsa et al., 2005

[2] Marinaki et al., 2015

[3] Rigoroulou et al., 2005

[4] Triantos et al., 2013

[5] Zachou et al., 2017

- [6] ΕΚΤΕΠΝ, 2016
 [7] Dimitrakopoulos et al., 2000; Elefsiniotis et al., 2006
 [8] Sypsa et al., 2016
 [9] Malliori et al., 1998
 [10] Giotakos et al., 2003
 [11] Papadogeorgaki et al., 2006

Πίνακας 1.7 Επιπολασμός anti-HCV σε μετανάστες στην Ελλάδα

	% Anti-HCV(+)
Μετανάστες με <6 μήνες παραμονή στην Ελλάδα ^[1]	
Αφρική	4,2
Ασία	3,3
Ευρώπη	4,5
Ηπρωλίπσις - Μετανάστες με >6 μήνες παραμονή στην Ελλάδα ^[2]	
Βαλκάνια	1,5
Πρώην Σοβιετική Ένωση - Ανατολική Ευρώπη	14,0
Ασία - Μέση Ανατολή	0,0
Αφρική	3,6
Αλβανοί μετανάστες (n=1.025) ^[3]	1,75

^[1] Papadakis et al., 2013

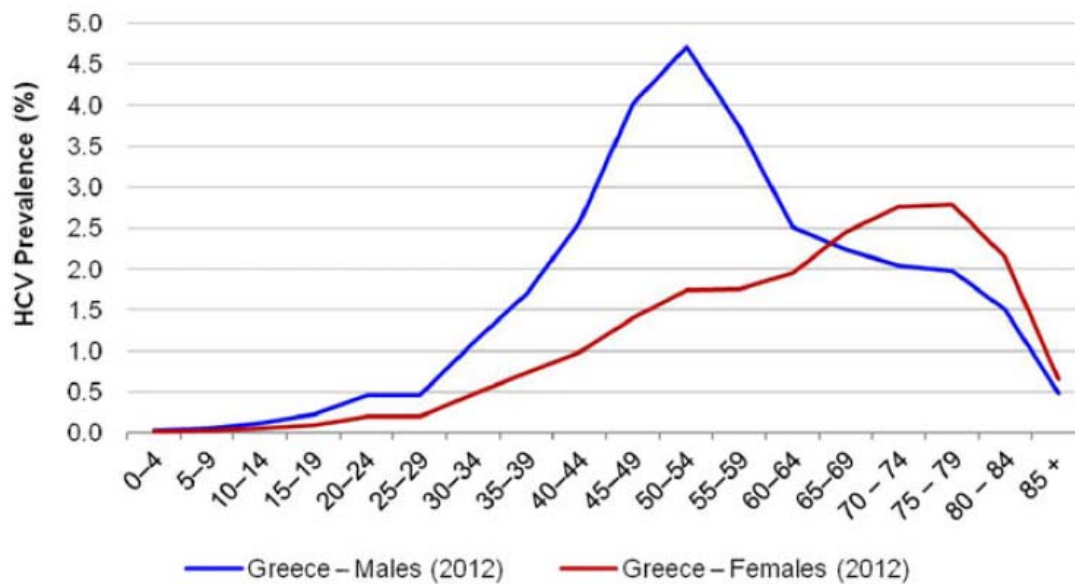
^[2] Touloumi et al., 2017

^[3] Dalekos et al., 1995

Εκτός των παραπάνω, ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διαφοροποίηση του επιπολασμού της νόσου ανά ηλικία και φύλο. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.3, στους άνδρες ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στις ηλικίες 50-54 ετών, όπου φθάνει περίπου 4,7%, ενώ για τις γυναίκες ο υψηλότερος επιπολασμός παρατηρείται στις ηλικίες 70-79 ετών, όπου ανέρχεται σε περίπου 2,8%, εμφανώς χαμηλότερος από το ανώτατο όριο των ανδρών. Επιπλέον, εκτιμάται ότι το 73%

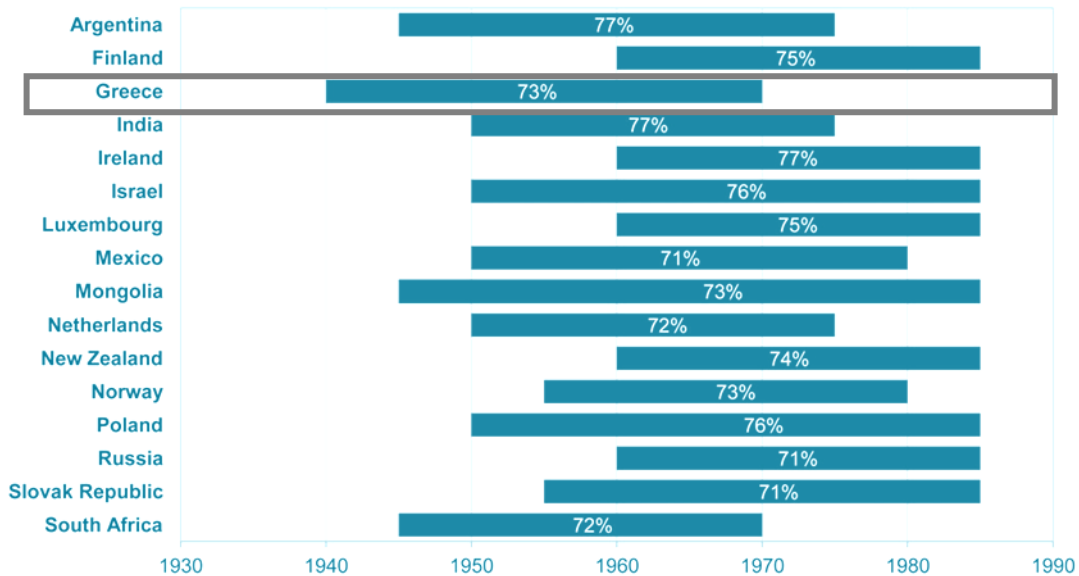
των χρόνιων ασθενών με ηπατίτιδα C έχει γεννηθεί μεταξύ των ετών 1940-1970 (Διάγραμμα 1.4), εύρημα το οποίο συνδέεται με την ηλικιακή κατανομή της νόσου, όπως αναλύθηκε ήδη.

Διάγραμμα 1.3 Επιπολασμός χρόνιας ηπατίτιδας C ανά ηλικία και φύλο (δεδομένα 2012)



Πηγή: Saraswat et al., 2015

Διάγραμμα 1.4 Κατανομή των HCV οροθετικών ατόμων ανά έτος γεννήσεως (birth cohort)



Πηγή: Gane et al., 2015

Αναφορικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου, η πρόσφατη βιβλιογραφία δείχνει ότι η πλειοψηφία των μολύνσεων με τον HCV - μεταξύ των ασθενών που προσέρχονται σε ηπατολογικά κέντρα - αφορά άτομα με ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών ουσιών (Πίνακας 1.8), ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό των πασχόντων για τους οποίους ο τρόπος μετάδοσης καταχωρείται ως άγνωστος. Επιπλέον, τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από το εύρημα ότι ο γονότυπος του ιού ο οποίος απαντάται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς που διαγιγνώσκονται τα τελευταία χρόνια είναι ο γονότυπος 3, ο οποίος είναι ο επικρατών μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιας ναρκωτικών (Διάγραμμα 1.5).

Πίνακας 1.8 Κατανομή των ασθενών με ηπατίτιδα C ανά ομάδα μετάδοσης

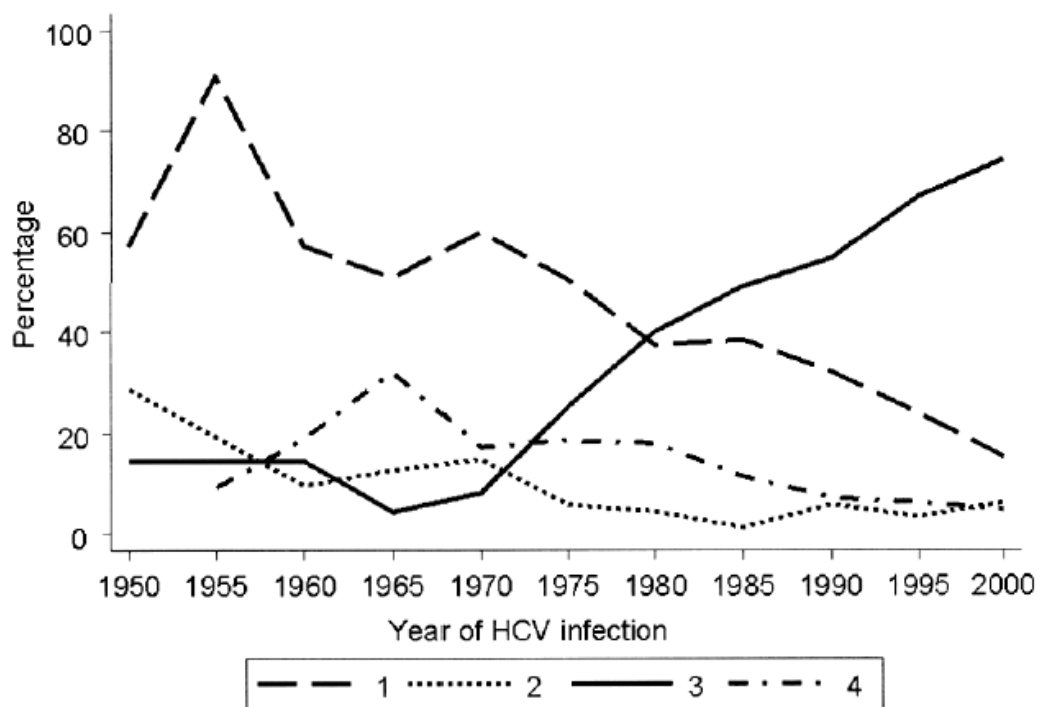
	Εκτίμηση (%)
HEPNET (2817 ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C που προσήλθαν σε ηπατολογικά κέντρα 1997-2006) ^[1]	
Ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών	30,7

Μετάγγιση	22,6
Άλλο	10,1
Άγνωστο	36,6
1146 anti-HCV(+) άτομα απο 2 ηπατολογικά κέντρα (2002-2010) [2]	
Ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών	47,0
Μετάγγιση	7,0
Ιατρογενής (Αιγύπτιοι)	6,0
Άγνωστο	40,0

[1] Raptopoulou et al., 2011

[2] Papadopoulos et al., 2013

Διάγραμμα 1.5 Κατανομή γονοτύπου HCV διαχρονικά



Πηγή: Raptopoulou et al., 2011; Μελέτη Cohort ΚΕΕΛΠΝΟ

Τέλος, ο Πίνακας 1.9 παρουσιάζει συνοπτικά εκτιμήσεις για τον αριθμό των ασθενών στις ομάδες υψηλού επιπολασμού της νόσου. Όπως είναι αναμενόμενο και έχει ήδη συζητηθεί, μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου παρατηρείται στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, ενώ υψηλή είναι και στους αιμοκαθαιρόμενους.

Πίνακας 1.9 Εκτίμηση του αριθμού ατόμων σε ομάδες υψηλού επιπολασμού

(Σημείωση: υπάρχει αλληλοεπικάλυψη στους επιμέρους πληθυσμούς)

Κατηγορία	Εκτίμηση για το μέγεθος του πληθυσμού ^[1]	Συχνότητα anti-HCV(+)*	Εκτιμώμενος αριθμός anti-HCV(+) ^[1]	Βιβλιογραφία για το μέγεθος του πληθυσμού
Χρήστες ναρκωτικών				
Με ενέσιμη χρήση τον τελευταίο μήνα	5.120 [4.209 – 6.303]	~74%	3.800-12.800	ΕΚΤΕΠΝ 2016 [εκτίμηση για το 2014]
Χρήστες υψηλού κινδύνου	17.245 [15.098 – 19.781]			ΕΚΤΕΠΝ 2016 [εκτίμηση για το 2014]
Ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης	~90.000	~10%	9.000	Hprolipsis (αδημοσίευτα δεδομένα)
HIV(+) MSM	7.150	8,1-8,6%	580-615	ΚΕΕΛΠΝΟ
HIV(+) XEN	1.651	92,3%	1.500	

Αιμοκαθαιρόμενοι	~10.000	7,5%	750	Souliotis et al., 2009
Θαλασσαιμικοί	3.100	~40% με ΧΗC	1.240 με ΧΗC	ΑΣΠΑΜΑ
Μετανάστες από χώρες πρώην ΕΣΣΔ - Ανατολική Ευρώπη	Άγνωστο	14,0%		
Φυλακισμένοι Άτομα που έχουν φυλακιστεί για αδικήματα σχετικά με ναρκωτικά	2.872	58,2%	1.670	Υπουργείο Δικαιοσύνης

* Στοιχεία από Πίνακα 1.4

^[1] Σύψα Β, 2017

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω εκτιμήσεις υποεκτιμούν την πραγματική έκταση της ηπατίτιδας C, καθώς σημαντική μερίδα των πασχόντων είναι αδιάγνωστοι. Ενδεικτικά, σε πρόσφατη έρευνα για το συγκεκριμένο θέμα, υπολογίστηκε ότι περίπου 80% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C πιθανόν δεν γνωρίζει καν ότι έχει τη λοίμωξη, ενώ υπολογίζεται ότι μόνο το 58% των διαγνωσμένων ασθενών έχει λάβει θεραπεία (Paratheodoridis et al., 2015).

Επιπλέον, σύμφωνα με προβλεπτικά υποδείγματα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέσων (Gountas et al., 2017), έχουν προκύψει οι εξής εκτιμήσεις:

- με χορήγηση παλαιότερων θεραπευτικών σχημάτων με βάση την ιντερφερόνη, ο αριθμός των κιρρώσεων και των HCV-σχετιζόμενων θανάτων στην Ελλάδα το 2030 θα αυξηθεί κατά 25% και 23%, αντίστοιχα, σε σχέση με το 2015.
- με χορήγηση άμεσης δράσης αντικών φαρμάκων (DAAs) σε περίπου 2.000 ασθενείς/έτος, ο αριθμός των κιρρώσεων και των HCV-σχετιζόμενων θανάτων το 2030 θα μειωθεί κατά 16% και 20%, αντίστοιχα, σε σχέση με το 2015.

Τέλος, όσον αφορά στο οικονομικό φορτίο που επιφέρει η ηπατίτιδα C, η βιβλιογραφία στην Ελλάδα είναι ελλιπής. Παρά ταύτα, σε πρόσφατη σχετική έρευνα εκτιμήθηκε ότι το μέσο άμεσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου και κυμαίνεται από €636,7 όταν ο ασθενής έχει κίρρωση του ήπατος έως €35.051 στην περίπτωση μεταμόσχευσης ήπατος (Athanasakis et al., 2013).



1.3 Η στρατηγική και ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον έλεγχο της Ηπατίτιδας C

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C και από το 2011 λειτουργεί το Παγκόσμιο Πρόγραμμα του ΠΟΥ για την ηπατίτιδα (Global Hepatitis Programme). Με τη δέσμευση και συνεργασία από τα περιφερειακά και εθνικά γραφεία του ΠΟΥ, έχει επιτευχθεί ταχεία πρόοδος στην υλοποίηση του προγράμματος (WHO, 2016), μεταξύ των οποίων είναι:

- Κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της ηπατίτιδας C,
- Οδηγός για την προετοιμασία των εθνικών σχεδίων για τις ιογενείς ηπατίτιδες,
- Τεχνικές εκτιμήσεις και ορισμός περιστατικών για την επιτήρηση των ιογενών ηπατιτίδων.

1.3.1 Παγκόσμια στρατηγική για τις ιογενείς ηπατίτιδες

Προκειμένου να επιτευχθούν ακόμη καλύτερα αποτελέσματα στο μέλλον, ο ΠΟΥ έχει συντάξει μια παγκόσμια στρατηγική για τις ιογενείς ηπατίτιδες (Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021), η οποία περιλαμβάνει ένα φιλόδοξο όραμα για έναν κόσμο όπου η μετάδοση των ιογενών ηπατιτίδων θα έχει εκμηδενιστεί και οι ασθενείς που πάσχουν από αυτές θα έχουν πρόσβαση σε ασφαλή, προσιτή και αποτελεσματική περίθαλψη και θεραπεία. Βασικός στόχος της εν λόγω στρατηγικής είναι η εξάλειψη των ιογενών ηπατιτίδων ως μείζονα απειλή για τη δημόσια υγεία έως το έτος 2030.

Η παγκόσμια στρατηγική για τις ιογενείς ηπατίτιδες περιλαμβάνει τις εξής στρατηγικές κατευθύνσεις:

1. Πληροφόρηση με στόχο την επικεντρωμένη δραστηριοποίηση

Η πρώτη στρατηγική κατεύθυνση επικεντρώνεται στην ανάπτυξη ενός ισχυρού στρατηγικού συστήματος πληροφόρησης, προκειμένου να γίνει κατανοητή η μεταβαλλόμενη επιδημιολογία των ιογενών ηπατιτίδων και η απόκριση ως βάση για την υποστήριξη, την πολιτική δέσμευση, τον εθνικό σχεδιασμό, την κινητοποίηση και κατανομή των πόρων, την υλοποίηση, την αξιολόγηση και τη βελτίωση του προγράμματος.

2. Παρεμβάσεις με στόχο την υψηλή ικανότητα απόκρισης των υπηρεσιών υγείας



Περιλαμβάνει την πρώτη διάσταση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, καθώς περιγράφεται η δέσμη των παρεμβάσεων με υψηλή απόκριση που πρέπει να παρέχονται σε συνέχεια των υπηρεσιών για την ηπατίτιδα, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι σε επίπεδο χωρών αλλά και παγκοσμίως, και οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνονται στις δέσμες υγειονομικής περίθαλψης.

3. Διασφάλιση ισότητας

Περιλαμβάνει τη δεύτερη διάσταση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης καθορίζοντας τις βέλτιστες μεθόδους και προσεγγίσεις για την παροχή των υπηρεσιών για την ηπατίτιδα σε διαφορετικούς πληθυσμούς και τοποθεσίες, με στόχο την επίτευξη δίκαιης και ισότιμης κάλυψης, βελτιστοποίησης των αποτελεσμάτων και τη διασφάλιση της ποιότητας.

4. Χρηματοδότηση με στόχο την επίτευξη βιωσιμότητας

Περιλαμβάνει την τρίτη διάσταση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης με τον προσδιορισμό βιώσιμων και καινοτόμων υποδειγμάτων για τη χρηματοδότηση της απόκρισης στην ηπατίτιδα και προσεγγίσεις για τη μείωση του κόστους, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου οικονομικής δυσχέρειας για όσους χρειάζονται αυτές τις υπηρεσίες.

5. Καινοτομία με στόχο την επιτάχυνση της απόκρισης των χωρών στη νόσο

Προσδιορίζεται το πού υπάρχουν κενά στη γνώση και την τεχνολογία, καθώς και πού χρειάζεται καινοτομία για να μετατοπιστεί η τροχιά της απόκρισης στην ιογενή ηπατίτιδα με στόχο την επιτάχυνση αυτής της απόκρισης και την επίτευξη των στόχων για τα έτη 2020 και 2030.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων στις ηπατίτιδες Β και C είναι απαραίτητη η επένδυση σε μείζονος σημασίας τομείς, όπως τα υφιστάμενα εμβόλια, η πρόληψη μετάδοσης από τη μητέρα στο παιδί, η χρήση αποστειρωμένων συρίγγων και η ασφάλεια του αίματος και των παραγώγων του, η μείωση του κινδύνου για τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, καθώς και η βέλτιστη αξιοποίηση των θεραπευτικών μέσων, τα οποία, ενδεικτικά για την ηπατίτιδα C, πλέον μπορούν να επιτύχουν ποσοστά ίασης άνω του 90-95%, ενώ απαραίτητη κρίνεται και η σημαντική διεύρυνση της θεραπευτικής κάλυψης των ασθενών.



1.3.2 Συστάσεις για την αντιμετώπιση και θεραπεία της ηπατίτιδας C

Εκτός της γενικότερης στρατηγικής για τις ιογενείς ηπατίτιδες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εκδώσει και μια σειρά συστάσεων για την αντιμετώπιση και θεραπεία της ηπατίτιδας C, οι οποίες αφορούν τους εξής τομείς (WHO, 2017):

1. Συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του HCV:

(α) συστήνεται ο έλεγχος για παρουσία αντισωμάτων στον HCV σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή έχουν ιστορικό έκθεσης/συμπεριφοράς σε κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό,

(β) έπειτα από θετικό αποτέλεσμα συστήνεται η διεξαγωγή επιπλέον ελέγχου (προσδιορισμός HCVRNA και του HCV γονοτύπου) για τη διάγνωση χρόνιας λοίμωξης, καθώς και για την αξιολόγηση της ανάγκης έναρξης θεραπείας (Παράρτημα I).

2. Συστάσεις για τη φροντίδα ατόμων με HCV λοίμωξη:

(α) συστήνεται η αξιολόγηση κατανάλωσης οινοπνεύματος για όσους έχουν μολυνθεί με τον ιό, καθώς και η παρέμβαση για μείωσή της σε όσους κάνουν μέτρια ή υψηλή κατανάλωση οινοπνεύματος,

(β) συστήνεται η χρήση συγκεκριμένων σύγχρονων εξετάσεων για την αξιολόγηση της ηπατικής ίνωσης και κίρρωσης.

3. Συστάσεις για τη θεραπεία της ηπατίτιδας C:

(α) όλοι οι ενήλικες και τα παιδιά (>3 ετών) με χρόνια HCV λοίμωξη θα πρέπει να αξιολογούνται για αντική θεραπεία,

(β) συστήνεται όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C να ακολουθούν θεραπευτική αγωγή με DAAs,

(γ) συστήνεται η διακοπή χρήσης telaprevir και bocoprevir ως θεραπευτικά μέσα για τη νόσο, καθώς προκαλούν συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες και έχουν χαμηλότερη θεραπευτική δράση σε σχέση με τα νεότερα DAAs,

(δ) συστήνεται η χρήση διαφορετικών σχημάτων DAAs ανάλογα με το γονότυπο του ιού και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως η προηγούμενη θεραπεία και η παρουσία κίρρωσης/ίνωσης (Παράρτημα II).



1.4 Μέτρα και πολιτικές για την αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C

Η ηπατίτιδα C εντάσσεται στη γενικότερη κατηγορία των μεταδοτικών νοσημάτων, για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των οποίων ουσιώδους σημασίας είναι η πρόληψη και η επιδημιολογική επιτήρηση.

1.4.1 Μέτρα και πολιτικές για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων

Ο ΠΟΥ έχει καθορίσει μια σειρά παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων, τις οποίες έχει ταξινομήσει ιεραρχικά ως ακολούθως (Dowdle, 1998):

1. Έλεγχος της νόσου
2. Εξάλειψη της νόσου
3. Εξάλειψη των λοιμώξεων
4. Εκρίζωση της νόσου
5. Εξαφάνιση λοιμογόνου παράγοντα

Επιπλέον, σε πρακτικό επίπεδο και γενικά για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων λαμβάνονται τα εξής μέτρα (όπου είναι εφαρμόσιμα) (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007):

1. Δήλωση των νοσημάτων
2. Επιδημιολογική επιτήρηση
3. Εμβολιασμός του πληθυσμού
4. Έλεγχος και περιορισμός των υποδόχων/ξενιστών των λοιμογόνων παραγόντων
5. Περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων
6. Ειδική πολιτική για την αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της μικροβιακής αντοχής



1.4.2 *Επιδημιολογική επιτήρηση ιογενών ηπατιτίδων*

Κομβικό σημείο στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων είναι η επιδημιολογική επιτήρηση, η οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ορίζεται ως «η συνεχής συλλογή στοιχείων, καταχώρηση, ανάλυση, επεξεργασία και διάθεση των αποτελεσμάτων σε αυτούς που καλούνται να πάρουν αποφάσεις»¹. Στην Ελλάδα, η επιδημιολογική επιτήρηση των μεταδοτικών νοσημάτων θεσμοθετήθηκε στη χώρα το 1950 (ΦΕΚ 262/1950), όπου ορίστηκε η υποχρεωτική καταγραφή των νέων περιστατικών, χωρίς όμως να επιτευχθεί επαρκής συμμόρφωση. Πιο πρόσφατα, το 2002, ενεργοποιήθηκαν οι αποφάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την επιτήρηση (Απόφαση 2002/253/EC του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και Απόφαση 2119/98/EC του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου), ενώ το 2003 ξεκίνησε στην Ελλάδα η εφαρμογή του προγράμματος επιτήρησης που ισχύει μέχρι σήμερα (ΦΕΚ 197/2003) και το οποίο τελεί υπό την ευθύνη του ΚΕΕΛΠΝΟ. Η επιτήρηση των Λοιμωδών Νοσημάτων στοχεύει στην ταυτοποίηση των νέων περιστατικών και τη διαχείριση των επιδημιών, ενώ επιτηρεί τις μεταβολές της επίπτωσης και των προτύπων μετάδοσης των ιογενών ηπατιτίδων, με απώτερο σκοπό την οργάνωση, ανάπτυξη και αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης (Viral Hepatitis Prevention Board, 2008).

1.4.3 *Μητρώο ασθενών για την ηπατίτιδα C*

Στα πλαίσια της βελτίωσης της επιδημιολογικής καταγραφής και της ασφαλιστικής και φαρμακευτικής κάλυψης του πληθυσμού των ασθενών, τον Σεπτέμβριο του 2015 ξεκίνησε από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας η λειτουργία θεραπευτικού μητρώου για την ηπατίτιδα C (ΕΟΠΥΥ, 2015). Στόχος αυτής της δράσης είναι η χρήση των πληροφοριών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του πλαισίου χορήγησης των φαρμάκων, καθώς και η βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στις κατάλληλες θεραπείες. Ακόμη, κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη η δημιουργία εθνικού μητρώου καταγραφής της ηπατίτιδας C (registry), στο οποίο θα περιλαμβάνεται το θεραπευτικό σκέλος και το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας.

¹ http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/



1.5 Το θεσμικό πλαίσιο για την προστασία της Δημόσιας Υγείας

Το θεσμικό πλαίσιο για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τα μεταδοτικά νοσήματα – μεταξύ των οποίων και η ηπατίτιδα C - εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα τομέων που επηρεάζουν την υγεία. Η νομοθεσία αυτή περιλαμβάνει:

1. Την υιοθέτηση του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού.
2. Τη νομοθεσία για τη δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων και την επιδημιολογική επιτήρηση.
3. Κανονιστικό πλαίσιο για την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας
4. Τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την ασφαλή αιμοδοσία

1.5.1 Υιοθέτηση του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού

Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός, στην αναθεώρηση του 2005, περιλαμβάνει 66 άρθρα, διαρθρωμένα σε 10 κεφάλαια, καθώς και μια σειρά παραρτημάτων με τεχνικές οδηγίες. Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός έχει γίνει ομόφωνα δεκτός από όλα τα κράτη-μέλη της 58ης Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, και από την ίδια χρονιά έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά (σε επίσημη μετάφραση του Υπουργείου Εξωτερικών).

1.5.2 Νομοθεσία για τη δήλωση των λοιμωδών και την επιδημιολογική επιτήρηση

Το βασικό νομοθετικό πλαίσιο για την υποχρεωτική δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων καθορίζεται από το Β.Δ. της 3/11/1950. Το νομοθέτημα αυτό καθορίζει ποιος κάνει τη δήλωση, τη διαδικασία της δήλωσης και τις υπηρεσίες που είναι επιφορτισμένες με το έργο αυτό. Το Β.Δ. καθορίζει ως υποχρεωτική τη δήλωση 46 λοιμωδών νοσημάτων, ο κατάλογος των οποίων ανανεώθηκε πρόσφατα από το ΚΕΕΛΠΝΟ. Με βάση τα παραπάνω, έχει συνταχθεί το «Εγχειρίδιο ορισμών κρούσματος για υποχρεωτική δήλωση νοσημάτων» (ΚΕΕΛ, 2004α), στο οποίο περιλαμβάνονται και οι οξείες ιογενείς ηπατίτιδες. Παρά την ύπαρξη μηχανισμού δήλωσης περιστατικών, παρατηρείται υποδήλωση των κρουσμάτων τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς. Ως εκ τούτου, κρίνεται απαραίτητη η ενίσχυση και εντατικοποίηση της επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η ηπατίτιδα C.



1.5.3 Κανονιστικό πλαίσιο για την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας

Ένας από τους τομείς που αφορούν άμεσα στην προστασία της Δημόσιας Υγείας είναι ο τομέας της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας. Στον τομέα αυτό υπάρχει μια μακρά σειρά νομοθετημάτων, αντικείμενο των οποίων είναι η διασφάλιση της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ αυτών, πολλές διατάξεις έχουν ως στόχο τη μείωση των κινδύνων εμφάνισης νοσοκομειακών λοιμώξεων, την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής και την προστασία των εργαζομένων και των ασθενών από ιατρογενείς λοιμώξεις. Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσονται οι «Κατευθυντήριες οδηγίες για την προφύλαξη του προσωπικού από λοιμώδη νοσήματα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας» (ΥΥΚΑ & ΚΕΕΛΠΝΟ, 2007), ενώ συγκεκριμένα για τις ηπατίτιδες έχει συνταχθεί η στρατηγική για την «Προφύλαξη υγειονομικού προσωπικού έναντι των ιών ηπατίτιδας Β, C μετά από επαγγελματική έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά» (ΚΕΕΛ, 2004β), στην οποία περιλαμβάνονται αναλυτικές οδηγίες για την προστασία των επαγγελματιών υγείας όταν έρθουν σε επαφή με τους παραπάνω ιούς κατά την εργασία τους. Οι οδηγίες για τις Ιογενείς Ηπατίτιδες στα Επαγγέλματα Υγείας είναι σε διαδικασία επικαιροποίησης από την Επιτροπή Ιογενών Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ.

1.5.4 Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την ασφαλή αιμοδοσία

Ο ΠΟΥ έχει εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες για την υποβοήθηση των υπηρεσιών μετάγγισης αίματος και την ενδυνάμωση των εθνικών συστημάτων για την επιλογή των κατάλληλων δοτών αίματος (WHO, 2012). Είναι σχεδιασμένες για χρήση από τους αρμόδιους χάραξης πολιτικής για τα προγράμματα αιμοδοσίας των εθνικών υπουργείων υγείας, καθώς και από εθνικά συμβουλευτικά όργανα όπως οι εθνικές επιτροπές αιμοδοσίας και οι υπηρεσίες μετάγγισης αίματος. Σε αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνεται ο ποιοτικός έλεγχος του αίματος για νοσήματα που δύναται να μεταδοθούν μέσω της μετάγγισης, όπως ο HIV, η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C και η σύφιλη.

1.6 Υπηρεσίες, Δομές και Φορείς Δημόσιας Υγείας για την αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C στην Ελλάδα



1.6.1 Γραφείο Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ

Το γραφείο ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ λειτουργεί από το 2000. Συνεπικουρείται από την Επιστημονική Επιτροπή Ιογενών Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ και δραστηριοποιείται στους εξής τομείς:

- Πρόληψη της μετάδοσης των Ιογενών Ηπατιτίδων
 - Ενημέρωση του κοινού, των επαγγελματιών υγείας και των ομάδων υψηλού κινδύνου
 - Προστασία της δημόσιας υγείας
 - Προαγωγή εμβολιασμού
 - Βελτίωση της κλινικής φροντίδας των ατόμων που πάσχουν από Ιογενή Ηπατίτιδα Β και C
 - Συγγραφή και συνεχής επικαιροποίηση Κατευθυντηρίων Οδηγιών για τη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β και C
 - Επιδημιολογική επιτήρηση
1. της χρόνιας ηπατίτιδας Β και C μέσω μελέτης Cohort του Εθνικού Προγράμματος Ιογενούς Ηπατίτιδας ΚΕΕΛΠΝΟ
 2. της οξείας ηπατίτιδας Β και C μέσω παρακολούθησης των δηλωθέντων κρουσμάτων, των διαχρονικών τάσεων της επίπτωσης και του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου. Επιστημονική υποστήριξη και συγγραφή οδηγιών σε περιπτώσεις παρεμβάσεων σε επιδημίες ή μεμονωμένα κρούσματα ηπατιτίδων.

1.6.2 Ηπατολογικά ιατρεία

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, στη χώρα λειτουργούν 28 ηπατολογικά ιατρεία σε δημόσια νοσοκομεία, εκ των οποίων τα 14 βρίσκονται στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά, τα 4 στη Θεσσαλονίκη, ενώ τα υπόλοιπα 10 είναι διάσπαρτα στην υπόλοιπη χώρα (Πίνακας 1.10 – Παράρτημα VI).

Πίνακας 1.10 Δημόσια νοσοκομεία με ηπατολογικά ιατρεία

ΑΘΗΝΑ
1. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο
2. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό
3. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»
4. Κωσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας-Πατησίων «Αγία Όλγα»
5. Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας «Οι Άγιοι Ανάργυροι»
6. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»
7. Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα»
8. Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά Τζάνειο
9. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
10. Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ»
11. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
12. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
13. Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»
14. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
1. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
2. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ
3. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»
4. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου
ΛΟΙΠΗ ΧΩΡΑ
1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
2. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
3. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
4. Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
5. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγιά η Βοήθεια»
6. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
7. Γενικό Νοσοκομείο «Βενιζέλειο»
8. Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
9. Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
10. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»



1.6.3 Σύλλογοι Ασθενών

Οι σύλλογοι ασθενών επιτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό έργο, καθώς υπερασπίζονται τα δικαιώματα των ασθενών όσον αφορά στην πρόσβαση σε κατάλληλα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα και την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, δραστηριοποιούνται και στην κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού, τόσο για την αντιμετώπιση των υπάρχοντων ασθενών και την καταπολέμηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού όσο και για την πρόληψη των νοσημάτων. Τέλος, αρκετοί από αυτούς τους συλλόγους αναλαμβάνουν και την ψυχολογική στήριξη των ασθενών.

Υπό αυτό το πρίσμα, έχει ιδρυθεί και λειτουργεί στην Ελλάδα από το 2012 ο Σύλλογος Ασθενών Ήπατος «Προμηθέας». Ο Σύλλογος αυτός παρέχει υποστήριξη σε άτομα με ιογενείς ηπατίτιδες Β και C και τεκμηριωμένη πληροφόρηση σε θέματα ηπατιτίδων. Ο «Προμηθέας» συνεργάζεται στενά με τον αντίστοιχο Ευρωπαϊκό Σύλλογο Ηπατοπαθών (European Liver Patient Association, ELPA) και τον Σύλλογο Ηπατομοσχευθέντων Ελλήνων Ασθενών (ΗΠΑΡχω). Ο Σύλλογος «ΗΠΑΡχω» είναι αναγνωρισμένο σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδρύθηκε τον Απρίλιο του 2006 με σκοπό τη συμμετοχή των μεταμοσχευμένων από ήπαρ και των γονέων και κηδεμόνων αυτών, σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς που λαμβάνονται αποφάσεις γι' αυτούς, καθώς και για την προώθηση και διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους



1.7 SWOT ανάλυση

Η ανάλυση στρατηγικού σχεδιασμού για την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος σχετικά με την ηπατίτιδα C, ανέδειξε τα παρακάτω πλεονεκτήματα, αδυναμίες, ευκαιρίες και απειλές, τα οποία απεικονίζονται στον Πίνακα 1.11.

Πίνακας 1.11 SWOT Ανάλυση για την ηπατίτιδα C

Πλεονεκτήματα (Strengths)	Αδυναμίες (Weaknesses)
➤ Συναντίληψη, συνεργασία και δέσμευση εμπλεκόμενων μερών (Φορείς Δημόσιας Υγείας, Ασθενείς, Κλινικοί) ➤ Επαρκής γνώση της επιδημιολογίας του ιού ➤ Διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων ➤ Υψηλή επιστημονική επάρκεια/στάθμη επιστημονικού δυναμικού	➤ Προσπέλαση πληθυσμού υψηλού κινδύνου (αδιάγνωστοι) ➤ Ανεπαρκής διαχείριση αντιμετώπισης φορέων, ασθενών και χρονίως πασχόντων (κουλτούρα) ➤ Ασυνέχεια οργάνωσης και συντονισμού της αντιμετώπισης/φροντίδας ➤ Μεγάλο κόστος νέων θεραπευτικών σχημάτων
Ευκαιρίες (Opportunities)	Απειλές (Threats)
➤ Εκπεφρασμένη δέσμευση κυβερνητικών οργάνων ➤ Προτεραιότητα στην πολιτική υγείας ➤ Κλινική αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητα θεραπευτικών μέσων ➤ Βελτίωση καταγραφών (Μητρώο) ➤ Συνεργασία ΠΟΥ ➤ Βελτίωση μεθόδων κλινικής επιδημιολογίας/έρευνας/ εκπαίδευσης ➤ Εξωτερικότητες (Απόκτηση θετικής εμπειρίας για μελλοντική διαχείριση αντίστοιχων νοσημάτων) ➤ Ύπαρξη θεσμικού οργάνου βελτίωσης της οικονομικής αποδοτικότητας των νέων θεραπευτικών σχημάτων (Επιτροπή Διαπραγμάτευσης) ➤ Πολιτική καθολικής κάλυψης (ανασφάλιστοι)	➤ Εξασφάλιση συνέχειας/συνέπειας ➤ Κοινωνικός αποκλεισμός/στίγμα ➤ Εμπόδια πρόσβασης ➤ Περιοριστικό κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον



2 Στρατηγικός Σχεδιασμός

2.1 Σκοπός

Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ηπατίτιδα C είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητάς της ως πρόβλημα Δημόσιας Υγείας στη χώρα, η σημασία της έγκαιρης διάγνωσής της και της επιτήρησής της από τους αρμόδιους φορείς, προκειμένου να είναι εφικτή η βέλτιστη αντιμετώπισή της για την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Ως εκ τούτου, απώτερος σκοπός του Σχεδίου είναι η σταδιακή διαχείριση και ο έλεγχος της νόσου και τελικώς η εξάλειψή της, όπως περιγράφεται από τη στρατηγική του ΠΟΥ μέχρι το έτος 2030.

Επιπλέον, ουσιώδη αποστολή του Σχεδίου αποτελεί η υλοποίηση μιας σταθερής, βιώσιμης και οριζόντιας στρατηγικής για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με τα ακόλουθα μέσα:

- Πρωτογενής πρόληψη
- Δευτερογενής πρόληψη, με έμφαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening)
- Συστηματική επιδημιολογική επιτήρηση και ανάλυση των δεδομένων για τη χάραξη ορθολογικής πολιτικής
- Αξιολόγηση των υφισταμένων δομών και υποβολή προτάσεων για την ενίσχυση των πολιτικών υγείας
- Αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, σύμφωνα με τα υποδείγματα τα οποία στοχεύουν στην εξάλειψη της νόσου

2.2 Αξίες

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ηπατίτιδα C βασίζεται στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση, στη βελτίωση της πρόσβασης στη θεραπεία, στη συστηματική επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου και στην προσπάθεια για την εξάλειψή της και διέπεται από τις ακόλουθες πρωταρχικές αξίες:



- Αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών
- Οικονομική αποδοτικότητα των θεραπευτικών μέσων
- Ισότητα και ισοτιμία στην πρόσβαση των ασθενών στην απαραίτητη φροντίδα υγείας
- Διασφάλιση ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας
- Τήρηση του κανονιστικού πλαισίου της βιοηθικής

2.3 Προτεραιοποίηση των επιλογών

Όπως αναπτύχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο υψηλός επιπολασμός της ηπατίτιδας C στις ομάδες υψηλού κινδύνου, οι ιδιαίτερα σοβαρές συνέπειες που επιφέρει στους ασθενείς, καθώς και η απουσία εμβολίου για την αποτελεσματική πρόληψη της νόσου, αναδεικνύουν τη σημασία της αντιμετώπισης της ηπατίτιδας C ως προτεραιότητα για την προστασία της δημόσιας υγείας στη χώρα μας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κύριο εργαλείο που διαθέτει η ιατρική επιστήμη για την αντιμετώπιση της νόσου είναι η αποτελεσματική ολιστική θεραπεία των ασθενών με σύγχρονα θεραπευτικά μέσα, χωρίς όμως να υποτιμάται η αξία των μέτρων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Με βάση τα παραπάνω και με δεδομένη την παρούσα οικονομική κατάσταση της χώρας, η οποία δημιουργεί έντονες πιέσεις στον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ άλλων, κρίνεται απαραίτητη η ενδεδειγμένη διερεύνηση της επίτευξης του βέλτιστου αποτελέσματος σε όρους κλινικής αποτελεσματικότητας, οικονομικής αποδοτικότητας και κοινωνικής ισότητας.

2.4 Διακυβέρνηση

Η διαχείριση και ο έλεγχος του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ηπατίτιδα C θα πρέπει να είναι ευθύνη κυρίως του δημόσιου τομέα, ενώ απαιτείται παράλληλη εμπλοκή όλων των αρμόδιων υπηρεσιών του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Απαραίτητος, δε, κρίνεται ο συντονιστικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας, δεδομένου ότι αποτελεί το θεσμικό όργανο άσκησης πολιτικής υγείας της χώρας.



2.5 Στρατηγικοί στόχοι

2.5.1 Δημιουργία του κατάλληλου κοινωνικού περιβάλλοντος

Η δημιουργία του κατάλληλου κοινωνικού περιβάλλοντος αφορά κατά κύριο λόγο στην αγωγή και προαγωγή της υγείας, μέσω ενημέρωσης του πληθυσμού για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C, προκειμένου να δημιουργηθούν ευνοϊκές προϋποθέσεις για την επίτευξη του σκοπού του Εθνικού Σχεδίου.

Εντός αυτού του πλαισίου εντάσσεται η αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους, η παροχή ίσων ευκαιριών στην πρόσβαση στη θεραπεία, η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τη διαθεσιμότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου, η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των ασθενών για τη διαθεσιμότητα των θεραπευτικών επιλογών, καθώς και η ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να επιτευχθεί ευαισθητοποίηση αναφορικά με την προσέγγιση των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την έγκαιρη διάγνωσή τους και στους υπάρχοντες ασθενείς για την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπισή τους και την τακτική παρακολούθησή τους.

2.5.2 Ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών

Η αποτελεσματική υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου προϋποθέτει τη συνέχιση της προσπάθειας για την ανάπτυξη και βελτίωση των εμπλεκόμενων υπηρεσιών στη φροντίδα υγείας (ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη), προκειμένου να είναι επιτυχής και αποτελεσματική η αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ασθενών.

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσονται οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και οι γιατροί πρώτης επαφής, οι οποίοι είναι και αυτοί που μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τη διαθεσιμότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου και στην υλοποίησή του. Επίσης, εντάσσονται γιατροί πρώτης επαφής που μπορούν να εντοπίσουν και να επικεντρωθούν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. γιατροί μονάδων απεξάρτησης, γιατροί Μονάδων Τεχνητού Νεφρού, γιατροί πολυματαγγιζόμενων ατόμων κ.ο.κ.), Κέντρα Αναφοράς μοριακού ελέγχου, καθώς και ηπατολογικά ιατρεία του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα.



Η διαδικασία ολοκλήρωσης των υπηρεσιών υγείας ξεκινάει από την έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση, την παραπομπή στην κατάλληλη θεραπεία ανάλογα με τα κριτήρια και τα στάδια της νόσου, καθώς και η καταγραφή και πιστοποίηση της επιτυχούς θεραπείας του ασθενούς.

2.5.3 Δημιουργία διατομεακού και διεθνούς δικτύου συνεργασίας

Ως επακόλουθο της ολοκλήρωσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ως προαπαιτούμενο για τη λειτουργία των ίδιων των υπηρεσιών, κρίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη ενός ανατροφοδοτούμενου δικτύου συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης για την έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση της νόσου, των υπηρεσιών υγείας οι οποίες διασφαλίζουν την εκπαίδευση και τη θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών συμπεριλαμβανομένης της μακροχρόνιας φροντίδας τους (για όσους απαιτείται), καθώς και όλων των φορέων που ασχολούνται με τη νόσο, όπως οι Σύλλογοι ασθενών, μη κυβερνητικές οργανώσεις συναφούς αντικειμένου με τη νόσο και σύλλογοι μειονοτικών πληθυσμών ή μεταναστών, ενώ ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο ρόλος του Γραφείου Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ.

Προς αυτό τον στόχο και με δεδομένο τον τρόπο μετάδοσης της νόσου, κύρια σημεία σε αυτή την διαδικασία είναι α) ο έλεγχος του αίματος μέσω της ασφαλούς αιμοδοσίας και β) η επικέντρωση στις ομάδες πληθυσμού που βρίσκονται σε κίνδυνο, όπως οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και οι έγκλειστοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Όσον αφορά στην ασφαλή αιμοδοσία, ισχύουν διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τον έλεγχο και την επιλογή των υποψήφιων αιμοδοτών, οι οποίες ακολουθούνται και στη χώρα μας, για τις οποίες όμως πρέπει να διασφαλιστεί η τήρηση και η συνέχεια. Από την άλλη πλευρά, για τις ομάδες πληθυσμού που αναφέρθηκαν, είναι σημαντική η εμπλοκή των αρμόδιων οργάνων της πολιτείας, όπως το Υπουργείο Δικαιοσύνης στην περίπτωση των έγκλειστων σε σωφρονιστικά ιδρύματα και το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη στην περίπτωση των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι, εκτός από τον εργαστηριακό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση των ασθενών, σημαντική είναι και η διαχείριση των ασθενών μετά την πλήρη θεραπεία τους, καθώς δεν αποκλείει την εκ νέου μόλυνση από τον HCV. Συνεπώς, χρήζει διερεύνησης η δημιουργία ενός μηχανισμού πρόληψης της επαναμόλυνσης των ατόμων μέσω της τακτικής παρακολούθησής τους.



Υπό αυτό το πρίσμα, εκτός από την ανάπτυξη του δικτύου συνεργασίας σε εθνικό επίπεδο, είναι αναγκαία η διασύνδεσή του με το ευρωπαϊκό δίκτυο για την επιτήρηση των ηπατιτίδων Β και C του European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Το συγκεκριμένο δίκτυο δραστηριοποιείται για τη βελτίωση των επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με τις ηπατίτιδες Β και C στην Ευρώπη, τη συλλογή ετησίων δεδομένων επιτήρησης των Ευρωπαϊκών χωρών, την παραγωγή τακτικών αναφορών επιτήρησης, τις εκδόσεις εκθέσεων για τα σχετικά θέματα και την ανάπτυξη εναλλακτικών πηγών επιδημιολογικών δεδομένων για τις ηπατίτιδες Β και C. Επομένως, η συνεργασία του εθνικού δικτύου με το αντίστοιχο ευρωπαϊκό μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των πολιτικών υγείας και των δράσεων για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C.

Τέλος, χρήσιμη θεωρείται και η συνεργασία με το European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), τον οργανισμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης που εστιάζει στη χρήση ναρκωτικών, στα νοσήματα που μεταδίδονται μέσω της χρήσης και στη χρήση ουσιών εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων.

2.5.4 Δημιουργία μηχανισμών συλλογής δεδομένων και πληροφοριών (registry) ως βάση για τον τεκμηριωμένο σχεδιασμό πολιτικής υγείας

Η επιδημιολογική καταγραφή των περιστατικών της ηπατίτιδας C μπορεί να επιτελέσει καταλυτικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, καθώς προσφέρει πλήθος πληροφοριών για την ταυτοποίηση των ήδη πασχόντων και τον εντοπισμό των πληθυσμιακών ομάδων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθούν με τον HCV, προκειμένου να είναι δυνατή η ανάπτυξη των κατάλληλων πολιτικών υγείας.

Σε αυτό το έργο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συνεργασία μεταξύ του ΚΕΕΛΠΝΟ, που αποτελεί τον βασικό φορέα επιδημιολογικής επιτήρησης της χώρας με τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος είναι ο κύριος πάροχος υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ) και ο οποίος διαθέτει ήδη ένα σημαντικό εργαλείο για την καταγραφή των περιστατικών της νόσου, το Θεραπευτικό Μητρώο Ασθενών με ηπατίτιδα C. Παρά το γεγονός ότι η ηπατίτιδα C είναι υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα, στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, υπάρχει σημαντική υποδήλωση. Επιπλέον, στο Θεραπευτικό Μητρώο συμπεριλαμβάνονται μόνο οι ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για λήψη των νέων διαθέσιμων θεραπειών. Επομένως, απαραίτητη θεωρείται η μέριμνα για τη δημιουργία συστήματος καταγραφής όλων των νέων περιστατικών της νόσου. Προς αυτό το σκοπό, είναι πολύ σημαντική η διασύνδεση των παραπάνω οργανισμών με



φορείς οι οποίοι πραγματοποιούν διαγνωστικούς ελέγχους στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, μεταξύ των οποίων και για την ηπατίτιδα C, όπως ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, το 18ΑΝΩ, το ΑΡΓΩ και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Επίσης, σημαντική κρίνεται η διασύνδεση με εξειδικευμένα εργαστήρια (πιστοποιημένα Κέντρα Αναφοράς), που θα αναλάβουν την εργαστηριακή διάγνωση, την επιβεβαίωση της HCV λοίμωξης και την παρακολούθηση των ασθενών όπως ορίζει η διεθνής πρακτική και η νομοθεσία.

2.6 Αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ηπατίτιδα C

Η υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ηπατίτιδα C με γνώμονα το γενικότερο σκοπό και τους επιμέρους στόχους αναμένεται να έχει τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Σταδιακή απομείωση των περιστατικών της νόσου καθώς και του σχετιζόμενου φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας μέσω της ισότιμης παροχής των κατάλληλων θεραπευτικών μέσων στους ασθενείς
- Μείωση της μεταδοτικότητας μέσω της αγωγής υγείας, της ενημέρωσης του πληθυσμού και της προώθησης προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας, ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου
- Εξάλειψη της ηπατίτιδας C ως μείζονα απειλή για τη δημόσια υγεία, η οποία θα επέλθει διαχρονικά από την επίτευξη των δύο παραπάνω αποτελεσμάτων, σύμφωνα με την παγκόσμια στρατηγική και τους στόχους του ΠΟΥ



3 Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου

3.1 Αναδιάρθρωση δομών και υπηρεσιών

Δράση 1: Απεικόνιση και αξιολόγηση των υπαρχουσών υγειονομικών δομών που σχετίζονται με τη διάγνωση, παρακολούθηση και θεραπεία ασθενών με ηπατίτιδα C

Περιγραφή

Για τη βελτίωση των ήδη υπαρχουσών δομών και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία η αναδιάρθρωση με στόχο την αποτελεσματικότητα της εργαστηριακής, κλινικής και θεραπευτικής πρακτικής, την αποδοτική χρήση των πόρων και την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στη φροντίδα υγείας. Εκτός από τη βελτίωση της θεραπευτικής διαδικασίας των ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα C, η αναδιάρθρωση των δομών και των υπηρεσιών στοχεύει στη σταδιακή μείωση των νέων HCV λοιμώξεων, αλλά και στη μείωση της θνησιμότητας εξαιτίας των ηπατικών επιπλοκών της HCV λοίμωξης που συνοδεύει την εκκρίωση της HCV λοίμωξης ειδικά σε ασθενείς με εγκατεστημένη κίρρωση.

Κατά συνέπεια, η αναδιάρθρωση πρέπει να διασφαλίζει την πρόληψη, την ευχερή πρόσβαση, την έγκαιρη και αξιόπιστη εργαστηριακή και κλινική διάγνωση, τη συνέχεια της φροντίδας και την ποιότητα των υπηρεσιών, ώστε να επιτευχθεί ο βασικός στόχος του σχεδίου, δηλαδή η εξάλειψη της νόσου έως το 2030.

Στόχοι

- Η ακριβής και αξιόπιστη καταγραφή των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην εργαστηριακή και κλινική διάγνωση, στην παρακολούθηση και τη θεραπεία της ηπατίτιδας C, καθώς και η αξιολόγηση της δράσης τους
- Η συμπλήρωση όλων των κενών των Δημόσιων Νοσοκομείων της Ελλάδας σε υλικοτεχνική υποδομή και σε ιατρικό, παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Έως την ανάπτυξη



επαρκούς δυναμικότητας του συνόλου των δομών, παραπομπή των ασθενών σε άλλα νοσοκομεία Αναφοράς (Hospital Referral Centers)

Ενέργειες υλοποίησης

- Καταγραφή δυναμικότητας Εξωτερικών Ηπατολογικών Ιατρείων στην Ελλάδα - Δημιουργία οργανωμένων Ηπατολογικών Κέντρων σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας
- Καταγραφή δυναμικότητας δημόσιων και ιδιωτικών Εργαστηρίων για ηπατολογικές εξετάσεις στην Ελλάδα. Ειδικότερα, χαρτογράφηση Εργαστηρίων διάγνωσης και παρακολούθησης ηπατιτίδων. Καταγραφή πιστοποιημένων Εργαστηρίων, Που έχουν τη δυνατότητα διενέργειας διαπιστευμένων εξετάσεων για την επιβεβαίωση της HCV λοίμωξης και τον μοριακό έλεγχο του ιού. Κάθε φορέας εργαστηριακού ελέγχου οφείλει να δηλώνει:
 - Δυνατότητα εκτέλεσης εξετάσεων για αντισώματα/αντιγόνα ιού ηπατίτιδας C
 - Δυνατότητα εκτέλεσης εξετάσεων μοριακής βιολογίας για τον ιό της ηπατίτιδας C (ποσοτική μέτρηση HCV-RNA, HCV γονοτύπωση)
 - Ύπαρξη βιοτράπεζας δειγμάτων ορών και ιστών.
- Πιστοποίηση και αξιολόγηση εργαστηρίων που παρέχουν υπηρεσίες για τον έλεγχο της HCV λοίμωξης
- Χαρτογράφηση δυνατότητας εκτέλεσης ελαστογραφίας ήπατος και υπερηχογραφικών πράξεων στα Δημόσια Νοσοκομεία και καταγραφή των ιδιωτικών Εργαστηρίων ή Κλινικών, όπου αυτές εκτελούνται
- Χαρτογράφηση Ακτινολογικών Τμημάτων Δημόσιων Νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών με δυνατότητα εκτέλεσης διαγνωστικών και επεμβατικών πράξεων που σχετίζονται με χρόνιες ιογενείς ηπατοπάθειες και επιπλοκές κίρρωσης ήπατος
- Χαρτογράφηση Παθολογοανατομικών Εργαστηρίων Δημόσιων Νοσοκομείων ή Πανεπιστημιακών Εργαστηρίων με υλικοτεχνική υποδομή επεξεργασίας και ιστολογικής διάγνωσης βιοψιών ήπατος
- Χαρτογράφηση εξωτερικών Γαστρεντερολογικών/Παθολογικών Ιατρείων-Κλινικών Δημόσιων Νοσοκομείων με δυνατότητα εκτέλεσης παρεμβατικών πράξεων σχετικών με χρόνια ηπατικά νοσήματα και επιπλοκών κίρρωσης ήπατος



- Χαρτογράφηση Χειρουργικών Κλινικών Δημόσιων Νοσοκομείων με υλικοτεχνική υποδομή και ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό με εμπειρία σε χειρουργική ήπατος-χοληφόρων
- Χαρτογράφηση Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας για την ηπατίτιδα C
- Καταγραφή Μονάδων Μεταμόσχευσης Ήπατος
- Ανάπτυξη χάρτη υπηρεσιών υγείας για την ηπατίτιδα C

Φορείς υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας - Business Intelligence Health (BIHealth), Άτλας Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΣΔΥ, Κέντρα Αναφοράς, Επιστημονικές Εταιρείες

Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

Περιοδική (ετήσια) επανεκτίμηση των δεικτών καταγραφής της δυναμικότητας των δομών

Χρονοδιάγραμμα

Αρχική εκτίμηση της υπάρχουσας δυναμικότητας: 1 έτος

Ετήσια αξιολόγηση επίτευξης στόχου για βελτίωση κατά 20% της δυναμικότητας των δομών

Συνολική εκτίμηση: 5 έτη



3.2 Πολιτικές για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Σχεδίου

1^{ος} άξονας: Αγωγή υγείας, πρόληψη και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού

Δράση 1: Ενημέρωση και ειδικά μέτρα πρόληψης σε χρήστες ναρκωτικών, έγκλειστους σε σωφρονιστικά ιδρύματα και σε ειδικούς πληθυσμούς (μειονοτικούς πληθυσμούς, πρόσφυγες και μετανάστες, εκδιδόμενα άτομα, άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες [MSM])

Δράση 2: Ενημέρωση και πρόληψη στο γενικό πληθυσμό με ιδιαίτερη έμφαση στην ενημέρωση των νέων

Δράση 3: Συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε χώρους παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα στους γιατρούς και νοσηλευτές πρώτης επαφής και στο προσωπικό ειδικών μονάδων

2ος Άξονας: Προσυμπτωματικός έλεγχος

Δράση 1: Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στο γενικό πληθυσμό

Δράση 2: Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στις ομάδες υψηλού κινδύνου

3ος Άξονας: Διάγνωση και θεραπεία

Δράση 1: Διαγνωστικά πρωτόκολλα στις υπηρεσίες υγείας πρώτης επαφής σε άτομα που πρέπει να υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο

Δράση 2: Βελτίωση της διαχείρισης των ασθενών, συνέχεια της φροντίδας και προτεραιοποίηση στα θεραπευτικά σχήματα

4ος Άξονας: Παρακολούθηση, αποκατάσταση και χρόνια φροντίδα

Δράση 1: Παρακολούθηση ασθενών και κατάλληλη φροντίδα



1ος Άξονας: Αγωγή υγείας, πρόληψη και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού

Δράση 1: Ενημέρωση και ειδικά μέτρα πρόληψης σε χρήστες ναρκωτικών, έγκλειστους σε σωφρονιστικά ιδρύματα και σε ειδικούς πληθυσμούς (μειονοτικούς πληθυσμούς, πρόσφυγες και μετανάστες, εκδιδόμενα άτομα, άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες [MSM])

Περιγραφή

Η έγκυρη ενημέρωση αναφορικά με τα χαρακτηριστικά και τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας C είναι ουσιώδης για την αντιμετώπισή της, καθώς συμβάλλει στη μείωση της επίπτωσής της, ιδιαίτερα σε ομάδες του πληθυσμού οι οποίες αντιμετωπίζουν παραδοσιακά υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό.

Επιπλέον, η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών για όλους είναι ζωτικής σημασίας για να μειωθεί η ευπάθεια στις ηπατίτιδες.

Δεδομένου ότι ορισμένες ομάδες του πληθυσμού έχουν δυσανάλογα μεγάλο φορτίο ηπατίτιδας C κρίνεται αναγκαία η λήψη μέτρων πρόληψης ειδικά για τις ομάδες αυτές. Ακόμη, λαμβάνοντας υπόψη την ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση της εισροής μεταναστών και προσφύγων στη χώρα μας τα τελευταία έτη, απαιτείται η προσαρμογή των δράσεων πρόληψης της ηπατίτιδας C στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, προκειμένου να προστατευθεί η υγεία των ίδιων των ατόμων και η δημόσια υγεία.

Στόχοι

- Μείωση του επιπολασμού HCV στους νέους ΧΕΝ (με διάρκεια χρήσης έως 2 έτη) κατά 20% μέχρι το 2020 (46%) και κατά 80% μέχρι το 2030 (12%) σε σχέση με το 2014 (57,5%) (Παράρτημα V)
- Μείωση του κινδύνου επαναμόλυνσης σε ΧΕΝ που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία HCV
- Ενίσχυση της δράσης υπέρ των πρακτικών μείωσης της βλάβης στους ΧΕΝ (ασφαλέστερη χρήση, προγράμματα διανομής/ανταλλαγής συρίγγων, εισαγωγή σε προγράμματα υποκατάστασης με οπιοειδή)



- Βελτίωση της πρόσβασης των ΧΕΝ στο υγειονομικό υλικό (πχ σύριγγες) και την παροχή υποστήριξης
- Βελτίωση της πρόσβασης των κρατουμένων στις φυλακές σε μέτρα πρόληψης, υποστήριξης και συμβουλευτικής για τη μείωση της επίπτωσης των ηπατιτίδων – Βελτίωση νομικού πλαισίου
- Ενδυνάμωση της πρόληψης στα παρανόμως εκδιδόμενα άτομα μέσω της ενίσχυσης της υγειονομικής υποστήριξης και της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα, της δημιουργίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος, της ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης επικεντρωμένα στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων και της αύξησης της διαθεσιμότητας και της αποδοχής της χρήσης προφυλακτικών από τα εκδιδόμενα άτομα και τους πελάτες τους
- Υιοθέτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών συμπεριφορών και ιδιαίτερα η συστηματική χρήση προφυλακτικού σε MSM ή άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους
- Ευχερής πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για παροχή εργαστηριακού ελέγχου, ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, συμβουλευτικής και διαγνωστικού ελέγχου και θεραπείας των ηπατιτίδων τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για τις ομάδες με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου
- Ενίσχυση της συμμετοχής της κοινότητας στη διαμόρφωση παρεμβάσεων
- Μείωση κοινωνικού στίγματος και στήριξη συμπεριφορών ενάντια στο ρατσισμό και τη διάκριση
- Δωρεάν και απρόσκοπτη πρόσβαση των προσφύγων και μεταναστών σε εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη και φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των απαιτούμενων εξετάσεων και των συνοδών φαρμάκων
- Βελτίωση της πρόσβασης των προσφύγων στην πληροφόρηση τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και εργαστηριακής διάγνωσης και θεραπείας

Ενέργειες υλοποίησης

- Σύνδεση της ελληνικής εκστρατείας με την αντίστοιχη ευρωπαϊκή και παγκόσμια εκστρατεία για την εξάλειψη των ιογενών ηπατιτίδων και εναρμόνιση με τη Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Καταπολέμηση των Ναρκωτικών



- Υπογραφή μνημονίου συνεργασίας και υλοποίησής του με τους αντίστοιχους κρατικούς φορείς για την απεξάρτηση και υποκατάσταση, με σκοπό τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τα προγράμματα πρόληψης, παρέμβασης και θεραπείας στους χρήστες
- Ενίσχυση και επέκταση των διαθέσιμων δομών για την παροχή υπηρεσιών στους ΧΕΝ, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται υπηρεσίες συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, παραπομπής σε προγράμματα απεξάρτησης, διαγνωστικού ελέγχου, καθώς και σε προγράμματα χορήγησης και ανταλλαγής συρίγγων και βελονών (μέσω street work ή κινητών μονάδων)
- Ενημερωτικές εκστρατείες για την αύξηση διαθεσιμότητας και αποδοχής της χρήσης προφυλακτικού
- Ευαισθητοποίηση της διοικητικής δομής των φυλακών για τη δημιουργία και ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης των ηπατιτίδων– Βελτίωση της αντίστοιχης νομοθεσίας
- Εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των φυλακών στην πρόληψη και στον έλεγχο των ηπατιτίδων με μεθόδους ταχείας διάγνωσης
- Επανεκτίμηση του νομοθετικού πλαισίου για τον έλεγχο, την παροχή θεραπείας και υποστήριξης στα εκδιδόμενα άτομα, καθώς και για την αδειοδότηση των εκδιδόμενων ατόμων
- Αύξηση διανομής συρίγγων από 70/ΧΕΝ/έτος, που είναι η τρέχουσα κατάσταση, σε 200 σύριγγες/ΧΕΝ/έτος έως το 2018 και σε 300 σύριγγες/ΧΕΝ/έτος έως το 2020
- Προώθηση ενημερωτικού υλικού και εκπαιδευτικών εκδηλώσεων για την πρόληψη μετάδοσης της νόσου, ιδιαίτερα στους ασθενείς που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι έγκλειστοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα, οι ΧΕΝ και τα εκδιδόμενα άτομα
- Προγράμματα για ΧΕΝ που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία HCV ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επαναμόλυνσης (εισαγωγή σε προγράμματα υποκατάστασης/απεξάρτησης, προγράμματα συμβουλευτικής ψυχικής υγείας/mental health counselling)
- Ανάπτυξη κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου για χώρους εποπτευόμενης χρήσης ναρκωτικών ουσιών υπό την αιγίδα του OKANA
- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων Ενημέρωσης, Αγωγής Υγείας και μελέτης τροποποίησης συμπεριφοράς για το μεταναστευτικό/προσφυγικό πληθυσμό



καθώς και των προγραμμάτων που αποσκοπούν στην ενίσχυση της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες

- Διασύνδεση των προγραμμάτων πρόληψης, ταχείας διάγνωσης και θεραπείας με τους χώρους υποδοχής και ταυτοποίησης και τους χώρους φιλοξενίας προσφύγων/μεταναστών
- Μετάφραση/πολιτισμική προσαρμογή του ενημερωτικού υλικού στις γλώσσες των μεταναστών
- Αξιολόγηση του νομοθετικού πλαισίου για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των προσφύγων/μεταναστών

Φορείς υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΣΔΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 18ΑΝΩ, ΑΡΓΩ, Εταιρείες στα πλαίσια της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, ΜΚΟ το αντικείμενο των οποίων έχει συνάφεια με τη νόσο, Επιστημονικές εταιρείες (πχ ΕΕΜΗ, Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, ΕΕΕΛ), Υπουργείο Δικαιοσύνης, Ηπατολογικά Ιατρεία Νοσοκομείων, Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος, Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Κέντρα Αναφοράς, ΔΟΜ, UNCHR

Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

- Καταγραφή αριθμού συρίγγων ανά χρήστη ανά έτος
- Αξιολόγηση του επιπολασμού anti-HCV σε νέους ΧΕΝ ανά έτος όπως προκύπτει από τα δεδομένα του ΕΚΤΕΠΝ
- Εκτίμηση επίπτωσης σε χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών με εφαρμογή μοντέλων

Χρονοδιάγραμμα

Περιοδική (ανά έτος) αξιολόγηση του αριθμού συρίγγων ανά ΧΕΝ ανά έτος και του επιπολασμού anti-HCV στους νέους ΧΕΝ

Συνολική εκτίμηση προγραμμάτων:

3 έτη για τους άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες



3 έτη για τους ΧΕΝ

5 έτη για τα σωφρονιστικά ιδρύματα

3 έτη για τα παρανόμως εκδιδόμενα άτομα

3 έτη για τους πρόσφυγες/μετανάστες



Δράση 2: Ενημέρωση και πρόληψη στον γενικό πληθυσμό με ιδιαίτερη έμφαση στην ενημέρωση των νέων

Περιγραφή

Η έγκυρη ενημέρωση του πληθυσμού αναφορικά με τα χαρακτηριστικά και τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας C είναι ουσιώδης για την αντιμετώπισή της, καθώς συμβάλλει στη μείωση της επίπτωσής της και στη σταδιακή επίτευξη της εξάλειψής της.

Επιπλέον, είναι απαραίτητη η συστηματική και συνεχής διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού, προκειμένου να επιτευχθεί η εξάλειψη κάθε μορφής διακρίσεων και η καταπολέμηση του στιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού των ανθρώπων που ζουν με ηπατίτιδα C ή των ΧΕΝ και των εκδιδομένων προσώπων.

Στόχοι

- Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού - Αύξηση γνώσης των τρόπων μετάδοσης/πρόληψης των ηπατιτίδων, με έμφαση στους νέους
- Μείωση της επίπτωσης της ηπατίτιδας C
- Ευχερής πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για παροχή εργαστηριακού ελέγχου, ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, συμβουλευτικής και διαγνωστικού ελέγχου και θεραπείας των ηπατιτίδων

Ενέργειες υλοποίησης

- Καθιέρωση ημέρας ιογενούς ηπατίτιδας
- Διοργάνωση ετήσιας εκστρατείας ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού την 28^η Ιουλίου, με ιδιαίτερη έμφαση στην καταπολέμηση του στιγματισμού, τη σωστή χρήση προφυλακτικού και το συστηματικό εργαστηριακό έλεγχο
- Βελτίωση του επιπέδου επαγρύπνησης και ενίσχυση συμπεριφορών που ευνοούν την πρόληψη



- Σχεδιασμός ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος σεξουαλικής αγωγής και πρόληψης στα σχολεία - Κατάρτιση ειδικού εγχειριδίου με στόχο την ενημέρωση εκπαιδευτικών σχετικά με την πρόληψη των ιογενών ηπατιτίδων
- Σύνδεση της ελληνικής εκστρατείας με την αντίστοιχη ευρωπαϊκή και παγκόσμια εκστρατεία για την εξάλειψη των ιογενών ηπατιτίδων
- Διοργάνωση προωθητικών εκδηλώσεων (διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων, ομιλίες) με διαφορετικό στόχο ανά κοινό και ανά εποχή
- Επικαιροποίηση και αποστολή ενημερωτικού υλικού και υλοποίηση από το Υπουργείο Υγείας παιδαγωγικών ή εκπαιδευτικών εκστρατειών ενημέρωσης και επικοινωνίας στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (έντυπη μορφή, τηλεόραση, ραδιόφωνο)– Ανάρτηση στον δικτυακό τόπο του ΚΕΕΛΠΝΟ και των σχετικών φορέων
- Αξιολόγηση και αναβάθμιση των διαθέσιμων τηλεφωνικών γραμμών για τις ηπατίτιδες (hotlines)
- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων ενημέρωσης, αγωγής υγείας και τροποποίησης συμπεριφοράς

Φορείς υλοποίησης

Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΣΔΥ, Κέντρα Αναφοράς, ΑΕΙ - ΤΕΙ, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Ηπατολογικά Ιατρεία, Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος

Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

- Έρευνα για την επίτευξη ενημέρωσης στα παιδιά και στους νέους για τους τρόπους μετάδοσης και πρόληψης (μέσω ερωτηματολογίων)
- Περιοδική έρευνα για την αποτύπωση των γνώσεων και στάσεων του πληθυσμού αναφορικά με τις ιογενείς ηπατίτιδες

Χρονοδιάγραμμα

1^ο έτος: - Έρευνα στάσεων και γνώσεων



- Εφαρμογή προγραμμάτων

Περιοδική επαναληπτική έρευνα και επανακαθορισμός των παραμέτρων των ενεργειών της δράσης



Δράση 3: Συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε χώρους παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα στους γιατρούς και νοσηλευτές πρώτης επαφής και στο προσωπικό ειδικών μονάδων

Περιγραφή

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις ηπατίτιδες και ιδιαίτερα στην HCV λοίμωξη και στα νεότερα επιστημονικά δεδομένα είναι σημαντική και απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας της τρέχουσας πρακτικής, καθώς και την προστασία των ίδιων των επαγγελματιών υγείας από την έκθεση στον ιό.

Στόχοι

- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας για τις ηπατίτιδες, με έμφαση στη σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου
- Πρόληψη του κινδύνου που συνδέεται με τα ατυχήματα έκθεσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και γενικότερα στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας (υιοθέτηση διεθνών πρακτικών πρόληψης)
- Βελτίωση του επιπέδου επαγρύπνησης των εργαζομένων και καθολική εφαρμογή των μέτρων πρόληψης
- Ασφάλεια στις μεταγγίσεις αίματος- αιμοκάθαρση
- Ασφάλεια σε όλες τις επεμβατικές ιατρικές και οδοντιατρικές πράξεις
- Πρόληψη της μετάδοσης από τη μητέρα προς το παιδί, μέσω της πρόληψης και θεραπείας των νέων γυναικών πριν μπουν στη διαδικασία να τεκνοποιήσουν

Ενέργειες υλοποίησης

- Καταγραφή και παρακολούθηση των περιπτώσεων μετά από επαγγελματική έκθεση
- Διαμόρφωση νομοθετικού πλαισίου για την προστασία του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς



- Καθολική εφαρμογή των νεότερων τεχνολογιών (Nucleic Acid Testing - NAT) για την ενίσχυση της ασφάλειας των μεταγγίσεων και εποπτεία εφαρμογής της αντίστοιχης κοινοτικής οδηγίας
- Διαμόρφωση και εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου για την αποζημίωση των διαγνωστικών εξετάσεων μοριακού ελέγχου ηπατίτιδας με βάση την διενέργειά τους από πιστοποιημένα διαγνωστικά εργαστήρια
- Ενσωμάτωση του ελέγχου για ηπατίτιδες στον καθιερωμένο προληπτικό έλεγχο για κάθε έγκυο γυναίκα που ενδεχομένως ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου

Φορείς υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΣΔΥ, ΑΕΙ-ΤΕΙ, Κέντρα Αναφοράς, Επιστημονικές Εταιρείες, ΜΚΟ το αντικείμενο των οποίων έχει συνάφεια με τη νόσο, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες, Κέντρα Υγείας

Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

- Παρακολούθηση της εφαρμογής των νεότερων τεχνολογιών για την ενίσχυση της ασφάλειας των μεταγγίσεων
- Ποσοστό των εγκύων γυναικών που ελέγχονται για ηπατίτιδες
- Καταγραφή των στάσεων και συμπεριφορών μέσω ομάδας εμπειρογνομόνων (expert panel)
- Αρχεία επαγγελματικής έκθεσης
- Προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας
- Αριθμός επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν σε προγράμματα εκπαίδευσης

Χρονοδιάγραμμα

5 έτη

1^ο έτος: εφαρμογή των ενεργειών της δράσης



2^ο έτος: πραγματοποίηση του expert panel και αναδιάρθρωση δραστηριοτήτων

3^ο έτος -5^ο έτος: εφαρμογή των ενεργειών με τις νέες παραμέτρους



2ος Άξονας: Προσυμπτωματικός έλεγχος (Screening)

Δράση 1: Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στο γενικό πληθυσμό

Περιγραφή

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C, καθώς έτσι μπορεί να επιτευχθεί η διάγνωση της νόσου και η λήψη κατάλληλης θεραπείας. Οι δοκιμασίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τον προσυμπτωματικό έλεγχο της ηπατίτιδας C (δηλαδή για έλεγχο αντισωμάτων έναντι του HCV [anti-HCV]) περιγράφονται στο Παράρτημα Ι. Με γνώμονα τα υψηλά ποσοστά αδιάγνωστων ασθενών, η δημιουργία οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου θα συμβάλλει στην αύξηση της πρώιμης διάγνωσης ικανού αριθμού ασθενών και την έγκαιρη ένταξή τους σε θεραπευτικά προγράμματα, γεγονός που είναι ιδιαίτερης σημασίας για τα ασυμπτωματικά στάδια της νόσου, όπου η πλήρης ίαση είναι εφικτή.

Στόχοι

Αύξηση του ποσοστού των διαγνωσμένων ασθενών στο γενικό πληθυσμό από 19% το 2012 σε 40% το 2020 και 90% το 2030

Ενέργειες υλοποίησης

- Οργάνωση προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου με προτεραιότητα στα άτομα με έτος γέννησης 1945-1980 (birth cohort screening)
- Ενσωμάτωση του ελέγχου για anti-HCV στις συστάσεις των γενικών προληπτικών εξετάσεων στον πληθυσμό-στόχο
- Καθιέρωση εβδομάδας ελέγχου για HCV, στα πλαίσια της ετήσιας ευρωπαϊκής εβδομάδας ελέγχου για τον HIV και τις ηπατίτιδες (European HIV-Hepatitis Testing Week)
- Προώθηση του εθελοντικού διαγνωστικού ελέγχου για ηπατίτιδες



- Καταγραφή όλων των anti-HCV θετικών αποτελεσμάτων που διαπιστώνονται στα Γενικά Κρατικά Νοσοκομεία και στα Ηπατολογικά Εργαστήρια της χώρας με ταυτοποίηση μέσω ΑΜΚΑ

Φορείς υλοποίησης

Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας Υπουργείου Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, Επαγγελματίες υγείας, Κέντρα Αναφοράς, Πανεπιστήμια

Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

- Καταγραφή αριθμού ατόμων εξεταζόμενου πληθυσμού
- Καταγραφή νέων διαγνώσεων ανά έτος
- Εκτίμηση του ποσοστού των διαγνωσμένων ασθενών (στο σύνολο του εκτιμώμενου αριθμού ασθενών στην Ελλάδα)
- Αύξηση των διαγνώσεων της HCV στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Χρονοδιάγραμμα

5 έτη



Δράση 2: Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στις ομάδες υψηλού κινδύνου

Περιγραφή

Εκτός από τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στο γενικό πληθυσμό, για την επιτυχή αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C απαιτείται η προσαρμογή τέτοιων προγραμμάτων για την κατάλληλη προσέγγιση των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπου και παρατηρείται υψηλότερος επιπολασμός της νόσου.

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου **HCV** λοίμωξης περιλαμβάνονται:

- Όλα τα άτομα που έχουν αυξήσεις τρανσαμινασών
- Πρώην και ενεργοί χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
- Όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του ή μεταμόσχευση οργάνου πριν από το 1992
- Όσοι έχουν υποβληθεί ή υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό
- Όσοι έχουν εκτεθεί παρεντερικά σε δυνητικά μολυσμένα ιατρικά ή παραϊατρικά εργαλεία
- Ερωτικοί σύντροφοι ατόμων με ηπατίτιδα C
- Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους
- Παιδιά μητέρων με ηπατίτιδα C
- Ασθενείς με HIV λοίμωξη
- Ασθενείς με χρόνια HBV λοίμωξη
- Έγκλειστοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα
- Μετανάστες από χώρες που εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό ηπατίτιδας C

Στόχοι

- Αύξηση των διαγνώσεων των ασθενών με HCV και διασύνδεση με τη θεραπεία
- Ένταξη του ελέγχου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας



Ενέργειες υλοποίησης

- Σύσταση για εφάπαξ προσυμπτωματικό έλεγχο αντισωμάτων έναντι του HCV σε όλα τα άτομα υψηλού κινδύνου, καθώς και ο περιοδικός (ετήσιος) έλεγχος ατόμων σε συνεχή κίνδυνο HCV λοίμωξης (πχ ενεργοί χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, αιμοκαθαιρόμενοι, άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, έγκλειστοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα)
- Ενίσχυση προσυμπτωματικού ελέγχου σε ΧΕΝ στα κέντρα υποκατάστασης και απεξάρτησης
- Ενίσχυση της παρέμβασης στο δρόμο (street work, κινητές μονάδες κ.α.) στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- Δωρεάν διάθεση ορολογικού ελέγχου σε Ρομά, αστέγους και μετανάστες από χώρες υψηλού επιπολασμού
- Οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στους έγκλειστους σε σωφρονιστικά ιδρύματα
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Επιβεβαιωτικός έλεγχος όσων δειγμάτων χαρακτηρίστηκαν θετικά με μεθόδους ταχείας διάγνωσης σε πιστοποιημένα Κέντρα Αναφοράς, με διαπιστευμένες μεθόδους, προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία της εργαστηριακής διάγνωσης, στην οποία βασίζεται η χορήγηση των κατάλληλων θεραπευτικών σχημάτων και η παρακολούθηση των περιστατικών
- Καταγραφή όλων των anti-HCV θετικών αποτελεσμάτων που διαπιστώνονται στα Γενικά Κρατικά Νοσοκομεία και στα Ηπατολογικά Εργαστήρια της χώρας με ταυτοποίηση μέσω ΑΜΚΑ

Φορείς υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΜΚΟ το αντικείμενο των οποίων έχει συνάφεια με τη νόσο, ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, Κέντρα Απεξάρτησης, Σωφρονιστικά Ιδρύματα, ΕΚΕΑ, Κέντρα Αναφοράς

**Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων**

- Αριθμός ατόμων που ελέγχθηκαν για anti-HCV
- Αριθμός ατόμων που διαγνώστηκαν
- Αριθμός ατόμων που διασυνδέθηκαν με τη θεραπεία
- Αύξηση των διαγνώσεων της HCV στις ομάδες υψηλού κινδύνου στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Καταγραφή ποσοστού ΧΕΝ σε προγράμματα υποκατάστασης και NSP και σε στεγνά προγράμματα απεξάρτησης που εξετάζονται για HCV

Χρονοδιάγραμμα

5 έτη



3ος Άξονας: Διάγνωση και θεραπεία

Δράση 1: Διαγνωστικά πρωτόκολλα στις υπηρεσίες υγείας πρώτης επαφής σε άτομα που πρέπει να υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο

Περιγραφή

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της ιογενούς ηπατίτιδας απαιτεί έγκαιρη διάγνωση. Σε πρόσφατη έρευνα στη χώρα μας, εκτιμήθηκε ότι περίπου 80% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C πιθανόν δεν γνωρίζει ότι έχει τη μόλυνση, ενώ υπολογίζεται ότι μόνο το 58% των διαγνωσμένων ασθενών έχει λάβει θεραπεία (Paratheodoridis et al., 2015). Η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που γνωρίζουν ότι πάσχουν από ηπατίτιδα C αποτελεί πρωταρχικό στόχο του παρόντος Σχεδίου Δράσης. Οι δοκιμασίες που απαιτούνται για την επιβεβαίωση της παρουσίας ηπατίτιδας C σε άτομα που βρίσκονται anti-HCV θετικά στον προσυμπτωματικό έλεγχο περιγράφονται στο Παράρτημα Ι.

Στόχοι

- Εφαρμογή του εργαστηριακού ελέγχου ως πρότυπο φροντίδας
- Βελτιστοποίηση της τεχνολογίας εργαστηριακής διάγνωσης και παρακολούθησης
- Έγκριση λειτουργίας Κέντρων Αναφοράς Ηπατιτίδων
- Αποζημίωση των εξετάσεων γονοτύπου και της ελαστογραφίας ήπατος
- Η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που γνωρίζουν ότι πάσχουν από ιογενή ηπατίτιδα σε 40% έως το 2020 και 80% έως το 2030

Ο Αύξηση των νέων διαγνώσεων ανά έτος (με βάση εκτιμήσεις της ομάδας εργασίας του Σχεδίου για την επίτευξη των στόχων του ΠΟΥ – Παράρτημα ΙΙΙ):

- 2015-2016: 4.000
- 2017-2019: 4.800
- 2020-2021: 6.820
- 2022-2023: 6.130
- 2024-2030: 5.300



Ενέργειες υλοποίησης

- Βελτίωση της πολιτικής εργαστηριακής διάγνωσης, μέσω της τήρησης των κατευθυντηρίων οδηγιών του CDC σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του HCV που θα πρέπει να ενταχθεί στις εφαρμογές προσυμπτωματικού ελέγχου ως μέρος ευρύτερων προγραμμάτων υγείας, τα οποία εφαρμόζονται χωρίς τα άτομα να συμμετέχουν στη χρηματοδότηση ή την ασφάλισή τους
- Επιβεβαίωση της HCV λοίμωξης με έλεγχο για HCV RNA ορού με ευαίσθητη μέθοδο, ή επί αδυναμίας με προσδιορισμό του HCV core αντιγόνου (HCVcAg), και ταυτοποίηση του HCV γονοτύπου σε εργαστήρια αναφοράς που χρησιμοποιούν διαπιστευμένες μεθόδους
- Κοστολόγηση και αποζημίωση των εξετάσεων γονοτύπου και της ελαστογραφίας ήπατος
- Συνέχιση της διαδικασίας διαπραγμάτευσης

Φορείς υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, Κέντρα Αναφοράς, ΕΚΕΑ, ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ, ΑΡΓΩ

Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

- Καταγραφή αριθμού διαγνώσεων ανά έτος στον γενικό πληθυσμό και στις ομάδες υψηλού κινδύνου
- Καταγραφή αριθμού εξεταζόμενων και των αποτελεσμάτων των διενεργούμενων εξετάσεων από Δημόσια Νοσοκομεία - Δημιουργία προγράμματος εργαστηριακής δήλωσης νοσημάτων από τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Αναφοράς της χώρας προς το ΚΕΕΛΠΝΟ
- Καταγραφή αριθμού anti-HCV θετικών που ελέγχονται με HCV RNA ή HCVAg και αριθμού τέτοιων ατόμων που επιβεβαιώνεται ότι έχουν HCV λοίμωξη και δήλωση των θετικών αποτελεσμάτων από τα Κέντρα Αναφοράς στο ΚΕΕΛΠΝΟ

Χρονοδιάγραμμα

5 έτη



Δράση 2: Βελτίωση της διαχείρισης των ασθενών, συνέχεια της φροντίδας και προτεραιοποίηση στα θεραπευτικά σχήματα

Περιγραφή

Αναμφίβολα, όλα τα άτομα θα πρέπει να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες φροντίδας τις οποίες έχουν ανάγκη, ενώ οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να είναι επαρκούς ποιότητας ώστε να είναι αποτελεσματικές. Απαιτείται η δημιουργία ενός περιβάλλοντος παροχής ιατρικών υπηρεσιών, μέσω των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, το οποίο να διασφαλίζει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C θα πρέπει να σέβονται τις αρχές ισότητας και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η αλληλουχία των υπηρεσιών φροντίδας των ασθενών με ηπατίτιδα C θα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική, καθολική, προσβάσιμη και ισότιμη, να βασίζεται στην κοινότητα και να είναι υψηλής ποιότητας ώστε να διασφαλίζεται ότι κανένας δεν θα υπολείπεται.

Τα σχήματα που προτείνονται σήμερα ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς με βάση τον πρόσφατο κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων (ΦΕΚ: 2296/06-07-2017) και τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες ΕΕΜΗ/ΚΕΕΛΠΝΟ φαίνονται στο Παράρτημα II (ΕΟΠΥΥ, 2017; Παπαθεοδωρίδης και συν, 2017).

Στόχοι

- Μείωση των HCV σχετιζόμενων θανάτων κατά 10% μέχρι το 2020 και κατά 65% μέχρι το 2030 (Παράρτημα V)
- Μείωση της επίπτωσης (λόγω της ίασης των ασθενών)
- Αύξηση ασθενών με χρόνια HCV λοίμωξη που θα λαμβάνουν αντιική θεραπεία και θα θεραπεύονται με το βέλτιστο σχήμα που προσφέρει την υψηλότερη αποτελεσματικότητα και την καλύτερη ασφάλεια και ανοχή
- Αύξηση της θεραπευτικής κάλυψης σε DAAs/έτος (τουλάχιστον) (με βάση εκτιμήσεις της ομάδας εργασίας του Σχεδίου για την επίτευξη των στόχων του ΠΟΥ – Παράρτημα III):



- ο 2015-16: 900 ασθενείς
 - ο 2017-19: 4.700 ασθενείς
 - ο 2020-21: 6.800 ασθενείς
 - ο 2022-23: 6.800 ασθενείς
 - ο 2024-30: 7.000 ασθενείς
- Παροχή ισότιμης πρόσβασης σε φροντίδα υγείας
 - Ταυτοποίηση των πληθυσμών και των περιοχών υψηλού κινδύνου και ανάλογη προσαρμογή των υπηρεσιών φροντίδας ασθενών με ηπατίτιδα C
 - Έγκαιρη διαπίστωση ανάγκης έναρξης θεραπείας
 - Διεύρυνση και βελτίωση της σύνδεσης θεραπείας και φροντίδας
 - Βελτίωση της πρόσβασης των ευάλωτων στη θεραπεία και σε ποιοτική φροντίδα
 - Πρόσβαση ικανού αριθμού ασθενών στη θεραπεία

Ενέργειες υλοποίησης

- Διεύρυνση κριτηρίων και ευρύτερη δημοσιοποίηση και προώθηση των επικαιροποιημένων κατευθυντηρίων οδηγιών του ΚΕΕΛΠΝΟ και της ΕΕΜΗ για τη χορήγηση θεραπείας
- Οργάνωση και ενίσχυση λειτουργίας ηπατολογικών κέντρων
- Επέκταση του θεραπευτικού μητρώου σε μητρώο ασθενών με ηπατίτιδα C και προώθηση σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα στους γιατρούς πρώτης επαφής
- Αύξηση ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία με DAAs, για την επίτευξη των στόχων του ΠΟΥ
- Διευκόλυνση διαδικασιών/μείωση φραγμών για την έναρξη θεραπείας (π.χ. χορήγηση θεραπείας σε ΧΕΝ σε συνεργασία με ΟΚΑΝΑ)
- Παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών επικεντρωμένων στον ασθενή: ειδικότερα, απαιτούνται ολοκληρωμένες υπηρεσίες στήριξης για τους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών και έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία τυχόν συνοδών λοιμώξεων (HBV, HIV, φυματίωση)



- Τακτική παρακολούθηση της αλληλουχίας εμφάνισης και εξέλιξης της ηπατίτιδας, σε διαφορετικούς πληθυσμούς και περιβάλλοντα, για τον καθορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την πρόταση πιθανών προσαρμογών
- Διεύρυνση δυνατότητας μετατόπισης και διαμοιρασμού της εργασίας, για παράδειγμα, εμπλέκοντας τους γενικούς ιατρούς στην παροχή φροντίδας της ιογενούς ηπατίτιδας ως γιατροί πρώτης επαφής για τη διάγνωση της νόσου και παραπομπή των διαγνωσμένων ασθενών σε ειδικούς γιατρούς
- Συμμετοχή των οργανισμών κοινωνικής δράσης και των εργαζομένων για την επίτευξη ισότιμης πρόσβασης στην παροχή υγειονομικής φροντίδας έναντι της ηπατίτιδας, ιδιαίτερα αναφορικά με τους ευάλωτους πληθυσμούς (όπως οι χρήστες ουσιών, οι Ρομά και οι πρόσφυγες)
- Χρήση τεκμηριωμένων κλινικών μέτρων για τη βελτίωση της φροντίδας και της θεραπείας της ηπατίτιδας C, καθώς βοηθούν στη μέτρηση και παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στα διάφορα στάδια φροντίδας του ασθενούς, όπως η έκβαση, οι κλινικές διεργασίες, η συμμόρφωση του ασθενούς και ο συντονισμός της περίθαλψης
- Ταυτοποίηση και αναπαραγωγή αποτελεσματικών προτύπων παροχής περίθαλψης και θεραπείας
- Διερεύνηση μεταξύ εναλλακτικών θεραπευτικών σεναρίων από ερευνητικά αποτελέσματα, ανάλογα με τον γονότυπο του ιού, για τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με οξεία HCV λοίμωξη και κυρίως τη συμφερότερη προσέγγιση ως προς την αναλογία κόστους/αποτελεσματικότητας
- Συστηματικός έλεγχος της πορείας του ασθενούς και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας
- Τακτικός έλεγχος με εργαστηριακές μεθόδους των ασθενών, ιδιαίτερα των ομάδων υψηλού κινδύνου, για τυχόν εμφάνιση συννοσηροτήτων σχετικών με την HCV λοίμωξη

Φορείς υλοποίησης



Υπουργείο Υγείας, ΕΟΠΥΥ, Επαγγελματίες υγείας, Κέντρα Αναφοράς, Ηπατολογικά Ιατρεία, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Επιστημονικές Εταιρείες (πχ ΕΕΜΗ)

Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

Αριθμός HCV-σχετιζόμενων θανάτων ανά έτος (ICD) και ανά γεωγραφική περιοχή της χώρας

Με βάση το θεραπευτικό μητρώο: 1) Αριθμός ασθενών από το μητρώο ηπατίτιδας C που έλαβαν θεραπεία ανά στάδιο ίνωσης και ανά γονότυπο κατ' έτος, 2) Ποσοστό ασθενών που έλαβε θεραπεία προς το σύνολο των διαγνωσμένων, 3) Ποσοστό ασθενών που έλαβε θεραπεία και πέτυχε μακροχρόνια ιολογική ανταπόκριση

Χρονοδιάγραμμα

5 έτη



4ος Άξονας: Παρακολούθηση, αποκατάσταση και χρόνια φροντίδα

Δράση 1: Παρακολούθηση ασθενών και κατάλληλη φροντίδα

Περιγραφή

Η παρακολούθηση των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα C είναι σημαντική για την έγκαιρη διάγνωση μετάπτωσης σε χρόνια HCV λοίμωξη. Όταν η νόσος παραμένει ανεξέλεγκτη, οδηγεί σε πρόοδο της ηπατικής ίνωσης, συχνή μετάπτωση σε κίρρωση, σε επιπλοκές πυλαίας υπέρτασης και πιθανή εγκατάσταση ΗΚΚ. Για όλους αυτούς τους λόγους, η παρακολούθηση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C είναι αναγκαία προκειμένου να προλαμβάνονται όλες οι ανωτέρω επιπλοκές και συννοσηρότητες.

Παράλληλα, δεν πρέπει να αμελούνται τα δικαιώματα των ασθενών σχετικά με την πρόσβαση σε κατάλληλη φροντίδα υγείας και στην φυσιολογική ζωή. Η παρακολούθηση των ασθενών εξαρτάται κυρίως από το αν πρόκειται να λάβουν άμεσα θεραπεία και από τη φάση και τη σοβαρότητα της ηπατικής νόσου (Παράρτημα IV).

Στόχοι

- Ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
- Άρση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος
- Πρόληψη επιπλοκών και συννοσηροτήτων που σχετίζονται με τον HCV
- Πρόληψη μετάδοσης του ιού
- Μείωση του κινδύνου επαναμόλυνσης
- Πρόληψη της επανέκθεσης στον ιό των ασθενών υψηλού κινδύνου, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας

Ενέργειες υλοποίησης

- Παρακολούθηση όλων των ασθενών με HCV λοίμωξη από εξειδικευμένο ιατρό



- Σε ασθενείς με οξεία HCV λοίμωξη οι οποίοι δεν θα λάβουν θεραπεία: περιοδικός εργαστηριακός έλεγχος συγκεκριμένων δεικτών και επανέλεγχος για HCV RNA ορού στους 6 μήνες από τη διάγνωση της οξείας HCV λοίμωξης για διάγνωση της τυχόν μετάπτωσης σε χρόνια HCV λοίμωξη (Παράρτημα IV)
- Σε ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξη, που δεν λαμβάνουν θεραπεία για οποιοδήποτε λόγο (συνήθως ασθενείς με ήπια ή μέτρια ίνωση): περιοδικός εργαστηριακός έλεγχος και ετήσιος έλεγχος σοβαρότητας της ηπατικής ίνωσης με μη επεμβατική μέθοδο (Παράρτημα IV)
- Παρακολούθηση των ασθενών που θα λάβουν θεραπεία, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία με τους απαραίτητους περιοδικούς εργαστηριακούς και κλινικούς ελέγχους (Παράρτημα IV)
- Ένταξη των ασθενών σε προγράμματα συμβουλευτικής που άπτονται των σεξουαλικών πρακτικών και των ασφαλέστερων συμπεριφορών στη φροντίδα των ασθενών με χρόνια HCV λοίμωξη
- Ένταξη των ασθενών σε προγράμματα συμβουλευτικής ώστε να απέχουν από τα οιοπνευματώδη ποτά, καθώς έτσι αναστέλλεται η εξέλιξη της νόσου
- Προώθηση ενημερωτικού υλικού και εκπαιδευτικών εκδηλώσεων για την πρόληψη μετάδοσης της νόσου, ιδιαίτερα στους ασθενείς που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι έγκλειστοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα, οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και τα εκδιδόμενα άτομα
- Οικογενειακός προγραμματισμός για ζευγάρια που ζουν με τον ιό
- Προγράμματα για χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία HCV ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επαναμόλυνσης (εισαγωγή σε προγράμματα υποκατάστασης και απεξάρτησης, προγράμματα συμβουλευτικής ψυχικής υγείας/mental health counselling)

Φορείς υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, Κέντρα Αναφοράς, Ηπατολογικά Ιατρεία, ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ



Μηχανισμός ελέγχου της αποτελεσματικότητας των δράσεων

Περιοδικός έλεγχος των δεικτών της νόσου

Χρονοδιάγραμμα

5 έτη



4 Διαδικασία Υλοποίησης

4.1 Διαδικασίες υλοποίησης

4.1.1 Συντονισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η οργάνωση, υλοποίηση και παρακολούθηση των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί στην **Εθνική Συντονιστική Επιτροπή** για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, όπως το ΚΕΕΛΠΝΟ (γραφείο ηπατιτίδων, τμήμα παρεμβάσεων στην κοινότητα), η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, η Γενική Γραμματεία Ισότητας, η Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς, το Υπουργείο Παιδείας (γραμματεία εκπαίδευσης), ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, το 18ΑΝΩ, η ΑΡΓΩ, ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, καθώς και από επιστημονικές εταιρείες (πχ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος –ΕΕΜΗ) και εκπροσώπους Μη-Κυβερνητικών Οργανώσεων το αντικείμενο των οποίων έχει συνάφεια με τη νόσο.

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα διαθέτει μόνιμη Γραμματεία/Συντονιστικό Κέντρο, ενώ επικεφαλής θα είναι ο Πρόεδρος της Επιτροπής.

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα επικουρείται και θα υποστηρίζεται από ένα στέλεχος της διοίκησης, το οποίο θα αποτελεί τον **Εκτελεστικό Συντονιστή**, του οποίου οι ευθύνες θα οριοθετούνται στην ενθάρρυνση και παρακολούθηση της εφαρμογής και της προόδου του προγράμματος, καθώς και του συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών με βάση το Εθνικό Σχέδιο Δράσης. Επίσης, θα παρακολουθεί και θα ενημερώνει αρμοδίως για την τήρηση του χρονοδιαγράμματος και την εποπτεία επί του «οριζώντιου» προϋπολογισμού που θα περιέχει το σύνολο των πόρων για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C.

Η θητεία της Επιτροπής θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης.

4.1.2 Πολιτική εποπτεία και συντονισμός

Η **Εθνική Συντονιστική Αρχή** του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι το Υπουργείο Υγείας, το οποίο θα έχει και την πολιτική εποπτεία του εγχειρήματος και θα συντονίζει τόσο τους εσωτερικούς

εμπλεκόμενους φορείς όσο και τις σχέσεις με τους διεθνείς, ενώ θα ελέγχει και την οικονομική διαχείριση του Σχεδίου.

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα βρίσκεται διαρκώς σε άμεση συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς που αναφέρθηκαν ήδη, καθώς και με το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας. Επιπλέον, για την πορεία υλοποίησης του Σχεδίου θα λογοδοτεί στο Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στον Υπουργό Υγείας.

4.2 Απαιτούμενοι πόροι για την εφαρμογή του σχεδίου

4.2.1 Κατανομή πόρων

Ο συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C, εκτιμήθηκε σε 59.304.000 ευρώ. Στους Πίνακες 4.1 και 4.2 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού ανά άξονα και ανά έτος σε βάθος πενταετίας, αντίστοιχα.

Πίνακας 4.1 Συνολικός προϋπολογισμός 5ετίας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα

Άξονες	Συνολικό κόστος (€)
Αναδιάρθρωση δομών και υπηρεσιών (διαγνωστικές και επιχειρησιακές μελέτες)	50.000
1ος άξονας: Αγωγή υγείας, πρόληψη και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού (διοίκηση του προγράμματος και υγειονομικό υλικό)	5.529.000 ^[1]
2ος Άξονας: Προσυμπτωματικός έλεγχος	50.000.000 ^[2]
3ος Άξονας: Διάγνωση και θεραπεία	3.725.000 ^[3]
4ος Άξονας: Παρακολούθηση, αποκατάσταση και χρόνια φροντίδα	Ίδιοι πόροι
Γενικό Σύνολο	59.304.000

^[1] Αδρή εκτίμηση που βασίζεται στη δυσκολία κινητοποίησης του πληθυσμού για προσυμπτωματικό έλεγχο και κατά συνέπεια για «ανάδυση» και ανεύρεση ασθενών μετά το 2^ο έτος. Επίσης, εκτιμάται ότι μπορεί να γίνει «εσωτερική» μετακίνηση πόρων σε άλλες συναφείς δραστηριότητες

^[2] Εκτίμηση με βάση τον αριθμό των εξεταζόμενων ατόμων για την επίτευξη του στόχου του ΠΟΥ για την αύξηση των διαγνώσεων (ο προϋπολογισμός καταμερίζεται κατά 60% στον γενικό πληθυσμό και κατά 40% στις ομάδες υψηλού κινδύνου)

^[3] Δεν συμπεριλαμβάνεται η εκτίμηση για το κόστος της θεραπείας, καθώς η φαρμακευτική δαπάνη έχει πιστωθεί στον ΕΟΠΥΥ και η τιμή του φαρμάκου βρίσκεται υπό διαπραγμάτευση και εμπίπτει στους όρους εμπιστευτικότητας

Πίνακας 4.2 Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά έτος εφαρμογής

Έτος	Ποσό (€)
2018	6.863.500
2019	9.088.500
2020	11.984.000
2021	14.434.000
2022	16.934.000
Γενικό Σύνολο	59.304.000

4.2.2 Στελέχωση

Η στελέχωση για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης βασίζεται κυρίως στο υπάρχον προσωπικό των εμπλεκόμενων φορέων (ΚΕΕΛΠΝΟ, ΟΚΑΝΑ, ηπατολογικά ιατρεία Κέντρων Αναφοράς), τα οποία κατά περίπτωση μπορεί να συμπληρώνονται με εσωτερικές μετακινήσεις διοικητικού και τεχνολογικού προσωπικού και επικουρικούς γιατρούς όπου κρίνεται αναγκαίο.

4.2.3 Πλαίσιο και μηχανισμοί χρηματοδότησης

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του προγράμματος, όσον αφορά τις μελέτες για την αναδιάρθρωση των δομών και υπηρεσιών, την αγωγή υγείας, την πρόληψη και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού (1^{ος} άξονας), προέρχονται από πόρους του Υπουργείου Υγείας ή μέσω ΕΣΠΑ (κοινοτικό πλαίσιο στήριξης). Επιπλέον, η χρηματοδότηση της πρόληψης



έναντι των ηπατιτίδων οφείλει να είναι ενταγμένη στο πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας και πρόληψης.

Η χρηματοδότηση του προσυμπτωματικού ελέγχου (2^{ος} άξονας) και της διάγνωσης και θεραπείας της νόσου (3^{ος} άξονας) καλύπτεται από τους προϋπολογισμούς του ΕΟΠΥΥ και του Υπουργείου Υγείας.

Τέλος, η χρηματοδότηση του 4^{ου} άξονα που αφορά στην παρακολούθηση, αποκατάσταση και χρόνια φροντίδα των ασθενών, καλύπτεται από τους προϋπολογισμούς των εμπλεκόμενων φορέων.

Στο σύνολο του Εθνικού Σχεδίου, η χρηματοδότηση των επί μέρους πεδίων αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τα επιδημιολογικά δεδομένα και τα στοιχεία των δεικτών παρακολούθησης. Ακόμη, θεμιτή κρίνεται η αναζήτηση χρηματικών πόρων και μέσω Ευρωπαϊκών προγραμμάτων ή διεθνών φορέων (φορείς που αιτούνται: ΜΕΛ/ ΚΕΕΛΠΝΟ/ ΟΚΑΝΑ, Κέντρα Αναφοράς, ΚΕΘΕΑ, 18ΑΝΩ, ΑΡΓΩ ΜΚΟ/Πανεπιστημιακά τμήματα (πχ ΕΣΔΥ)/Παρατηρητήρια (π.χ. ΕΚΤΕΠΝ), κρατικά νοσοκομεία).

4.3 Παρακολούθηση και αξιολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα υπόκειται σε μία διαρκή διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης, προκειμένου να είναι δυνατός ο επαναπροσδιορισμός των στόχων και των δράσεων για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων (Πίνακας 4.3). Σε αυτό το πλαίσιο, η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα είναι υπεύθυνη για την εποπτεία του συστήματος ελέγχου και αξιολόγησης με βάση τις εξής κατευθύνσεις:

(α) παρακολούθηση εφαρμογής μέτρων

(β) ετήσια αναφορά (δείκτες παρακολούθησης)

(γ) προτάσεις για την περαιτέρω αντιμετώπιση

(δ) διαρκής διαδικασία δημόσιας λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου και των αποτελεσμάτων του.

Οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο και την αξιολόγηση (Πίνακας 4.4) θα βασίζονται σε αντικειμενικά και επιστημονικά κριτήρια και θα αξιοποιούνται κυρίως από το ΚΕΕΛΠΝΟ, το οποίο θα είναι υπεύθυνο για:

- (α) την οργάνωση και υλοποίηση των δράσεων
- (β) την ετήσια αναφορά αποτελεσμάτων ανά τομέα δράσης και επαναπροσδιορισμός όπου κρίνεται απαραίτητο
- (γ) τον οικονομικό απολογισμό
- (δ) την ετήσια διοργάνωση ημερίδας απολογισμού.

Η διαδικασία δημόσιας λογοδοσίας για την πορεία του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C θα γίνεται με την έκδοση ετήσιας αναφοράς του έργου από την Εθνική Συντονιστική Επιτροπή.

Πίνακας 4.3 Εποπτεία και Αξιολόγηση της Εθνικής Στρατηγικής

Στόχοι	Συνεχής διαχειριστική παρακολούθηση της εφαρμογής της εθνικής στρατηγικής Περιοδική ανάλυση των επιδημιολογικών δεδομένων καθώς και των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων πρόληψης και των δράσεων Δημιουργία βασικών δεικτών (core indicators)
Υλοποίηση	Έλεγχος των προγραμματισμένων χρονικά, ανά φορέα, ποιοτικά και ανά δράση αναφορών που έχουν περιγραφεί και προγραμματίζεται. Έκδοση εθνικής αναφοράς.
Συνεργασίες / Φορείς	Εθνική Διαχειριστική Αρχή: Υπουργείο Υγείας ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΟΠΥΥ, Κέντρα Αναφοράς, ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 18ΑΝΩ, ΑΡΓΩ, ΜΚΟ, Επιστημονικές Εταιρείες (πχ ΕΕΜΗ, ΕΓΕ, κα)
Χρονοδιάγραμμα	5 έτη
Δείκτες παρακολούθησης	Εθνική αναφορά Δεδομένα που προκύπτουν από τη μελέτη των βασικών δεικτών

Πίνακας 4.4 Δείκτες παρακολούθησης και αξιολόγησης του πλαισίου για την εκρίζωση της ηπατίτιδας C

Πλαίσιο	Δείκτες
Επιδημιολογία	Επιπολασμός χρόνιας HCV λοίμωξης
Σύστημα	Υποδομές για τον έλεγχο της HCV λοίμωξης
Πρόληψη	Μείωση κινδύνου – Διανομή συρίγγων
	Ασφάλεια της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών σε επίπεδο δομών
Συνέχεια της φροντίδας	Ποσοστά διαγνωσμένων ασθενών
	Θεραπευτική κάλυψη
	Αποτελεσματικότητα της θεραπείας - Ίαση
Εκρίζωση	Επίπτωση της HCV λοίμωξης
	Θνησιμότητα οφειλόμενη σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο, κίρρωση και λοιπές επιπλοκές της HCV λοίμωξης

Πηγή: WHO <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-monitoring-evaluation-hcv-hbv.pdf>



Παραρτήματα



Παράρτημα Ι

**Μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου (screening)
και εργαστηριακής διάγνωσης της HCV λοίμωξης**



A. ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος και γενικά η αρχική εργαστηριακή διάγνωση της HCV λοίμωξης βασίζεται στην ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του HCV (anti-HCV). Θετικό anti-HCV δείχνει ότι έχει υπάρξει λοίμωξη από τον HCV σε κάποια χρονική στιγμή, αλλά δεν διαφοροποιεί εάν πρόκειται για αποδραμούσα ή ενεργό HCV λοίμωξη. Γενικώς, συστήνεται να χρησιμοποιούνται δοκιμασίες εγκεκριμένες προς χρήση (σήμανση CE-IVD ή FDA). Οι δοκιμασίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο του anti-HCV είναι οι ακόλουθες.

Ανοσοενζυμική δοκιμασία (Enzyme immunoassay –EIA)

Η EIA 3^{ης} γενιάς είναι η δοκιμασία που χρησιμοποιείται συχνότερα κατά τον αρχικό έλεγχο ανίχνευσης anti-HCV. Η εξέταση ανιχνεύει αντισώματα που συνδέονται με ανασυνδυασμένα αντιγόνα προερχόμενα από την καψιδιακή πρωτεΐνη core και από τις μη δομικές περιοχές του ιού NS3 και NS4 και NS5.

Η δοκιμασία EIA χαρακτηρίζεται ως θετική ή αρνητική με βάση ένα σήμα απορρόφησης συγκριτικά με την τιμή διαχωρισμού (cut-off value). Η ευαισθησία της EIA 3^{ης} γενιάς για τον HCV είναι περίπου 98%. Σπανίως, ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα παρατηρούνται σε ασθενείς με βαριά ανοσοκαταστολή (προχωρημένη HIV λοίμωξη ή λήπτες μεταμοσχευθέντων οργάνων), σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που βρίσκονται σε μακροχρόνια αιμοκάθαρση και σε ασθενείς με οξεία ή πρώιμη HCV λοίμωξη. Η ειδικότητα της EIA για τον HCV καταγράφεται μεγαλύτερη από 99%, ενώ ψευδώς θετικά αποτελέσματα παρατηρούνται συχνότερα όταν ελέγχονται πληθυσμοί με πολύ χαμηλό επιπολασμό HCV λοίμωξης. Η περίοδος ανίχνευσης των HCV αντισωμάτων υπολογίζεται στις 11 εβδομάδες μετά την έκθεση στον ιό.

Ανοσοδοκιμασία χημειοφωταύγειας (Chemiluminescence immunoassay –CIA).

Η δοκιμασία CIA στηρίζεται σε παρόμοια μεθοδολογία με την EIA. Τα αντιγόνα που χρησιμοποιούνται προέρχονται κυρίως από τις καλά συντηρημένες περιοχές του ιού. Έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι χημειοφωταύγειας ικανές να ανιχνεύσουν αντιγόνα και αντισώματα για τις δομικές και μη πρωτεΐνες του HCV, χρησιμοποιώντας κατάλληλους ιχνηθέτες. Η ειδικότητα και η ευαισθησία της μεθόδου για τον έλεγχο του HCV είναι παρόμοιες με εκείνες των



ανοσοενζυμικών δοκιμασιών.

Ταχέως διαγνωστικές δοκιμασίες (Rapid Diagnostic Tests- RDTs)

Οι δοκιμασίες αυτές χρησιμοποιούν διάφορα υποστρώματα, συμπεριλαμβανομένου ορού, πλάσματος, τριχοειδικού αίματος από νυγμό δακτύλου ή, για ορισμένους, στοματικό (περιοδοντικό) υγρό, διευκολύνοντας τον προσυμπτωματικό έλεγχο χωρίς την ανάγκη φλεβοπαρακέντησης, σωληναρίου φυγοκέντρησης, κατάψυξης. Οι RDTs είναι εύκολες και γρήγορες στην εφαρμογή τους στο περιβάλλον των ασθενών, σε θερμοκρασία δωματίου, χωρίς να απαιτούν ειδικό εξοπλισμό ή μακροχρόνια εκπαίδευση του προσωπικού. Γι' αυτό, οι RDTs φαίνεται να αποτελούν ένα ελπιδοφόρο εργαλείο για ευρέως φάσματος προσυμπτωματικό έλεγχο της HCV λοίμωξης σε πληθυσμούς υψηλού έως μέσου κινδύνου.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ειδικότητα των περισσότερων RDTs στο ολικό αίμα μετά από νυγμό δακτύλου κυμαίνεται μεταξύ 98,8-100%, ενώ η ευαισθησία τους φτάνει το 99,4%. Η ειδικότητα και η ευαισθησία των RDTs σε περιοδοντικό υγρό είναι εξίσου ικανοποιητικές (100% και 97,6%, αντίστοιχα). Επισημαίνεται ότι ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα αφορούν σε οροθετικούς και σε άτομα με θετικό αντίσωμα έναντι του πυρηνικού αντιγόνου του ιού της ηπατίτιδας B (anti-HBc).

B. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η σύγχρονη εργαστηριακή διάγνωση της HCV λοίμωξης πραγματοποιείται με τις παρακάτω δοκιμασίες στις οποίες πρέπει να υποβάλλονται όλοι ασθενείς που βρίσκονται να είναι anti-HCV θετικοί, άτομα με πρόσφατη έκθεση στον HCV (πιθανή οξεία HCV λοίμωξη) ή σπανίως ανοσοκατασταλμένα άτομα με ενδείξεις/υποψία πιθανής HCV λοίμωξης και αρνητικά anti-HCV.

Μοριακές δοκιμασίες ανίχνευσης HCV RNA

Θεωρούνται οι δοκιμασίες επιλογής για την επιβεβαίωση της διάγνωσης στους ασθενείς με θετικό anti-HCV. Γενικώς, συστήνεται να χρησιμοποιούνται μοριακές μέθοδοι ανίχνευσης HCV RNA που φέρουν σήμανση CE-IVD. Η μοριακή μέθοδος ανίχνευσης HCV RNA θετικοποιείται περίπου 1-2 εβδομάδες μετά την αρχική HCV λοίμωξη. Οι μοριακές μέθοδοι ανίχνευσης HCV



RNA που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι κυρίως ποσοτικές, λόγω της εντυπωσιακά βελτιωμένης ευαισθησίας τους που προσφέρει δυνατότητα ανίχνευσης επιπέδων HCV RNA από 10-15 IU/ml. Χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία της HCV λοίμωξης.

HCV core αντιγόνο (HCVcAg)

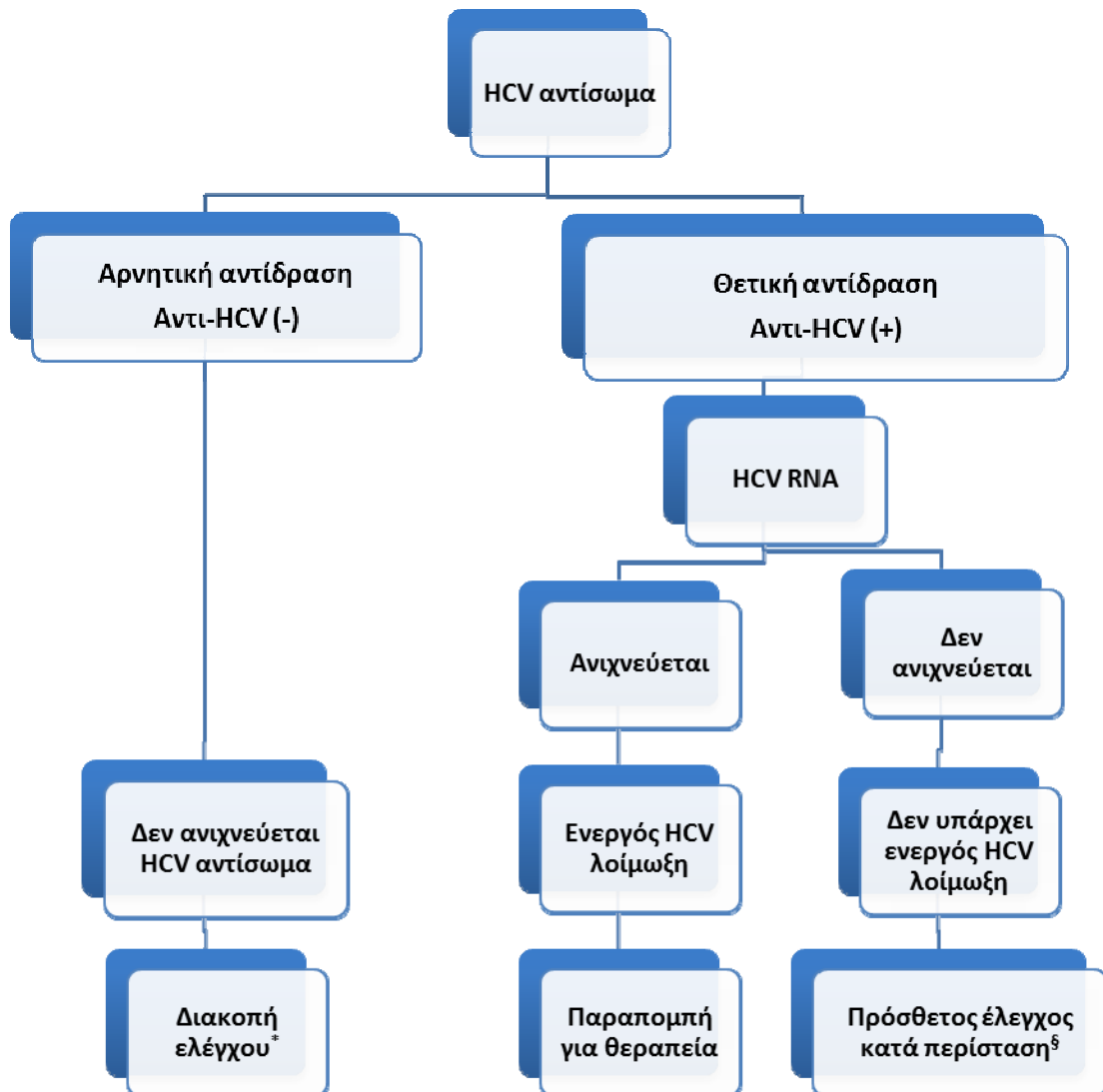
Σε περίπτωση αδυναμίας προσδιορισμού του HCV RNA ή ίσως και σε μαζικούς προσυμπτωματικούς ελέγχους, η επιβεβαίωση της λοίμωξης μπορεί να γίνει και με ορολογικό έλεγχο για παρουσία HCVcAg. Το HCVcAg είναι λιγότερο ευαίσθητο από τη μοριακή ανίχνευση του HCV RNA ορού (κατώτερο όριο ευαισθησίας περίπου 500-3000 HCV RNA IU/ml ανάλογα με τον HCV γονότυπο). Γι' αυτό, το HCVcAg θετικοποιείται λίγο αργότερα σε σχέση με το HCV RNA ορού στον ορό ασθενών με οξεία ηπατίτιδα C και μπορεί σπανίως να μην ανιχνεύεται σε ασθενείς με ανιχνεύσιμο HCV RNA ορού.

HCV γονότυπος

Η ταυτοποίηση του HCV γονότυπου δεν είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, αλλά για την έναρξη της θεραπείας, αφού ο γονότυπος επηρεάζει την επιλογή του θεραπευτικού σχήματος. Γενικώς, υπάρχουν 6 κύριοι γονότυποι του HCV (1-6), αλλά στην Ελλάδα ανιχνεύονται σχεδόν αποκλειστικά ασθενείς με γονότυπο 1-4 και ελάχιστοι ασθενείς με γονότυπο 5.

Πηγές: US Preventive Services Task Force, 2013; Chevaliez et al., 2016; Poiteau et al., 2016, CDC, 2003; Shivkumar et al., 2012; CDC, 2012

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΝΕΡΓΟΥ HCV ΛΟΙΜΩΞΗΣ



*Για τα άτομα που πιθανώς έχουν εκτεθεί στον HCV κατά τους τελευταίους 6 μήνες, συστήνεται ο έλεγχος για HCV RNA ή επαναληπτικός έλεγχος για HCV αντισώματα. Σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα, μπορεί να γίνεται επιπρόσθετα έλεγχος για HCV RNA.

§Πρόσθετος έλεγχος διενεργείται: 1) για τη διάκριση μεταξύ παλαιάς, αποδραμούσας HCV λοίμωξης και ψευδώς θετικού αποτελέσματος για HCV αντίσωμα (θα πρέπει να επαναλαμβάνεται έλεγχος με διαφορετική δοκιμασία anti-HCV), 2) εάν υπάρχει υποψία επαφής του ελεγχόμενου ατόμου με τον HCV κατά τους τελευταίους 6 μήνες, 3) εάν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις HCV λοίμωξης και 4) εάν υπάρχει ανησυχία σχετικά με τον τρόπο χειρισμού ή αποθήκευσης του ελεγχόμενου δείγματος.



Παράρτημα II

Εγκεκριμένα-Προτεινόμενα σχήματα με βάση τον πρόσφατο κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων (ΦΕΚ: 2296/06-07-2017) και τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες ΕΕΜΗ/ΚΕΕΛΠΝΟ

Τα νέα αντικα direct acting antivirals DAAs εγκρίνονται για HCV ασθενείς με ηπατική ακαμψία kPa ή β) που ανήκουν στις παρακάτω ειδικές ομάδες (ανεξαρτήτως βαθμού ίνωσης): αιμοσφαιρινοπάθεια, συγγενή αιμορραγικά σύνδρομα, τελικού σταδίου νεφρική νόσος ή σε αιμοκάθαρση, HIV συλλοίμωση, λίστα μεταμόσχευσης και μεταμοσχευμένοι (μυελού, συμπαγών οργάνων) , εξωηπατικές εκδηλώσεις HCV (κρυοσφαιριναιμική αγγειίτιδα, NHL, ITP, AAA - όχι θυρεοειδίτιδα Hashimoto) και αυτοάνοσα/αυτοφλεγμονώδη νοσήματα.

ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ-ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ 1^{ΗΣ} ΓΡΑΜΜΗΣ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΗΙ ΕΠΑΝΑΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΕΤΥΧΑΝ ΣΕ ΣΧΗΜΑ/ΤΑ ΜΕ (ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ) ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ-ΑΛΦΑ ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ (RBV) ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ eGFR ≥30 ml/min

	Πρωτοθεραπευόμενοι χωρίς κίρρωση	Πρωτοθεραπευόμενοι με κίρρωση ή Επαναθεραπευόμενοι χωρίς κίρρωση	Επαναθεραπευόμενοι με κίρρωση	Ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση
GT1a	SOF/LDV x8 εβδ. PRV/r/OBV+DSV+RBV x12 εβδ. GZR/EBR ² x12 εβδ.	PRV/r/OBV+DSV+RBV x12 εβδ. GZR/EBR ² x12 εβδ.	PRV/r/OBV+DSV+RBV ¹ x12 εβδ. GZR/EBR ² x12 εβδ.	SOF/LDV +RBV x12 εβδ. SOF/VEL +RBV x12 εβδ.
GT1b	SOF/LDV x8 εβδ PRV/r/OBV+DSV x8 εβδ. GZR/EBR x12 εβδ.	PRV/r/OBV+DSV x12 εβδ. GZR/EBR x12 εβδ.	PRV/r/OBV+DSV x12 εβδ. GZR/EBR x12 εβδ.	SOF/LDV +RBV x12 εβδ. SOF/VEL +RBV x12 εβδ.
GT2	SOF +RBV x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ.	SOF/VEL x12 εβδ.	SOF/VEL x12 εβδ.	SOF/VEL +RBV x12 εβδ.
GT3	SOF/VEL x12 εβδ.	SOF/VEL +RBV x12 εβδ.	SOF/VEL +RBV x12 εβδ.	SOF/VEL +RBV x12 εβδ.
GT4	PRV/r/OBV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR x12 εβδ.	PRV/r/OBV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR ³ x12 εβδ.	PRV/r/OBV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR ³ x12 εβδ.	SOF/LDV +RBV x12 εβδ. SOF/VEL +RBV x12 εβδ.

Τα προτεινόμενα σχήματα ανά γονότυπο (GT) εμφανίζονται σε σειρά ανάλογη της ημερομηνίας έγκρισής τους από τον EMA.

SOF: sofosbuvir (Sovaldi[®]), SOF/LDV: sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni[®]), PRV/r/OBV: paritaprevir/ritonavir/ombitasvir (Viekirax[®]), DSV: dasabuvir (Exviera[®]), SOF/VEL: sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa[®]), GZR/EBR: grazoprevir/elbasvir (Zepatier[®]).

¹Όχι σε ασθενείς με GT1a και κίρρωση και προηγούμενη μηδενική ανταπόκριση, ²Όχι σε ασθενείς με GT1a και HCV RNA ≥800,000 IU/ml,

³Όχι σε επαναθεραπευόμενους ασθενείς με GT4 (με ή χωρίς κίρρωση) και HCV RNA ≥800,000 IU/ml.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ eGFR <30 ml/min και GT1 ή GT4: PRV/r/OBV ±DSV x12 εβδ. ή GZR/EBR x12 εβδ. (βάσει του παραπάνω πίνακα)

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΕΤΥΧΑΝ ΣΕ ΣΧΗΜΑ ΜΕ DAA: ελεύθερη επιλογή σχήματος που μπορεί να περιλαμβάνει ακόμη και simeprevir (Olysio[®]) ή daclatasvir (Daklinza[®])



Παράρτημα III

Εκτιμήσεις αριθμού ασθενών για θεραπεία



1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Εισαγωγή

Η Ελλάδα έχει έναν από τους υψηλότερους επιπολασμούς της Ηπατίτιδας C (HCV) στην Ευρώπη (Hatzakis et al., 2015), μεγάλης ηλικίας πληθυσμό ασθενών, σημαντικό ποσοστό αδιάγνωστων, καθώς και μεγάλο ποσοστό ασθενών σε προχωρημένο στάδιο ίνωσης (F3, F4) (Gane et al., 2015). Παρόλο που ο έλεγχος στις αιμοδοσίες έχει οδηγήσει σε εξάλειψη της μετάδοσης μέσω μετάγγισης αίματος, η μετάδοση μέσω ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών έχει παρουσιάσει αυξητικές τάσεις στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια (Paraskevis et al., 2013). Για την χάραξη πολιτικών δημόσιας υγείας είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν εκτιμήσεις για την μελλοντική εξέλιξη του φορτίου της νόσου στην Ελλάδα. Πρόσφατα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), μετά την κυκλοφορία των νέων θεραπειών, οι οποίες επιτυγχάνουν ποσοστά ιολογικής ανταπόκρισης πάνω από 90% (Gane et al., 2013; Poordad et al., 2011; Poordad et al., 2013), εξέδωσε οδηγίες για την εξάλειψη της HCV μέχρι το 2030 (WHO, 2015). Οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν στόχους τόσο όσον αφορά τη μείωση της επίπτωσης όσο και στόχους για τη μείωση του αριθμού των θανάτων από HCV. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι είναι: α) μείωση της επίπτωσης της HCV κατά 90% μέχρι το 2030 σε σχέση με το 2015, β) 80% του συνόλου των HCV+ ασθενών να είναι επιλέξιμοι για θεραπεία και γ) να μειωθεί η HCV συσχετιζόμενη θνητότητα κατά 65% σε σχέση με το 2015.

Μέθοδοι

Για να υπολογιστεί ο αριθμός των ασθενών σε κάθε στάδιο και για να εκτιμηθεί το μελλοντικό φορτίο της νόσου, χρησιμοποιήθηκε ένα δυναμικό μαθηματικό μοντέλο (Gountas et al., 2016a).

Σενάριο: Βασικό σενάριο

Στο σενάριο που αντιπροσωπεύει τη σημερινή διαχείριση της επιδημίας (βασικό σενάριο) (2015) θεωρήθηκε ότι υπάρχουν 3.700 και 1.970 νέες μολύνσεις και υπό θεραπεία ασθενείς το χρόνο, αντίστοιχα. Σε αυτό το σενάριο οι θεραπείες γίνονται με χρήση πεγκκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης. Οι πιθανότητες της μακροχρόνιας ιολογικής ανταπόκρισης στη θεραπεία εξαρτώνται από τον γονότυπο του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, οι πιθανότητες της μακροχρόνιας ιολογικής ανταπόκρισης ήταν 70%, 90%, 75%, και 65%, για τους γονότυπους 1, 2, 3 και 4 αντίστοιχα. Επίσης, επιλέξιμοι ασθενείς για θεραπεία ήταν οι ασθενείς ηλικίας 30-69 ετών ανεξαρτήτου σταδίου ίνωσης (Πίνακας 1).

Εκτιμώμενο σενάριο εξάλειψης

Για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι του ΠΟΥ, θα πρέπει να αυξηθούν προοδευτικά οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται σε 6.800 ασθενείς το χρόνο και οι ασθενείς που παίρνουν θεραπεία σε 7.000 το χρόνο. Αρχικά μέχρι το 2019, η θεραπεία θα είναι διαθέσιμη σε ασθενείς σταδίου ίνωσης μεγαλύτερο ή ίσο με F2. Μετά το 2020, η θεραπευτική κάλυψη θα ανοίξει σε πρωιμότερα στάδια ίνωσης (F1). Επίσης, τα ηλικιακά κριτήρια θα πρέπει να διευρυνθούν καθώς οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς έχουν γρηγορότερη μετάβαση σε προχωρημένα στάδια νόσου και μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου (Gountas et al., 2016b) (Πίνακας 1).

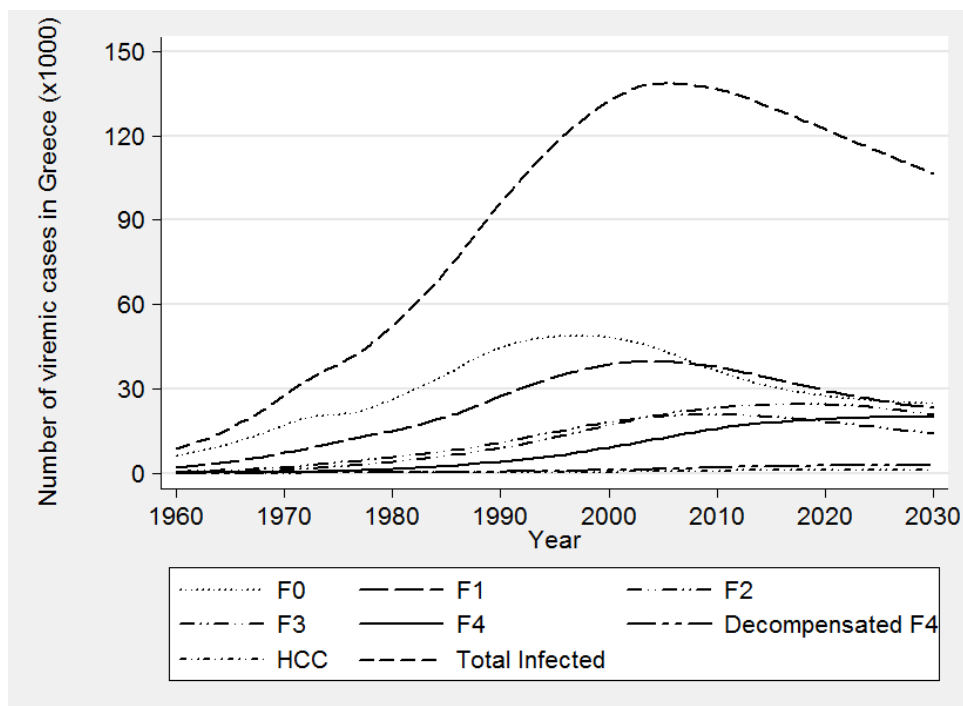
Πίνακας 1: Πίνακας Σεναρίων

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 strategy	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

Αποτελέσματα

Η επιδημία σύμφωνα με το μοντέλο κορυφώθηκε στην Ελλάδα το 2005 φτάνοντας τους 138.000 ασθενείς. Έκτοτε, παρόλο που ο επιπολασμός παρουσιάζει πτωτικές τάσεις, το φορτίο της νόσου αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια.

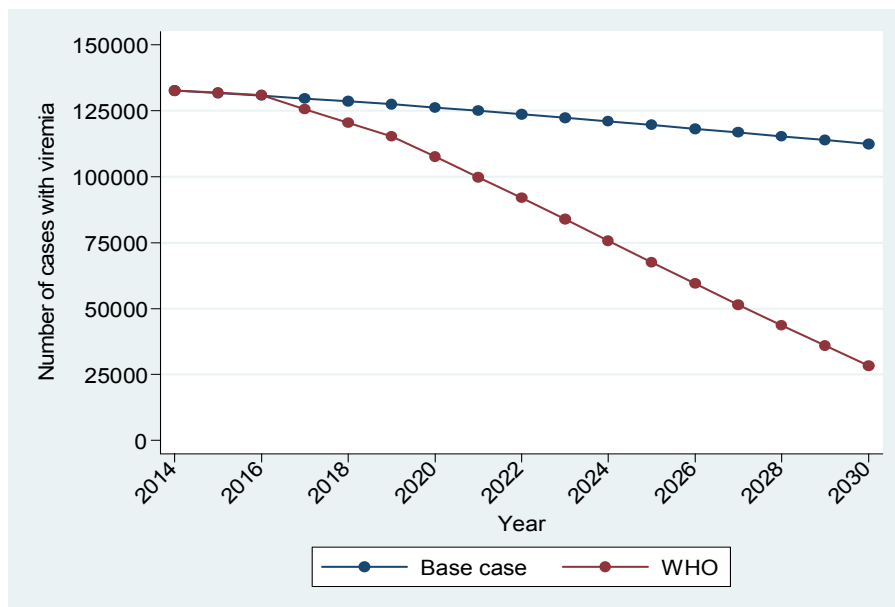
Εικόνα 1: Προβλέψεις μοντέλου για βασικό σενάριο



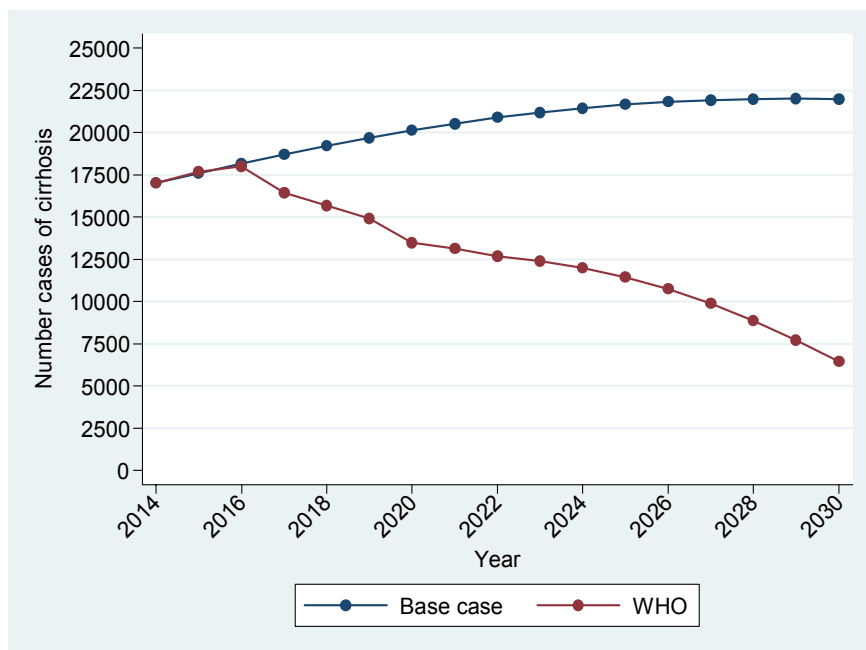
Τα αποτελέσματα των δύο σεναρίων παρουσιάζονται στα παρακάτω σχήματα.

Εικόνα 2: Προβλέψεις μοντέλου για βασικό σενάριο και σενάριο εξάλειψης

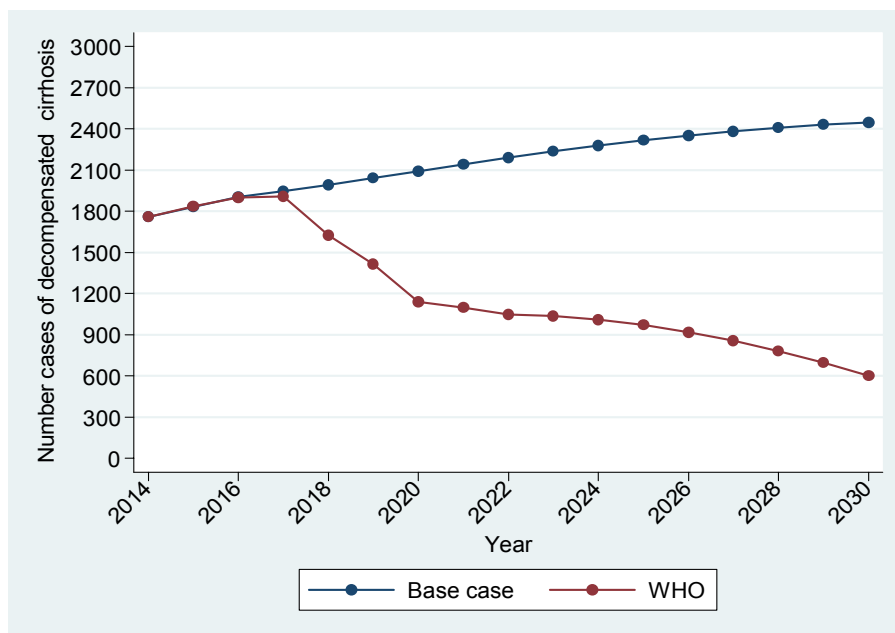
Α) Σύνολο μολύνσεων



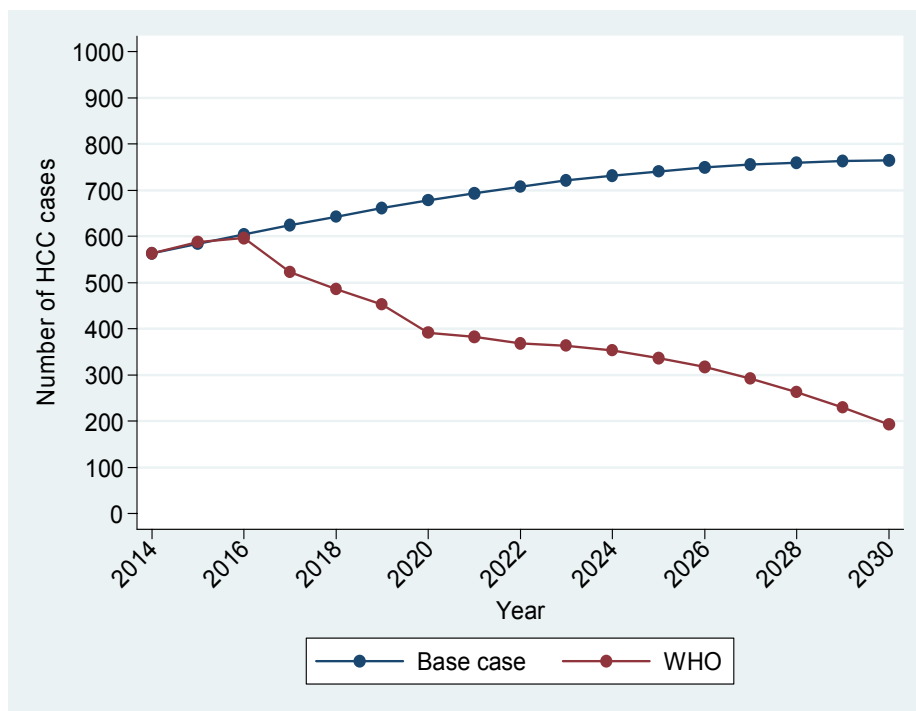
Β) Αντιτροπούμενη κίρρωση



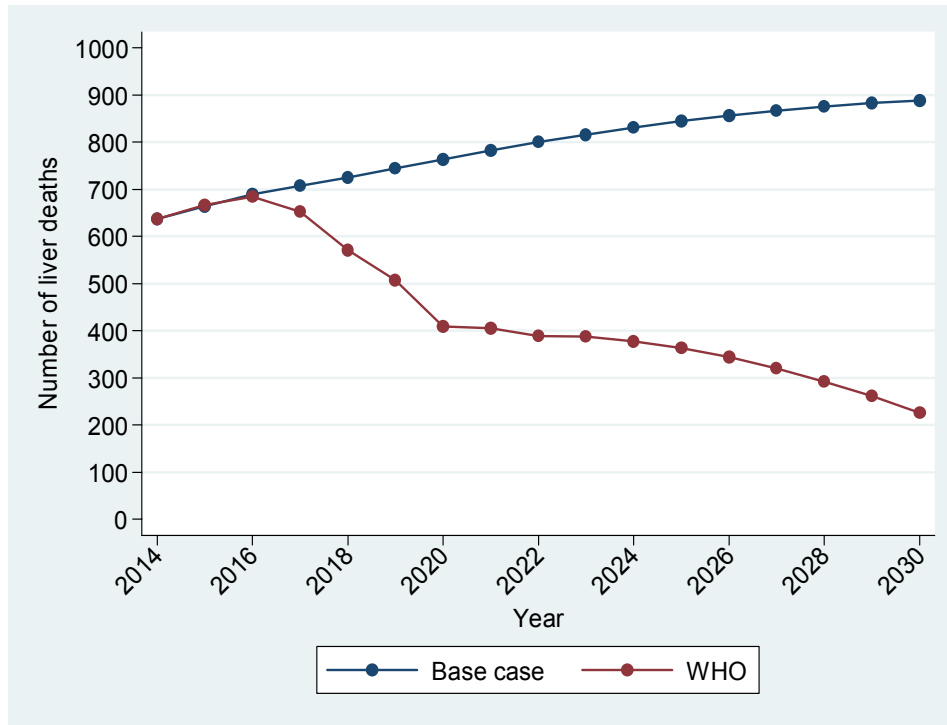
Γ) Μη Αντιρροπούμενη κίρρωση



Δ) Ηπατοκυτταρικός καρκίνος



Ε) HCV σχετιζόμενοι θάνατοι



Το προτεινόμενο σενάριο εξάλειψης θα οδηγήσει σε 78,6% μείωση στον επιπολασμό το 2030 σε σχέση με το 2015. Επίσης, η αντιρροπούμενη κίρρωση, η μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ο ΗΚΚ και οι HCV-συσχετιζόμενοι θάνατοι, θα μειωθούν κατά 62,1%, 65,8%, 70,4% και 65,0%, αντίστοιχα. Οι συνολικές θεραπείες που πρέπει να δοθούν μέχρι το 2030 είναι 92.000.

2. ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΧΕΝ

Εισαγωγή

Στον ανεπτυγμένο κόσμο, ο πιο κοινός τρόπος μόλυνσης με HCV είναι μέσω της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών (Aceijas and Rhodes, 2007; Vickerman et al., 2010). Υπολογίζεται ότι περίπου 10 εκατομμύρια ΧΕΝ έχουν μολυνθεί με τον ιό της HCV παγκοσμίως (Grebely and Dore, 2014). Οι στρατηγικές μείωσης βλάβης, όπως προγράμματα OST ή προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων, χρησιμοποιούνται συχνά για να παρεμποδιστεί η εξάπλωση της HCV ανάμεσα στους ΧΕΝ.



Εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι παραπάνω παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο μόλυνσης μέχρι και 80% (Turner et al., 2011; Vickerman et al., 2014), όμως μελέτες μαθηματικής μοντελοποίησης έχουν δείξει ότι οι παραπάνω παρεμβάσεις από μόνες τους, χωρίς τον συνδυασμό θεραπειάς, δεν θα αποφέρουν σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση του επιπολασμού και του φορτίου της νόσου (Vickerman et al., 2012; Martin et al., 2014).

Μέθοδοι

Για να υπολογιστεί η επίδραση των θεραπειών στον επιπολασμό και την επίπτωση χρησιμοποιήθηκε ένα δυναμικό μαθηματικό μοντέλο (Gountas et al. 2017).

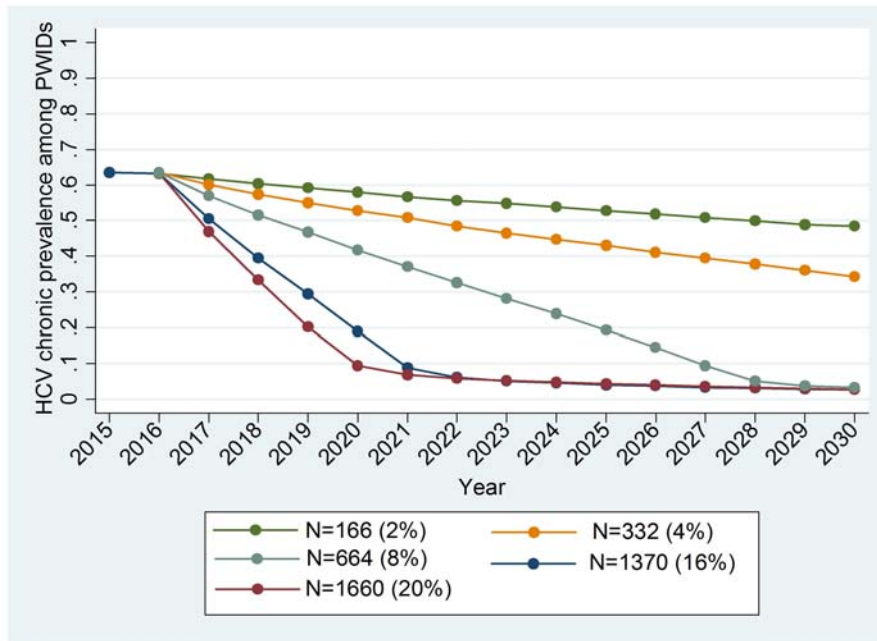
Αποτελέσματα

Το σχήμα 3 δείχνει τη διαχρονική μείωση του επιπολασμού της χρόνιας HCV κάτω από διάφορα σενάρια θεραπείας, θεωρώντας μια παράλληλη αύξηση 2% της κάλυψης στα προγράμματα μείωσης βλάβης (από 44% το 2015 σε 72% το 2030). Μέτρια θεραπευτική κάλυψη, δίνοντας θεραπεία σε 166 ΧΕΝ το χρόνο (2% των ΧΕΝ το χρόνο) ή σε 332 ΧΕΝ το χρόνο (4% των ΧΕΝ) οδηγεί σε 26,5% (18,6%-31,5%) και 46,2% (38,7%-53,8%) μείωση στον επιπολασμό το 2030 σε σχέση με το 2016. Αν αυξήσουμε τη θεραπευτική κάλυψη σε 664 ΧΕΝ το χρόνο (8% των ΧΕΝ), ο επιπολασμός θα πέσει κατά 94,8% (92,3%-97,0%) το 2030 σε σχέση με το 2016. Για να ρίξουμε τον επιπολασμό κάτω από το 10% στα επόμενα 4-5 χρόνια, θα πρέπει να δίνουμε θεραπεία σε πάνω από 1.370 ΧΕΝ (16% των ΧΕΝ) το χρόνο. Πιο συγκεκριμένα, δίνοντας θεραπεία σε 1.370 ΧΕΝ ή σε 1.660 ΧΕΝ το χρόνο, ο επιπολασμός της HCV θα πέσει κάτω από το 10% το 2021 και 2020, αντίστοιχα.

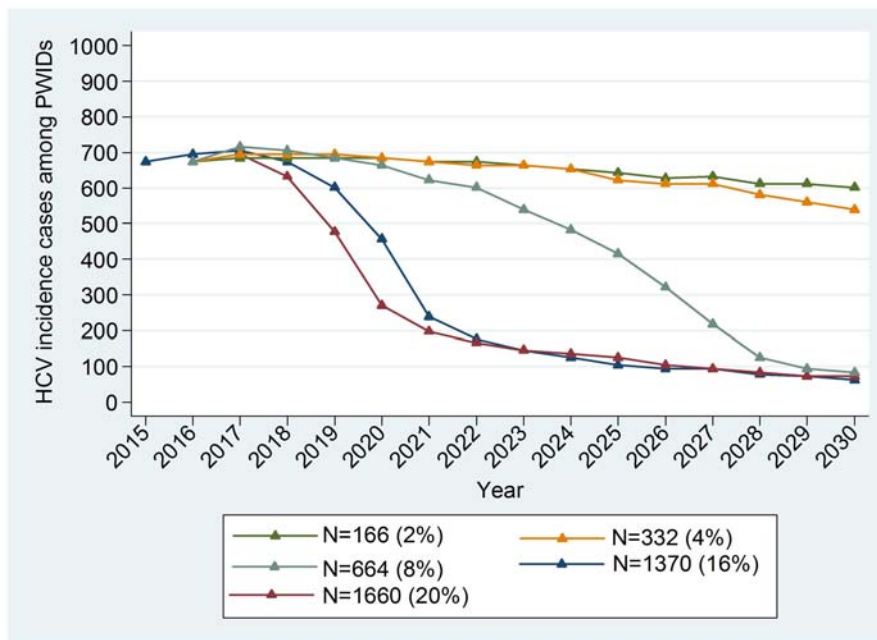
Η επίπτωση θα μειωθεί κατά 88% (75,5%-97,0%) το 2030, αν δοθεί θεραπεία σε 664 ΧΕΝ το χρόνο (8% των ΧΕΝ). Κάτω από μέτρια θεραπευτική κάλυψη, δηλαδή 166 ΧΕΝ ή 332 ΧΕΝ το χρόνο, η επίπτωση θα πέσει κατά 14% (1%-34%) και 21% (1%-42%) το 2030 σε σχέση με το 2016 (Σχήμα 3β).

Σχήμα 6: Αποτελέσματα μοντέλου για μείωση του επιπολασμού και της επίπτωσης στους ΧΕΝ της Αθήνας υποθέτοντας μια 2% ετήσια αύξηση στα προγράμματα μείωσης της βλάβης (από 44% το 2015 σε 72% το 2030).

2α. Επιπολασμός χρόνιας Ηπατίτιδας C



2b. Επίπτωση Ηπατίτιδας C





Η παραπάνω ανάλυση έδειξε ότι η εξάλειψη της HCV ανάμεσα στους ΧΕΝ της Αθήνας είναι δυνατή χρησιμοποιώντας συνδυασμένες στρατηγικές πρόληψης, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν αύξηση της θεραπευτικής κάλυψης και αύξηση των προγραμμάτων βλάβης. Χρησιμοποιώντας συνδυασμένες παρεμβάσεις το όφελος μεγιστοποιείται καθώς τα προγράμματα μείωσης βλάβης μειώνουν κυρίως την επίπτωση, ενώ η anti-HCV θεραπεία τον επιπολασμό και έμμεσα την επίπτωση. Τα αποτελέσματα μάς έδειξαν ότι η εξάλειψη της νόσου μέχρι το 2030, που είναι και ο στόχος του ΠΟΥ, είναι δυνατή αν δοθεί θεραπεία σε περίπου 664/ΧΕΝ το χρόνο με ταυτόχρονη μέτρια αύξηση των προγραμμάτων μείωσης βλάβης. Επίσης, δείχτηκε ότι η εξάλειψη της νόσου είναι δυνατή στα επόμενα 4-5 χρόνια, αν δοθεί θεραπεία σε παραπάνω από 1.370 ΧΕΝ/έτος.



Παράρτημα IV

Παρακολούθηση, αποκατάσταση και χρόνια φροντίδα



1. Παρακολούθηση ασθενών χωρίς θεραπεία

Όλοι οι ασθενείς με HCV λοίμωξη που δεν λαμβάνουν θεραπεία πρέπει να παρακολουθούνται από εξειδικευμένο ιατρό

Οι ασθενείς με οξεία HCV λοίμωξη, που δεν θα λάβουν θεραπεία, πρέπει να ελέγχονται με περιοδικό έλεγχο επιπέδων ALT/AST και χολερυθρίνης ορού, με συχνότητα που εξαρτάται από τα προηγούμενα επίπεδά τους. Επανελέγχος για HCV RNA ορού θα πρέπει να γίνεται στους 6 μήνες από τη διάγνωση της οξείας HCV λοίμωξης για διάγνωση της τυχόν μετάπτωσης σε χρόνια HCV λοίμωξη.

Οι ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξη, που δεν λαμβάνουν θεραπεία για οποιοδήποτε λόγο (συνήθως ασθενείς με ήπια ή μέτρια ίνωση), πρέπει να παρακολουθούνται με περιοδικό (ανά 6 ή 12 μήνες) έλεγχο επιπέδων ALT/AST και ετήσιο έλεγχο σοβαρότητας της ηπατικής ίνωσης με μη επεμβατική μέθοδο. Ασθενείς που εμφανίζουν ηπατική ακαμψία ≥ 9 kPa σε αξιόπιστη ελαστογραφία ήπατος, ειδικά εφόσον έχουν ALT μικρότερη του 5πλάσιου της ανώτερης φυσιολογικής τιμής, πρέπει να θεωρούνται ότι έχουν τουλάχιστον σοβαρή ίνωση και ότι έχουν άμεση ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης. Ασθενείς που εμφανίζουν ηπατική ακαμψία ≥ 12 kPa σε αξιόπιστη ελαστογραφία ήπατος πρέπει να θεωρούνται ότι πιθανόν έχουν κίρρωση και να ξεκινούν άμεσα αντιική θεραπεία, αλλά και δια βίου έλεγχο με υπερηχογράφημα άνω κοιλίας ανά 6 μήνες για επιτήρηση πρώιμης διάγνωσης ΗΚΚ.

Οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση πρέπει να παρακολουθούνται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα. Η κύρια αντιμετώπιση των ασθενών αυτών σταδίου Child C παραμένει η μεταμόσχευση ήπατος. Αντική θεραπεία πρέπει να χορηγείται άμεσα σε ασθενείς σταδίου Child B ή C με MELD σκορ $<18-20$ (αυθαίρετος ουδός) που έχουν πιθανότητα υποστροφής και βελτίωσης της ηπατικής λειτουργίας μετά την επίτευξη SVR. Σε ασθενείς με MELD σκορ $>18-20$ προτιμάται η άμεση (εντός 6 μηνών) μεταμόσχευση ήπατος, αλλά, εφόσον αυτό δεν είναι πρακτικά εφικτό, μπορεί να χορηγηθεί αντιική θεραπεία. Σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση εκτός λίστας μεταμόσχευσης ήπατος και χωρίς συν-νοσηρότητες, που επηρεάζουν το προσδόκιμο επιβίωσής τους, θα πρέπει να χορηγείται αντιική θεραπεία επειγόντως. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να υποβάλλονται σε γαστροσκόπηση για έλεγχο κισμών οισοφάγου (επαναλαμβάνεται ανά έτος σε ανεύρεση μέχρι μικρών κισμών οισοφάγου) και σε έλεγχο με υπερηχογράφημα άνω κοιλίας ανά 6 μήνες για επιτήρηση πρώιμης διάγνωσης ΗΚΚ.



2. Παρακολούθηση ασθενών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία

B.1. Πριν τη θεραπεία

Πριν από την έναρξη της θεραπείας, θα πρέπει να γίνονται:

- 1) Προσδιορισμός των επιπέδων του HCV RNA ορού (με ευαίσθητη ποσοτική μέθοδο) και του HCV γονοτύπου σε πιστοποιημένα εργαστήρια και Κέντρα Αναφοράς
- 2) Έλεγχος για τυχόν εγκυμοσύνη σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Ενημέρωση αρρένων και θηλέων ασθενών για ιδιαίτερη προσοχή προς αποφυγή τεκνοποίησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για 6 μήνες μετά τη διακοπή της θεραπείας.
- 3) Εκτίμηση της σοβαρότητας της ηπατικής ίνωσης. Η βιοψία ήπατος αποτελεί την ιδανική εξέταση, αλλά μη επεμβατικές μέθοδοι, όπως ελαστογραφία ήπατος ή ορολογικές μέθοδοι, είναι ευρέως αποδεκτές και έχουν αντικαταστήσει σήμερα την βιοψία ήπατος σε ποσοστό περισσότερο από το 80% των ασθενών.
- 4) Πλήρης και λεπτομερής έλεγχος των τυχόν λαμβανομένων φαρμάκων και εκτίμηση των δυνητικών φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων.

B.2. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας

- 1) Γενική αίματος. Κατά τη διάρκεια θεραπείας με σχήμα ριμπαβιρίνη, όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται τουλάχιστον ανά 4 εβδομάδες σε κλινική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο με γενική εξέταση αίματος. Σε περίπτωση ηλικιωμένων και/ή κιρρωτικών ασθενών ή ασθενών που παρουσιάζουν σημαντική μεταβολή της Hb, ο έλεγχος είναι χρήσιμο να είναι συχνότερος (ανά 2 εβδομάδες) τουλάχιστον τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας. Σε περίπτωση σημαντικής πτώσης της συγκέντρωσης της Hb, απαιτείται πιθανόν τροποποίηση της δόσης και ίσως διακοπή της RBV (ΚΕΕΛΠΝΟ 2017).
- 2) ALT/AST. Κατά τη διάρκεια θεραπείας με οποιοδήποτε σχήμα είναι σκόπιμο οι ασθενείς να υποβάλλονται ανά 4 εβδομάδες σε έλεγχο επιπέδων ALT/AST ορού. Ο έλεγχος αυτός είναι επιβεβλημένος σε ασθενείς που λαμβάνουν σχήμα που περιέχει αναστολέα πρωτεάσης.
- 3) HCV RNA ορού. Ελέγχεται στο τέλος της θεραπείας, ιδίως όταν πιθανολογείται μη συμμόρφωση στην αγωγή ή πρόκειται για επαναθεραπεία μετά από σχήμα με αντικά.



B.3. Μετά τη διακοπή της θεραπείας

1) HCV RNA ορού. Ελέγχεται με ευαίσθητη ποσοτική μέθοδο (cut-off ≤ 15 IU/ml) στις 12 εβδομάδες και πλέον μετά το τέλος της θεραπείας (SVR) σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα. Οι ασθενείς που επιτυγχάνουν SVR ίσως είναι σκόπιμο να επανελέγχονται με HCV RNA ένα έτος μετά τον έλεγχο για SVR. Ο επαναληπτικός έλεγχος είναι επιβεβλημένος σε ασθενείς με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου επανέκθεσης στον HCV.

2) Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας. Όλοι ασθενείς με κίρρωση, ανεξαρτήτως επίτευξης SVR, θα πρέπει να παρακολουθούνται με υπερηχογράφημα κάθε 6 μήνες για πιθανή ανάπτυξη ΗΚΚ.





Παράρτημα V
Σκοποί για την εξάλειψη της ηπατίτιδας C
σύμφωνα με το «WHO Global Health Sector
Strategy»



Σκοπός 1: Μείωση της επίπτωσης HCV (δηλαδή των νέων μολύνσεων)

Μείωση της επίπτωσης κατά 20% μέχρι το 2020 (80% μέχρι το 2030)

Δεδομένου ότι πλέον στην Ελλάδα η πλειονότητα των νέων μολύνσεων με γνωστό τρόπο μετάδοσης πραγματοποιούνται μεταξύ χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (ΧΕΝ), στο σκοπό αυτό οι στόχοι και οι στρατηγικές επικεντρώνονται στον πληθυσμό των ΧΕΝ.

Διεθνώς, οι στρατηγικές για τον περιορισμό της μετάδοσης στους ΧΕΝ επικεντρώνονται στους παρακάτω άξονες:

1. Προγράμματα μείωσης της βλάβης

α. Προγράμματα διανομής συρίγγων

β. Προγράμματα υποκατάστασης με οπιοειδή

2. Χορήγηση θεραπείας για την ηπατίτιδα C σε ΧΕΝ για μείωση της μετάδοσης (treatment as prevention)

Στον Πίνακα 1, παραθέτονται στοιχεία για την τρέχουσα κατάσταση, τους στόχους, τις στρατηγικές και τους δείκτες παρακολούθησης για την επίτευξη του σκοπού της μείωσης της επίπτωσης.

Πίνακας 1. Στόχοι και στρατηγικές για τη μείωση των νέων μολύνσεων HCV (επίπτωση)

Τρέχουσα κατάσταση	Στόχοι (Targets) μέχρι το 2020 & 2030	Στρατηγικές (Activities)	Δείκτης παρακολούθησης (Indicator)
57,5% των ΧΕΝ μολύνεται στα πρώτα 2 έτη ενδοφλέβιας χρήσης ("νέοι" χρήστες)	Μείωση κατά: • 20% μέχρι το 2020 (δηλαδή 46% επιπολασμός σε "νέους" ΧΕΝ το 2020) • 80% μέχρι το 2030 (επιπολασμός σε "νέους" ΧΕΝ ~12%)	1. Διεύρυνση προγραμμάτων διανομής συρίγγων (NSP)	1. Δείκτης Επικράτησης Μολυσματικών Ασθενειών (ΔΕΜΑ)
72 σύριγγες/ΧΕΝ /έτος (σύνολο χώρας) ¹	Αύξηση σε: • 200 σύριγγες/ΧΕΝ/ έτος μέχρι το 2020 • 300 σύριγγες/ ΧΕΝ/ έτος μέχρι το 2030	2. Διεύρυνση προγραμμάτων υποκατάστασης με οπιοειδή (OST)	2. Αριθμός συρίγγων ανά χρήστη ανά έτος
130 σύριγγες/έτος (Αθήνα) ¹	Εξυπηρέτηση όλων των ΧΕΝ που επιθυμούν να μπουν σε προγράμματα υποκατάστασης-εξάλειψη της λίστας αναμονής μέχρι το 2020	3. Δημιουργία κατάλληλου πλαισίου για τη χορήγηση DAAs σε ΧΕΝ (treatment as prevention) π.χ. χορήγηση θεραπείας στον OKANA, Directly Observed Treatment-DOT	3. Αριθμός ΧΕΝ στη λίστα αναμονής για ένταξη σε προγράμματα υποκατάστασης με οπιοειδή
309 σε λίστα αναμονής για ένταξη σε προγράμματα υποκατάστασης με οπιοειδή στο σύνολο της Ελλάδας - 0 στην Αθήνα, 33 στη Θεσσαλονίκη, 276 στην υπόλοιπη χώρα ²		4. Ενίσχυση streetwork - ενημέρωση ΧΕΝ για τρόπους μετάδοσης HCV και πρόληψη	4. Εκτίμηση επίπτωσης από εφαρμογή μοντέλων σε δεδομένα επιπολασμού ΧΕΝ
Οι ενεργοί ΧΕΝ δεν συμπεριλαμβάνονται στις ομάδες προτεραιότητας για χορήγηση DAAs	Χορήγηση DAAs σε: • 332-664 ΧΕΝ/έτος (για μείωση επίπτωσης κατά 21%-88% το 2030 σε σχέση με 2015 στους ΧΕΝ) [εκτιμήσεις από μοντέλα – Παράρτημα ΙΙΙ]		5. Αριθμός ΧΕΝ που λαμβάνει θεραπεία με DAAs

¹ Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ - Σύνολο χώρας - Δεδομένα 2014. Να σημειωθεί ότι υπήρξε μείωση στον αριθμό των συρίγγων το 2014 σε σχέση με το 2013

² Στοιχεία OKANA, Ιούνιος 2017



Σκοπός 2: Μείωση HCV-σχετιζόμενων θανάτων κατά 10% μέχρι το 2020 (65% μέχρι το 2030)

Για τη μείωση της θνησιμότητας απαιτείται:

- i. Αύξηση της θεραπευτικής κάλυψης
- ii. Διεύρυνση του screening ώστε να αυξηθεί ο αριθμός των διαγνωσμένων ασθενών που θα μπορεί να λάβει θεραπεία
- iii. Μείωση της επίπτωσης (θα συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας μακροπρόθεσμα) και της επαναμόλυνσης των ασθενών που έχουν ανταποκριθεί στη θεραπεία

Οι στρατηγικές για το (iii) έχουν καλυφθεί από τον προηγούμενο πίνακα.

Για τα (i) & (ii) παραθέτονται στον Πίνακα 2 στοιχεία για την τρέχουσα κατάσταση, τους στόχους, τις στρατηγικές και τους δείκτες παρακολούθησης για την επίτευξη του σκοπού της μείωσης της επίπτωσης

Να σημειωθεί ότι ο WHO προτείνει ως κύριο δείκτη παρακολούθησης των HCV-σχετιζόμενων θανάτων το παρακάτω:

- Number of deaths from HCC, cirrhosis and chronic liver diseases attributable to HCV infection: - number of hepatocellular carcinoma (ICD-10 code C22.0) deaths multiplied by the proportion of HCC with chronic HCV infection
- Number of cirrhosis deaths (ICD-10 codes K74.3, K74.4, K74.5, K74.6) multiplied by the proportion of cirrhosis with chronic HCV infection
- Number of chronic liver disease deaths (ICD-10 codes K72–K75) with chronic HCV infection

Στον πίνακα 2 προτείνονται επιπλέον δείκτες για την παρακολούθηση της πορείας των επιμέρους στρατηγικών

Πίνακας 2: Στόχοι και στρατηγικές για τη μείωση των HCV-σχετιζόμενων θανάτων

Τρέχουσα κατάσταση	Στόχοι (Targets) μέχρι το 2020 & 2030	Στρατηγικές (Activities)	Δείκτης παρακολούθησης (Indicators)
795 & 1.029 άτομα έλαβαν DAAs το 2015 & 2016, αντίστοιχα (στοιχεία ΕΟΠΥΥ)	Αριθμός ατόμων που θα λάβει DAAs/έτος (βλ. Παράρτημα III): 2017-19: 4.700 (≥F2) 2020-21: 6.800 (≥F1) Για τα επόμενα έτη: 2022-23: 6.800 (≥F0) 2024-30: 7.000 (≥F0) (το συγκεκριμένο σενάριο επιτυγχάνει και μείωση επίπτωσης 90% μέχρι το 2030) - βλ. και Πίνακα 1 ειδικά για <u>θεραπεία σε ΧΕΝ</u>	1. Διεύρυνση κριτήριων για τη χορήγηση DAAs 2. Ενίσχυση ηπατολογικών κέντρων 3. Διευκόλυνση διαδικασιών για την έναρξη θεραπείας (π.χ. χορήγηση θεραπείας στον ΟΚΑΝΑ)	<u>Κύριος δείκτης:</u> Αριθμός HCV-σχετιζόμενων θανάτων βάση ICD <u>Επιμέρους δείκτες:</u> 1. Θεραπευτικό μητρώο: Αριθμός ασθενών από το μητρώο ηπατίτιδας C που έλαβαν θεραπεία ανά στάδιο ίνωσης ανά έτος προς το σύνολο των διαγνωσμένων 2. % ασθενών με SVR 3. % εξετασθέντων ΧΕΝ που προσεγγίζουν προγράμματα θεραπείας για τα ναρκωτικά ή προγράμματα μείωσης της βλάβης 4. Αριθμός διαγνώσεων σε ΧΕΝ ανά έτος (θα πρέπει να υιοθετηθεί συστηματική δήλωση διαγνώσεων του ΟΚΑΝΑ προς το ΚΕΕΛΠΝΟ)
19% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C διαγνωσμένοι (δεδομένα 2012, Papatheodoridis et al, 2015)	• 40% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C διαγνωσμένοι μέχρι το 2020 • 80% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C διαγνωσμένοι μέχρι το 2030	1. Screening 100% των ΧΕΝ που προσεγγίζουν προγράμματα θεραπείας για τα ναρκωτικά ή προγράμματα μείωσης της βλάβης 2. Screening φυλακισμένων 3. Screening άλλων ομάδων υψηλού κινδύνου (αιμοκαθαιρόμενοι, μεταμοσχευμένοι κλπ) 4. Screening σε επιλεγμένες ηλικιακές ομάδες (έτος γέννησης 1950-1980 με βάση το έτος γέννησης των ασθενών της HEPNET)	
~ 4.000 διαγνώσεις/έτος (εκτίμηση από μοντέλο – Παράρτημα III)	Νέες διαγνώσεις/έτος: 2017-19: 4.800 2020-21: 6.820 Για τα επόμενα έτη: 2022-23: 6.130 2024-30: 5.300		



Παράρτημα VI

Δημόσια Νοσοκομεία - Ηπατολογικά Ιατρεία



ΑΘΗΝΑ/ΠΕΙΡΑΙΑΣ

1. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, Βασιλίσσης Σοφίας 114, 115 27, Αθήνα.

Τηλ: 213 208.8000 – Ηπατολογικά Ιατρεία: Βασιλίσσης Σοφίας 108, 2ος όροφος.

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **7**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα έως Παρασκευή: 12.30-14.30 (κωδικοί στο 1535: **Δευτέρα 00338, Τρίτη 02542,**

Τετάρτη 02543, Πέμπτη 02544, Παρασκευή 02545, κρατικό ηπατολογικό 02541)

2. Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αγ. Θωμά 17, 11527, Αθήνα – Τηλ: 213 2060800

Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική

Ηπατολογικό Ιατρείο: Σεβαστουπόλεως 16, 5^{ος} όροφος

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **7**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα έως Παρασκευή: 9.30-14.00 (κωδικός στο 1535: **00553**)

Παθολογική Φυσιολογία

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα: 9.00-12.00 (κωδικός στο 1535: **00552**)

3. Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός, Υψηλάντου 45-47, 10676, Αθήνα. Τηλ: 213 – 2041000

Δ' Παθολογικό Τμήμα

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Πέμπτη: 10.00-14.00 (κωδικός στο 1535: **06630**)

Γαστρεντερολογικό –Ηπατολογικό Ιατρείο

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Τρίτη και Παρασκευή: 9.30-12.30 (κωδικός στο 1535: **01184**)



4. Κωσταντοπούλειο Νοσοκομείο, Νέας Ιωνίας Αγ. Όλγας 3-5, 14233 Νέα Ιωνία.

Τηλ: 2132057000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: **Παρασκευή, 10.30-14.00** (κωδικός στο 1535: **01685**)

5. Νοσοκομείο Αγ. Ανάργυροι, Τιμίου Σταυρού & Νουφάρων, Κηφισιά – Καλυφτάκι, 14564,

Τηλ: 2103501500

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
Δευτέρα και Τετάρτη: 10.00-12.00 (κωδικός στο 1535: **07408**)

6. Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο», Ερυθρού Σταυρού & Αθανασάκη 1, 11526,

Αμπελόκηποι, Αθήνα. Τηλ: 213 2068000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
Δευτέρα και Πέμπτη: 10.00-12.00 (κωδικός στο 1535: **00127**)

7. Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής, Δωδεκανήσου 1, Αγ. Βαρβάρα. Τηλ: 2105613566

Α' Ηπατολογικό Ιατρείο

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
Δευτέρα έως Παρασκευή: 8.00-14.30 (κωδικός στο 1535: **07170**)

Β' Ηπατολογικό Ιατρείο

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **3**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
Δευτέρα έως Πέμπτη: 8.30-14.00 (κωδικός στο 1535: **00523**)

**8. Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Ζαννή και Αφεντούλη, Πειραιάς. Τηλ: 213 2081000**

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: **Δευτέρα, 9.00-13.00**
(κωδικός στο 1535: **05375**)

9. Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας, Μαντούβαλου 3, Νίκαια. Τηλ: 213 2077000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **3**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
4 ημέρες την εβδομάδα, 10.00-13.30 (κωδικοί στο 1535: **00706, 00776, 00771**)

10. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Λεωφόρος Μεσογείων 154, 11527, Αθήνα. Τηλ: 213 2032000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **3**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
Τρίτη και Τετάρτη, 8.00-14.00 (κωδικός στο 1535: **00292**)

12. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Παθολογική Κλινική – Ηπατολογικό Ιατρείο, Ρίμινι 1, 124 62, Χαϊδάρη. Τηλ. Κέντρο: 210 5831000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
4 φορές την εβδομάδα, 10.00-14.00, εκτός Γενικών Εφημεριών (κωδικοί στο 1535: **03745, 07855, 02530, 07199**)

13. Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Λεωφόρος Αλεξάνδρας 171, 11522, Αθήνα. Τηλ: 210 64 09 000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:
Δευτέρα έως Παρασκευή (κωδικός στο 1535: **01675**)

14. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – «Μαιευτήριο ΕΛΕΝΑ» – Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Πλατεία Έλενας Βενιζέλου 2, 11521 Αμπελόκηποι. Τηλ. Κέντρο: 2132051000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: **1 ημέρα/8 ώρες**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

1. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, 54642, Θεσσαλονίκη.

Τηλ: 231 3312000

Β' Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα και Τετάρτη: 9.00-13.00, κάθε 2η Τρίτη: 10.30-13.00

Δ' Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **3**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 9.00-11.00

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **3**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα και Πέμπτη: 9.00-13.00

2. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Στ. Κυριακίδη 1, 54636, Θεσσαλονίκη. Τηλ. Κέντρο: 2313 303110-1, 2313 303310

Α' Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Τετάρτη και Παρασκευή: 9.00-13.00

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Πέμπτη: 9.00-13.00

3. Γ.Ν. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ – Λεωφόρος Παπανικολάου 60, Οικισμός Μακεδονία, 57010, Θεσσαλονίκη. Τηλ. Κέντρο: 2313 307000

Γαστρεντερολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη: 9.00-14.00 (κωδικοί στο 1535: **03817, 03818**)

Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Τρίτη και Παρασκευή: 9.00-11.00 π.μ(κωδικός 1535:**03855**)

4. Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ – Ηπατολογικό, Γ΄ Παθολογική, Περιφερειακή οδός Νέα Ευκαρπία, 56403, Θεσσαλονίκη. Τηλ. Κέντρο: 2313 323000

Α΄ Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα: 9.30-13.30

Γ΄ Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Τρίτη 11.00-13.40, Τετάρτη 9.30-13.30

ΛΟΙΠΗ ΧΩΡΑ

1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δραγάνα, 68100, Αλεξανδρούπολη. Τηλ. Κέντρο: 25513 51000, 25513 52000

Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**

- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Τρίτη και Πέμπτη: 8.30-15.00

Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Τρίτη και Τετάρτη : 10.00-14.00

2. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Μεζουρλό, 41110, ΤΘ 1425, Λάρισα. Τηλ Κέντρο: 2413 501000, τηλ. Ιατρείου: 2413 502436-7

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **6**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: **4**

Δευτέρα έως Πέμπτη : 8.00-15.00

3. Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Λεωφόρος Σταύρος Νιάρχου, 45500, Ιωάννινα. Τηλ. Κέντρο: 26510 99111

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα έως Πέμπτη: 8.30-14.00

4. Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου, 26504, Ρίο, Πάτρα. Τηλ: 2613 603000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **4**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: **Τρίτη, Τετάρτη,**

Πέμπτη: 09.00-13.00

5. Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης, Διασταύρωση Βουτών – Σταυρακίων, Βούτες Ηρακλείου Κρήτης, 711 10, Τηλ. Κέντρο: 2813402111

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή : 9.00-14.00

**6. Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «Βενιζέλειο-Πανάνειο», Λεωφ. Κνωσού Ηράκλειο Κρήτης,**

Τηλ. Κέντρο: 281 3408000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **2**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου:

Δευτέρα, Πέμπτη: 9.30-14.00

7. Γ.Ν. Ρόδου, Αγ. Απόστολοι, 85100, Ρόδος. Τηλ. 2241360000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: **2 ημέρες/4 ώρες**

8. Γ.Ν. Κέρκυρας, Ιουλίας Ανδρεάδη 1, 49100, Κέρκυρα, Τηλ. Κέντρο: 2661360400

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**
- Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: **1 ημέρα/2 ώρες**

9. Γ.Ν. Βόλου Αχιλλοπούλειο, Πολυμέρη 134, 38222 Βόλος,-Τηλ: 2421 351000

- Αριθμός ιατρών που στελεχώνουν το Ηπατολογικό Ιατρείο: **1**

Αριθμός ημερών και ωρών λειτουργίας του Ηπατολογικού Ιατρείου: (κωδικός στο 1535: **07571**)



Βιβλιογραφία

Aceijas C, Rhodes T. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users, The International journal on drug policy 2007; 18: 352-358

Athanasakis K, Arzoumanidou D, Petrakis I, et al. A cost-of-illness of hepatitis C in Greece. Value in Health 2013; 16(7):A496

CDC. Guidelines for laboratory testing and result reporting of antibody to hepatitis C virus. MMWR 2003; 52(No. RR-3)

CDC. Recommendations for identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1967. MMWR 2012; RR04:1-18

CDC. Testing for HCV infection: An update of guidance for clinicians and laboratorians. MMWR 2013; 62(18)

Chevaliez S, Poiteau L, Rosa I, et al. Prospective assessment of rapid diagnostic tests for the detection of antibodies to hepatitis C virus, a tool for improving access to care. Clin Microbiol Infect. 2016; 22(5):459

Dalekos GN, Zervou E, Karabini F, Tsianos EV. Prevalence of viral markers among refugees from southern Albania: increased incidence of infections with hepatitis A, B and D viruses. Eur J Gastroenterol Hepatol 1995; 7:553-558

Davis KL, Mitra D, Medjedovic J, et al. Direct economic burden of chronic hepatitis C virus in a United States managed care population. J Clin Gastroenterol 2011; 45(2):e17-24

Dimitrakopoulos A, Takou A, Haida A, Molangeli S, Gialeraki A, Kordossis T. The prevalence of hepatitis B and C in HIV-positive Greek patients: relationship to survival of deceased AIDS patients. J Infect 2000; 40:127-31

Donnelly MC, Scobie L, Crossan et al. Review article: Hepatitis E - a concise review of virology, epidemiology, clinical presentation and therapy. Aliment Pharmacol Ther 2017; 46(2):126-141

Dowdle WR. The principles of disease elimination and eradication. Bull World Health Organ 1998; 76(2):22-25



Elefsiniotis I S, Paparizos V, Botsi C, et al. Serological profile and virological evaluation of hepatitis B and hepatitis C virus infection among HIV infected patients in Greece. Cent Eur J Public Health 2006; 14:22-4

Gane E, Kershenobich D, Seguin-Devaux C, et al. Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) infection disease burden - volume 2. J Viral Hepat 2015; 22(1):46-73

Gane EJ, Stedman CA, Hyland RH, et al. Nucleotide polymerase inhibitor sofosbuvir plus ribavirin for hepatitis C, N Engl J Med 2013; 368: 34-44

Gatselis NK, Rigopoulou E, Stefos A, Kardasi M, Dalekos GN. Risk factors associated with HCV infection in semi-rural areas of central Greece. Eur J Intern Med 2007; 18:48-55

Giotakos O, Bourtsoukli P, Paraskeyopoulou T, et al. Prevalence and risk factors of HIV, hepatitis B and hepatitis C in a forensic population of rapists and child molesters. Epidemiol Infect 2003; 130:497-500

Gogos CA, Fouka KP, Nikiforidis G, et al. Prevalence of hepatitis B and C virus infection in the general population and selected groups in South-Western Greece. Eur J Epidemiol 2003; 18:551-7

Goritsas C, Plerou I, Agaliotis S, et al. HCV infection in the general population of a Greek island: prevalence and risk factors. Hepatogastroenterology. 2000;47(33):782-5

Gountas I, Syrsa V, Delladetsima I, et al. The Impact of Age on Fibrosis Progression in Chronic Hepatitis C Patients. EASL Barcelona; 2016a

Gountas I, Syrsa V, Papatheodoridis G, et al. Is elimination of HCV possible in a country with low diagnostic rate and moderate HCV prevalence? The case of Greece. J Gastroenterol Hepatol 2017;32(2):466-472

Grebely J, Dore GJ. Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs? Antivir Res 2014; 104: 62-72

Hatzakis A, Chulanov V, Gadano AC, et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infections with today's treatment paradigm - volume 2, J Vir Hepat 2015; 22(1): 26-45



Koulentaki M, Spanoudakis S, Kantidaki E, et al. Prevalence of hepatitis B and C markers in volunteer blood donors in Crete. A 5-year study. *J Vir Hepat* 1999; 6:243-8

Lionis C, Koulentaki M, Biziagos E, Kouroumalis E. Current prevalence of hepatitis A, B and C in a well-defined area in rural Crete, Greece. *J Viral Hepat* 1997a; 4:55-61

Lionis C, Frangoulis E, Koulentakakis M, Biziagos E, Kouroumalis E. Prevalence of hepatitis A, B, and C markers in school children of a rural area of Crete, Greece. *Eur J Epidemiol* 1997b; 13:417-20

Malliori M, Sypsa V, Psychogiou M, et al. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998; 93:243-51

Marinaki S, Boletis JN, Sakellariou S, Delladetsima IK. Hepatitis C in hemodialysis patients. *World J Hepatol* 2015; 7:548-58

Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility, *J Hepatol* 2011; 54: 1137-1144

Mazokopakis E, Vlachonikolis J, Philalithis A, Lionis C. Seroprevalence of hepatitis A, B and C markers in Greek warship personnel. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:1069-72

McCombs JS, Yuan Y, Shin J, Saab S. Economic burden associated with patients diagnosed with hepatitis C. *Clin Ther* 2011; 33(9):1268-80

Messina JP, Humphreys I, Flaxman A, et al. Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. *Hepatology* 2015; 61:77-87

Michos A, Terzidis A, Kalampoki V, et al. Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among Roma and non-Roma children in a deprived area of Athens, Greece. *J Med Virol* 2008; 80:791-7

Panagopoulos P, Economou A, Kasimi A, et al. Prevalence of hepatitis B and C in the maternity department of a Greek district hospital. *J Matern Fetal Neonat* 2004;16:106-10

Papachristou E, Sypsa V, Paraskevis D, et al. Prevalence of different HPV types and estimation of prognostic risk factors based on the linear array HPV genotyping test. *J Med Virol* 2009; 81:2059-65



Papadakis G, Okoba NA, Nicolaou C, et al. Serologic markers for HBV, HCV and HIV in immigrants visiting the Athens' polyclinic of 'Doctors of the World - Greece'. Public Health 2013; 127:1045-7

Papadimitropoulos V, Giustozi A, Papaioannou C, et al. Prevalence of HCV infection in the general population of various areas in Greece (in Greek). Proceedings of the Hepatitis C Meeting in Athens (S Hadziyannis, editor), 1998

Papadogeorgaki H, Caroni C, Frangouli E, et al. Prevalence of sexually transmitted infections in female sex workers in Athens, Greece - 2005. Eur J Dermatol 2006; 16:662-5

Papadopoulos N, Manolakopoulos S, Deutsch M, et al. Frequency and predictors of no treatment in anti-hepatitis C virus-positive patients at tertiary liver centers in Greece. Eur J Gastroenterol Hepatol 2013; 25:587-93

Papatheodoridis G, Sypsa V, Kantzanou M, et al. Estimating the treatment cascade of chronic hepatitis B and C in Greece using a telephone survey. J Viral Hepat 2015; 22:409-15

Papoutselis K, Kotsiou S, Zacharakis G, et al. Epidemiology of hepatitis B and C viral infections in minorities of Thrace: immigrants from the former USSR and Moslem religious minority in relation to the general population of Thrace. J Hepatol 2001; 34: 175-176

Paraskevis D, Nikolopoulos G, Fotiou A, et al. Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study. PloS One 2013; 8: e78941

Poiteau L, Soulier A, Rosa I, et al. Performance of rapid diagnostic tests for the detection of antibodies to hepatitis C virus in whole blood collected on dried blood spots. J Viral Hepat 2016; 23:399-401

Poordad F, Lawitz E, Kowdley KV, , et al. Exploratory study of oral combination antiviral therapy for hepatitis C. N Engl J Med 2013; 368: 45-53

Poordad F, McCone J JR., Bacon BR, et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. N Engl J Med 2011; 364: 1195-1206

Raptopoulou M, Touloumi G, Tzourmakliotis D, et al. Significant epidemiological changes in chronic hepatitis C infection: results of the nationwide HEPNET-GREECE cohort study. Hippokratia 2011; 15(1):26-31



Raptopoulou M, Tzourmakliotis D, Nikolopoulou N, et al. Epidemiology of hepatitis C in Greece: Results of the nationwide HEPNET GREECE cohort study. 41st EASL. Austria, 2006

Rigopoulou EI, Stefanidis I, Liaskos C, Zervou EK, Rizos C, Mina P, et al. HCV RNA qualitative assay based on transcription-mediated amplification improves the detection of hepatitis C virus infection in patients on hemodialysis: Results from five hemodialysis units in central Greece. J Clin Virol 2005; 34:81-85

Saraswat V, Norris S, de Knecht RJ, et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in select countries - volume 2. J Viral Hepat 2015; 22 Suppl 1:6-25

Shivkumar S, Peeling R, Jafari Y, et al. Accuracy of rapid and point-of-care screening tests for hepatitis C: A systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2012; 157:558-66

Simmonds P, Alberti A, Alter HJ, et al. A proposed system for the nomenclature of hepatitis C viral genotypes. Hepatology 1994; 19(5):1321-4

Simmonds P, Bukh J, Combet C, et al. Consensus proposal for a unified system of nomenclature of hepatitis C virus genotypes. Hepatology 2005; 42(4):962-73

Souliotis K, Papavasiliopoulou M, Konstantinidou C, et al. Insurance coverage for the treatment of patients with chronic renal insufficiency. Adoption of economic assessment by the Institute of Social Insurance (IKA). Archives of Hellenic Medicine 2009; 26:668-77

Stanaway JD, Flaxman AD, Naghavi M, et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2016; 388: 1081-88

Sypsa V, Hadjipaschali E, Hatzakis A. Prevalence, risk factors and evaluation of a screening strategy for chronic hepatitis C and B virus infections in healthy company employees. Eur J Epidemiol 2001; 17:721-8

Sypsa V, Paraskevis D, Malliori M, et al. Homelessness and Other Risk Factors for HIV Infection in the Current Outbreak Among Injection Drug Users in Athens, Greece. Am J Public Health 2015; 105:196-204

Sypsa V, Psychogiou M, Katsoulidou A, et al. Incidence and patterns of hepatitis C virus seroconversion in a cohort of hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2005; 45:334-43



Sypsa V, Touloumi G, Tassopoulos NC, et al. Reconstructing and predicting the hepatitis C virus epidemic in Greece: increasing trends of cirrhosis and hepatocellular carcinoma despite the decline in incidence of HCV infection. *J Viral Hepat* 2004; 11:366-74

Sypsa V, Vickerman P, Malliori M, Hatzakis A. HCV infection and HIV-HCV coinfection among “new” injectors during an HIV outbreak in Athens, Greece: Results from the ARISTOTLE programme. 5th International Symposium on Hepatitis C care in Substance Users. Oslo, September 2016.

Tandon N, Reddy KR, Balart LA, et al. Direct and indirect cost burden of chronic hepatitis C. *Am J Pharm Benefits* 2015;7(4):e90-e100

The Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2(3):161-176

Touloumi G, Karakosta A, Kaskafetou S, et al. Treatment cascade of hepatitis B and C in general, migrant and Roma populations. *J Hepatol* 2017;66(1):S71–S72

Triantos C, Kourakli A, Kalafateli M, et al. Hepatitis C in patients with beta-thalassemia major. A single-centre experience. *Ann Hematol* 2013; 92:739-46

Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction* 2011; 106: 1978-1988.

US Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013; 159:349-357

Vickerman P, Hickman M, May M, et al. Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis. *Addiction* 2010; 105: 311-318.

Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M. Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction* 2012; 107: 1984-1995



Vickerman P, Page K, Maher L, Hickman M. Commentary on Nolan et al. (2014): Opiate substitution treatment and hepatitis C virus prevention: building an evidence base? *Addiction* 2014; 109: 2060-2061.

Viral Hepatitis Prevention Board. Prevention and control of viral hepatitis in Greece: Lessons learnt and the way forward. *Viral Hepatitis* 2008; Vol 16, No 2:1-28

WHO. Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. World Health Organization 2012, Luxembourg

WHO. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030 – Advocacy brief. World Health Organization 2016, Switzerland

WHO. Global Health Sector Strategy on viral hepatitis, 2016–2021; 2015

WHO. Hepatitis C Fact Sheet. Updated April 2017. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>

Wiktor S and Hutin YJF. The global burden of viral hepatitis: better estimates to guide hepatitis elimination efforts. *The Lancet* 2016; 388(10049): 1030-1031

Zachou K, Arvaniti P, Gatselis NK, Azariadi K, Papadamou G, Rigopoulou E, Dalekos GN. Patients with haemoglobinopathies and chronic hepatitis C: A real difficult to treat population in 2016? *Medit J Hematol Infect Dis* 2017; 9:e2017003

Zervou EK, Boumba DS, Liaskos C, Georgiadou S, Tsianos EV, Dalekos GN. Low prevalence of HCV, HIV, and HTLV-I/II infection markers in northwestern Greece: results of a 3-year prospective donor study (1995-1997). *Eur J Intern Med* 2003; 14:39-44

ΕΚΤΕΠΝ. Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2015. Αθήνα, 2016

ΕΟΠΥΥ. Δελτίο τύπου (σχετικά με το μητρώο ασθενών με ηπατίτιδα C). Αθήνα 24-8-2015. Διαθέσιμο στο <http://www.isrodou.gr/images/15.09.2015.pdf>

ΕΟΠΥΥ. Εγκύκλιος ««Σχετικά με φάρμακα (απευθείας δρώντα αντιϊικά) για τη θεραπεία της ηπατίτιδας C», Αθήνα 11-7-2017. Διαθέσιμο στο www.eopyy.gov.gr

ΚΕΕΛ. Εγχειρίδιο ορισμών κρούσματος για υποχρεωτική δήλωση νοσημάτων. Αθήνα, 2004α. Διαθέσιμο στο



http://www.nsph.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Epidimiologiki_epitirisi_mathimata/2_Odigies-Ipochr_Dilosis.pdf

ΚΕΕΛ. Προφύλαξη υγειονομικού προσωπικού έναντι των ιών ηπατίτιδας Β, C μετά από επαγγελματική έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά, 2004β. Διαθέσιμο στο: <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%97%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%82/profilaxi%20ygionomikou%20prosospikou.pdf>

ΚΕΕΛΠΝΟ. Ιογενείς ηπατίτιδες: e-ενημερωτικό δελτίο, Μάρτιος 2012. Διαθέσιμο στο http://www.keelpno.gr/Portals/0/Newsletter/2012/keelpno_newsletter_march2012.pdf

ΚΕΕΛΠΝΟ. Ενημερωτικό Δελτίο «Ηπατίτιδα C». Οκτώβρης 2015, Διαθέσιμο στο <http://www.keelpno.gr/Portals/0/Newsletter/2015/%CE%95%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%B4%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%BF%20%CE%9A%CE%95%CE%95%CE%9B%CE%A0%CE%9D%CE%9F%20%CE%9F%CE%BA%CF%84%CF%8E%CE%B2%CF%81%CE%B9%CE%BF%CF%82%202015.pdf>

Κουρέα – Κρεμαστινού Τ. Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές. Αθήνα Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, 2007

Παπαθεοδωρίδης Γ, Γερμανίδης Γ, Νταλέκος ΓΝ. Κατευθυντήριες οδηγίες θεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C. ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017. Διαθέσιμο στο <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%97%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%82/Hpatitida%20C/KEELPNO-HEP%20C%20RECOMMENDATIONS%2001-2017-R2.pdf>

Σύψα Β. Επιδημιολογία ιογενών ηπατιτίδων στην Ελλάδα στις ομάδες υψηλού κινδύνου. 24η Διεθνής Διημερίδα Ιογενών Ηπατιτίδων Β & C "Στ. Χατζηγιάννης", Αθήνα, 28-29 Ιανουαρίου 2017

ΥΥΚΑ & ΚΕΕΛΠΝΟ. Κατευθυντήριες οδηγίες για την προφύλαξη του προσωπικού από λοιμώδη νοσήματα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Αθήνα, 2007. Διαθέσιμο στο <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CF%8E%CE%BF%CF%82%202017.pdf>



[CE%BD%20%CE%BB%CE%BF%CE%B9%CE%BC%CF%8E%CE%BE%CE%B5%CF%89%CE%BD/loinod
hinos.pdf](#)

ΦΕΚ 2296/Β/06-07-2017. Τροποποίηση του θετικού καταλόγου της παραγράφου 1, περίπτωσης α, του άρθρου 12 του ν.3816/2010, της με αρ. πρ. Γ5(α)/39260/26-5-2017 απόφασης. Διαθέσιμο στο <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2017/07/FEK-2296-B-6-07-2017.pdf>