

**Η Υγεία στην Ψηφιακή Εποχή
«Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση: Προκλήσεις και Προοπτικές»**

Τετάρτη 26 Ιουνίου 2013 – Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL

3η Συνεδρία: Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση: Αναβάθμιση & Προοπτική

**Εφαρμογή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων
στη συνταγογράφηση των βιολογικών παραγόντων**

**Παναγιώτης Τρόντζας
Ρευματολόγος**

Αντιπρόεδρος Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας (ΕΡΕ)

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

0,67% Δηλαδή περίπου **73.000 ασθενείς**

Andrianakos, et al. *Rheumatology [Oxford]* 2006;45:1549-54.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

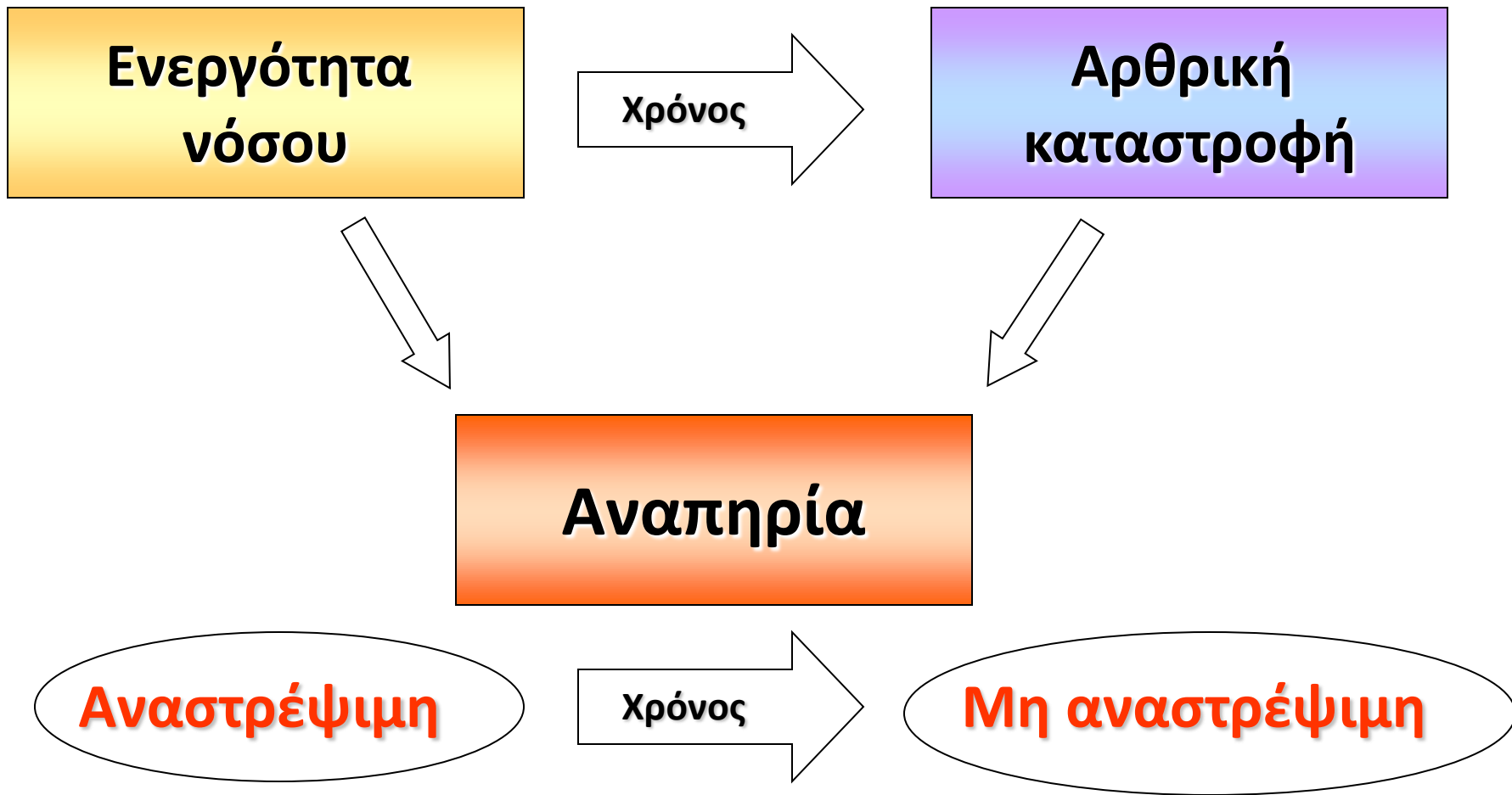
(Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα και Ψωριασική Αρθρίτιδα)

0,49% Δηλαδή περίπου **54.000 ασθενείς**

Trontzas, et al. *Clin Rheumatol* 2005;24:583-9.

Σύνολο 127.000 ασθενείς

Η ΤΡΙΑΔΑ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

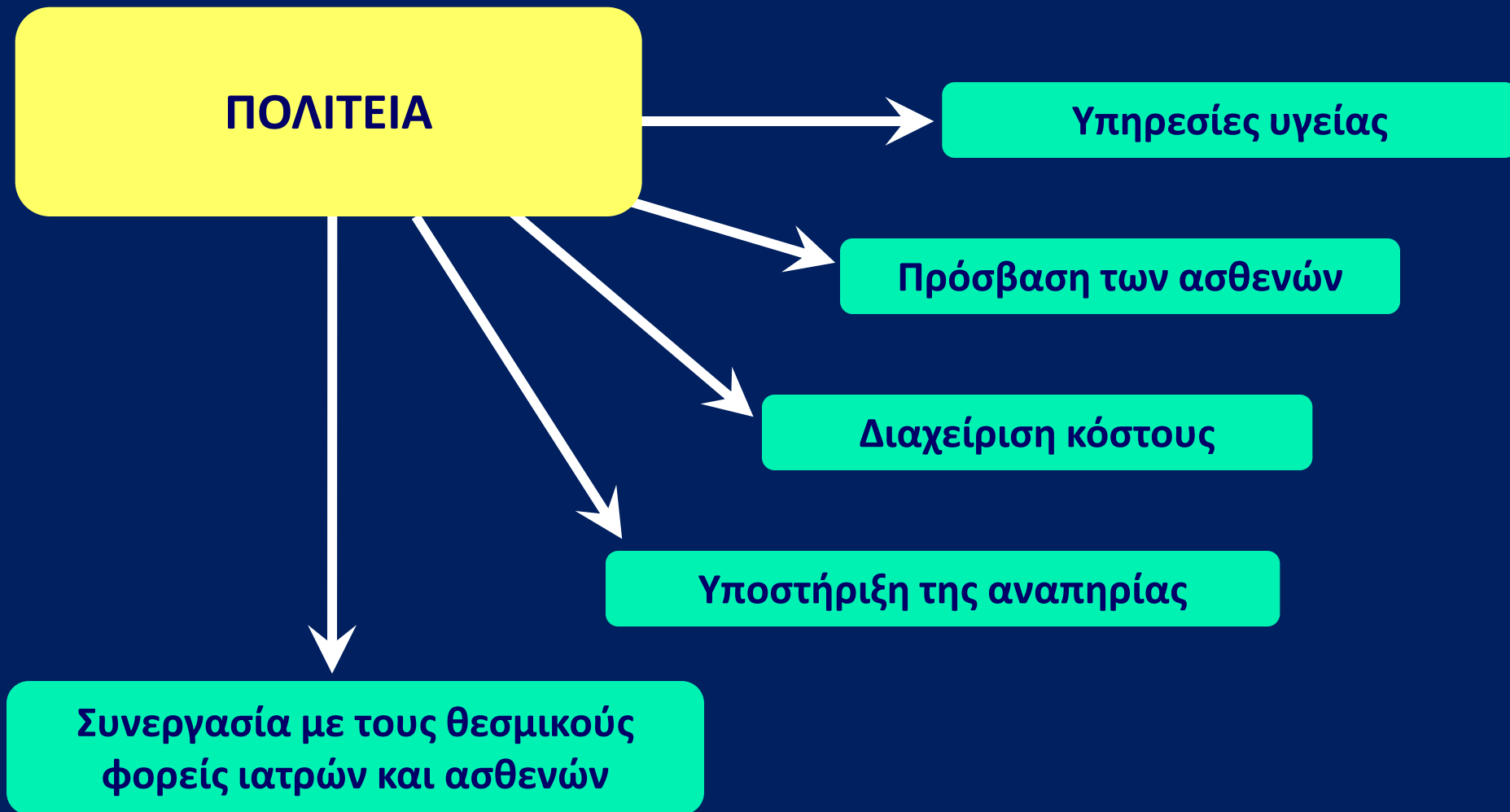


Τα ρευματικά νοσήματα ως αίτιο νοσηρότητας:

- Χρόνιο πρόβλημα υγείας 38,7%
- Μακροχρόνια σωματική ανικανότητα 47,2%
- Βραχυχρόνια σωματική ανικανότητα 26,2%

Andrianakos A, Miyakis S, Trontzas P, et al. *Rheumatology (Oxford)* 2005;44:932-8.

Οι θεσμικές παρεμβάσεις



Η θεραπευτική των ρευματικών νοσημάτων στον 20^ο αιώνα

Picasso: Renoir



- 1898 ασπιρίνη
- 1948 κορτιζόνη
- 1956 παρακεταμόλη
- 1960 φαινυλοβουταζόνη

❑ **SAARDs:** gold, D-penicillamine, azathioprine,
antimalarial, sulphasalazine, methotrexate

❑ **DMARDs:** hydroxychlorokine, sulphasalazine
methotrexate, cyclosporin, leflunomide

Αποτέλεσμα

- 50% των ασθενών με RA παρουσιάζουν αναπηρία μετά 10 έτη

Fries et al. *Arthritis Rheum* 1996;39:616-22.

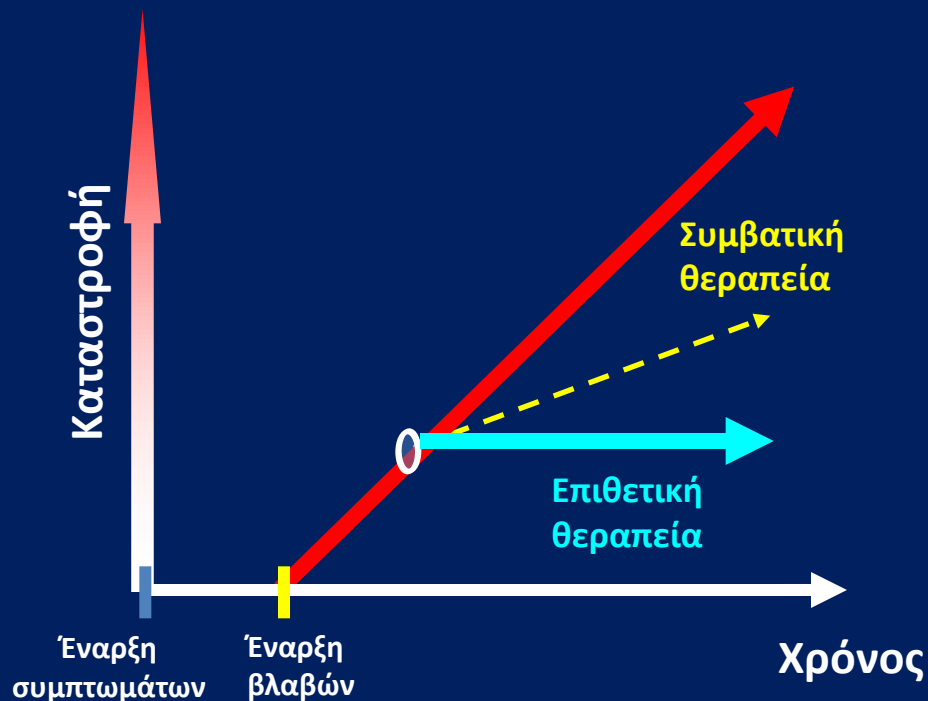
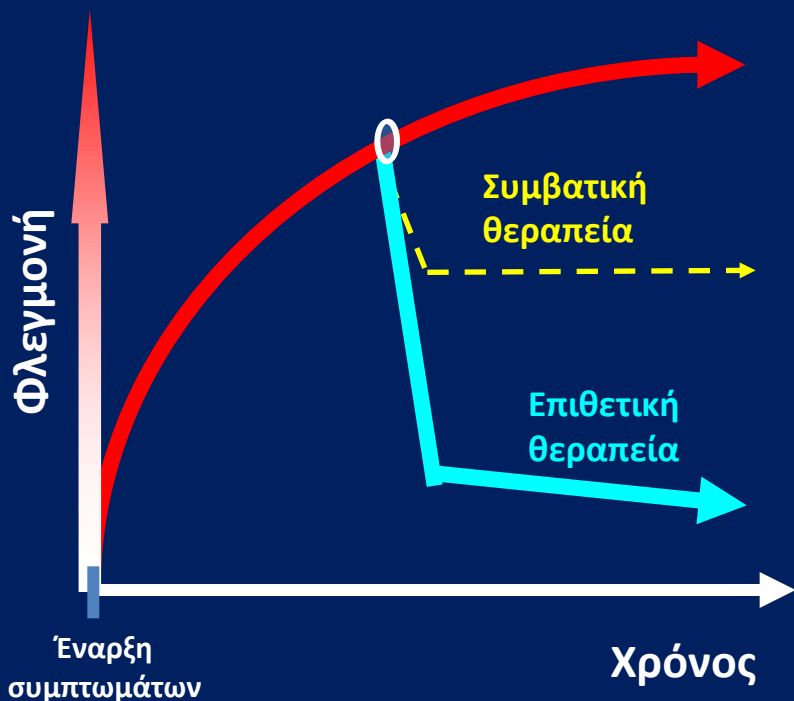
- Η θνητότητα είναι αυξημένη (RR: 1,27)
ιδιαίτερα τα πρώτα 7 έτη

Young et al. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:350-7.

Σύγχρονη αντίληψη για τη θεραπευτική της ΡΑ:

Ελάττωση της φλεγμονής και αναχαίτηση της αρθρικής καταστροφής

- Πρώιμη θεραπεία
- Στόχος η ύφεση και η πρόληψη των αρθρικών καταστροφών



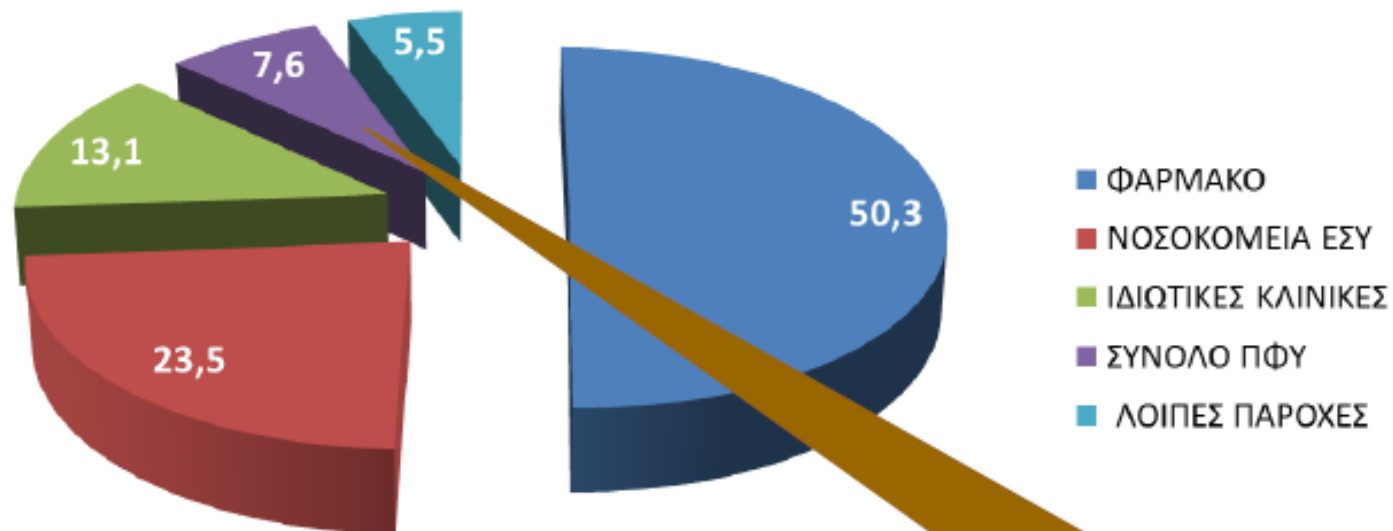
ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

- **Μεγάλη και ταχεία μείωση των συμπτωμάτων**
- **Δραστικά σε όσους αποτυγχάνουν στη συμβατική θεραπεία (DMARDs)**
- **Αναστολή της ακτινολογικής εξέλιξης**
- **Παρεμπόδιση της λειτουργικής ανικανότητας**
- **Μείωση της αναπηρίας**

Το κόστος των βιολογικών θεραπειών στην Ελλάδα

Σκεύασμα	Άμεσο κόστος θεραπείας κάθε χρόνο ανά ασθενή	
	2006	2013
Enbrel	19.474 €	9.324 €
Humira	22.631 €	10.370 €

Σύνθεση δαπανών υγείας του ΕΟΠΥΥ
(ως % του τροποποιημένου προϋπολογισμού του)



Οι διαρκείς τροποποιήσεις του προϋπολογισμού έχουν επηρεάσει το μίγμα της δαπάνης του Οργανισμού σε επίπεδα που αποκλίνουν τόσο από τον αρχικό σχεδιασμό όσο και από τις στοχεύσεις των εμπνευστών του εγχειρήματος για ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η ιατρική κοινότητα αρχίζει να αντιλαμβάνεται τη νέα αντίληψη οικονομικής αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ενός περιορισμένου προϋπολογισμού

- Να εξακολουθήσουν να υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα
- Να παράγονται ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας
- Να γίνεται καλύτερη κατανομή υπηρεσιών και προσωπικού με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας

Ποιός ασθενής πρέπει να παίρνει βιολογικό φάρμακο και πότε ?

Recommendations

EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs

Josef S Smolen,^{1,2} Robert Landewé,³ Ferdinand C Breedveld,⁴ Maxime Dougados,⁵ Paul Emery,⁶ Cecile Gaujoux-Viala,^{5,7} Simone Gorter,³ Rachel Knevel,⁴ Jackie Nam,⁶ Monika Schoels,² Daniel Aletaha,¹ Maya Buch,⁶ Laure Gossec,⁵ Tom Huizinga,⁴ Johannes W J W Bijlsma,⁸ Gerd Burmester,⁹ Bernard Combe,¹⁰ Maurizio Cutolo,¹¹ Cem Gabay,¹² Juan Gomez-Reino,¹³ Marios Kouloumas,¹⁴ Tore K Kvien,¹⁵ Emilio Martin-Mola,¹⁶ Iain McInnes,¹⁷ Karel Pavelka,¹⁸ Piet van Riel,¹⁹ Marieke Scholte,¹⁴ David L Scott,²⁰ Tuulikki Sokka,²¹ Guido Valesini,²² Ronald van Vollenhoven,²³ Kevin L Winthrop,²⁴ John Wong,²⁵ Angela Zink,²⁶ Désirée van der Heijde⁴

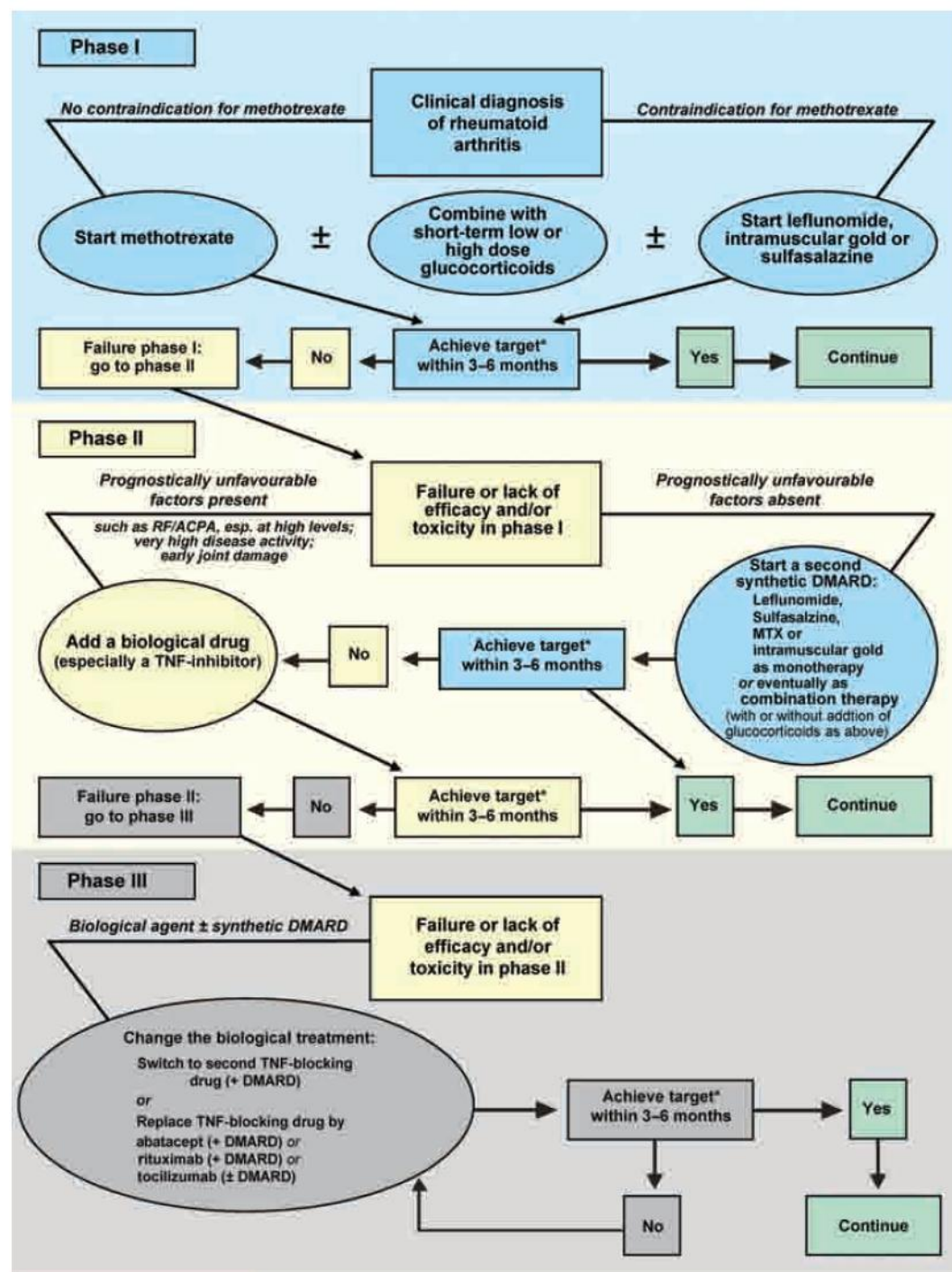
For numbered affiliations see end of the article

Correspondence to
Professor Josef S Smolen,

ABSTRACT

Treatment of rheumatoid arthritis (RA) may differ among rheumatologists and currently, clear and consensual international recommendations on RA treatment

during the past decade, providing previously unforeseen therapeutic dimensions. New and highly effective DMARDs have continued to emerge until the most recent years—in particular, biologi-



**ΠΩΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟ
ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ?**

ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΤΟΥ ΕΟΦ

- **Αποτέλεσαν περισσότερο συστάσεις παρά εφαρμοσμένους αλγορίθμους** (δεν οριοθετούν σαφή κριτήρια και προϋποθέσεις για τη χορήγηση βιολογικών παραγόντων)
- **Δεν ανανεώθηκαν** (παρότι οι διεθνείς οδηγίες έχουν από τότε επικαιροποιηθεί τουλάχιστον 2 φορές)
- **Η διαμόρφωση τους έγινε από «αριστίδην» Επιτροπές που συνέστησε ο ΕΟΦ** (δεν απέκτησαν την αποδοχή και τη συναίνεση του ιατρικού κόσμου)
- **Η τελευταία προσπάθεια της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών έχει καλές προθέσεις αλλά στερείται θεσμικού χαρακτήρα** (και δεν αποδίδουν έργο όλες οι συσταθείσες Επιτροπές)

Patients' access to biologics in rheumatoid arthritis: a comparison between Portugal and other European countries

P. A. Laires · F. Exposto · R. Mesquita ·
A. P. Martins · L. Cunha-Miranda ·
J. E. Fonseca

Received: 29 March 2012 / Accepted: 28 August 2012
© Springer-Verlag 2012

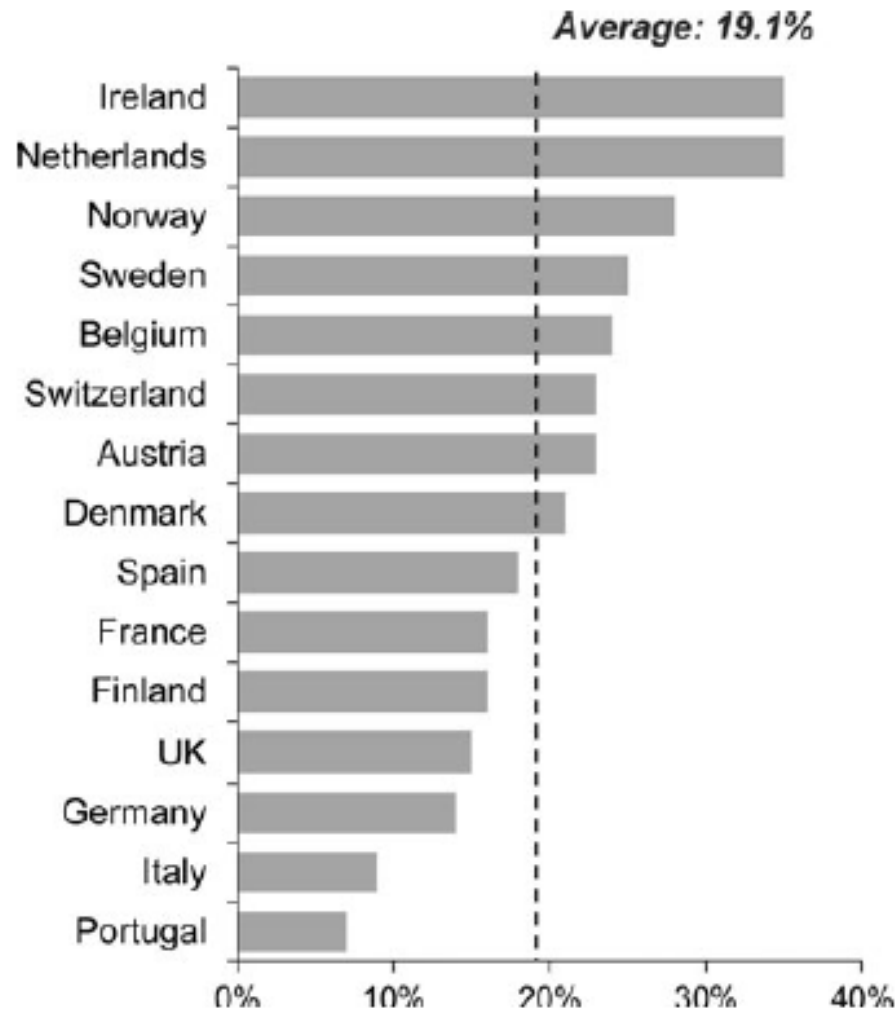
Abstract

Background Despite the widespread availability of biologics across Europe, rheumatoid arthritis (RA) patients' access to these drugs differs significantly among countries.

Objectives To compare the proportion of RA patients

Results The regression model ($R^2 = 0.953$) indicated that PAB in selected countries is explained mostly by its gross domestic product (GDP) per capita, the usage of methotrexate (MTX) and the biologics' distribution channel. Current MTX usage in Portugal shows similarity with

**Ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες
για τη θεραπεία της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας
σε σχέση με τον συνολικό επιπολασμό της νόσου σε 15 χώρες της ΕΕ**



ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΕΛΛΑΔΑ;

Based on the selection criteria defined previously, a total of 15 European countries, including Portugal, were considered for benchmarking (Fig. 1). We decided to exclude Luxembourg, due to this country's population size and economic idiosyncrasies, and Greece, due to inconsistent data for market value calculation.

RHEUMATOID ARTHRITIS IN GREECE: THE ECONOMIC BURDEN AND IMPACT ON QUALITY OF LIFE; INTERIM ANALYSIS OF THE HORA STUDY

ANA C. HERNANDEZ ¹, DIMITRIOS BOUMPAS ², ALEXANDROS DROSOS ³, NIKOLAOS GALANPOULOS ⁴, LAZAROS SAKKAS ⁵, LOUKAS SETTAS ⁶, PRODROMOS SIDIROPOULOS ⁷, SOFIA CHRISTAKI ⁷, ATHANASIOS TZIOUFAS ⁸, KOSTAS ATHANASAKIS ⁹, ELLI VITSOU ¹, IOANNIS PETRAKIS ¹
¹ PFIZER HELLAS SA, ATHENS, GREECE; ² RHEUMATOLOGY CLINIC, UNIVERSITY GENERAL HOSPITAL OF IRAKLEION; ³ RHEUMATOLOGY CLINIC, MEDICAL SCHOOL OF THE UNIVERSITY OF IOANNINA; ⁴ RHEUMATOLOGY CLINIC, UNIVERSITY HOSPITAL OF ALEXANDROUPOLI; ⁵ RHEUMATOLOGY CLINIC, UNIVERSITY GENERAL HOSPITAL OF LARISSA; ⁶ RHEUMATOLOGY UNIT, 1ST DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF THESSALONIKI; ⁷ 2ND INTERNAL MEDICINE CLINIC, EUROCLINIC ATHENS; ⁸ PATHOPHYSIOLOGY CLINIC, MEDICAL SCHOOL OF THE NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS; ⁹ NATIONAL SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, ATHENS, GREECE

BACKGROUND: Rheumatoid arthritis (RA) is a progressive, debilitating inflammatory disease associated with premature disability and impaired quality of life (QoL). Effective treatment early on in the disease process is required in order to mediate its significant economic impact, which has not been estimated for the Greek health-care setting.

OBJECTIVES: Primary objectives were to assess QoL, productivity loss, resource utilization, and associated costs, in RA patients in Greece.

MATERIALS AND METHODS: 210 RA patients from university clinics were enrolled in this observational study between July 2010 and June 2012. Physician questionnaires were used to estimate resource utilization and treatment costs. QoL and functional ability were measured using EQ-5D and HAQ. Direct and indirect costs were calculated using official price lists of the Greek Ministry of Health and other publicly available sources.

RESULTS: Subjects were primarily female (76.7%) with mean±SD age 59.1±12.6 and median time of disease duration was 11.9±9.1 years; 53% were retired, of which 40% were prematurely retired due to RA. Throughout the study, the percentage of subjects receiving DMARDs, biologic agents (monotherapy) and combination therapy (DMARD+biologic) was approximately 36%, 9.4% and 51%, respectively. Of total visits to health care providers, 60.7% were to rheumatologists, followed by internists (20.2%) and cardiologists (4.8%), with 4.2, 1.4, and 0.33 mean numbers of visits/year. Most frequent diagnostic tests were CBC (45.5%) and urinalysis (21.5%) with 4.4 and 2.04 mean number of tests/year. Less than 10% (N=20) of participants were hospitalized at least once during the study with main reason being RA exacerbation (12.5%). The

mean (±SD) number of missed days from work and days with reduced working hours were 5.9±16.1 and 7.3±24.2 during 9 months of the follow-up. Total annual cost per patient was A9,580±8,437, while direct costs were the most significant component (85% of total cost) (Table 1).

table 1.		
Cost (€)	MEAN±SD	IQR
Overall	9,580±8,437	1,273-14,562
Direct	8,129±7562	505.3-13,620
Security funds	8,037±7,431	494.4-13,414
Patient Direct	92±587.2	0.45-37.09
Indirect	1,451±3,221	0.0-637.7
Societal	1,253±3,135	0.0-0.0
Patient Indirect	198±828.4	0.0-0.0

Mean HAQ and EQ-5D scores were approximately 0.7 and 0.6 respectively, throughout the study. Higher overall costs were observed for patients with HAQ of 1.5-2.0, EQ-5D of 0.6-0.8 and patients receiving combination therapy. Patients with EQ-5D score of <0.4 exhibited higher indirect costs.

CONCLUSION: Greek RA patients with established and aggressive disease followed by tertiary rheumatology centers suffer productivity loss and retire prematurely due to RA and/or associated morbidities. RA was associated with elevated direct costs and significant impairment of quality of life which could be explained by unintentional setting bias and/or disease course and duration.

ΜΕΛΕΤΗ HORA

- Καταγραφή δεδομένων 210 ασθενών Ιούλιος 2010 μέχρι Ιούνιος 2012
- 5 Πανεπιστημιακά Κέντρα

Ποσοστό ασθενών που λάμβανε βιολογικούς παράγοντες για τη θεραπεία της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας:

60,4%



Αρχεία καταγραφής δεδομένων ασθενών: Η Ελληνική εμπειρία



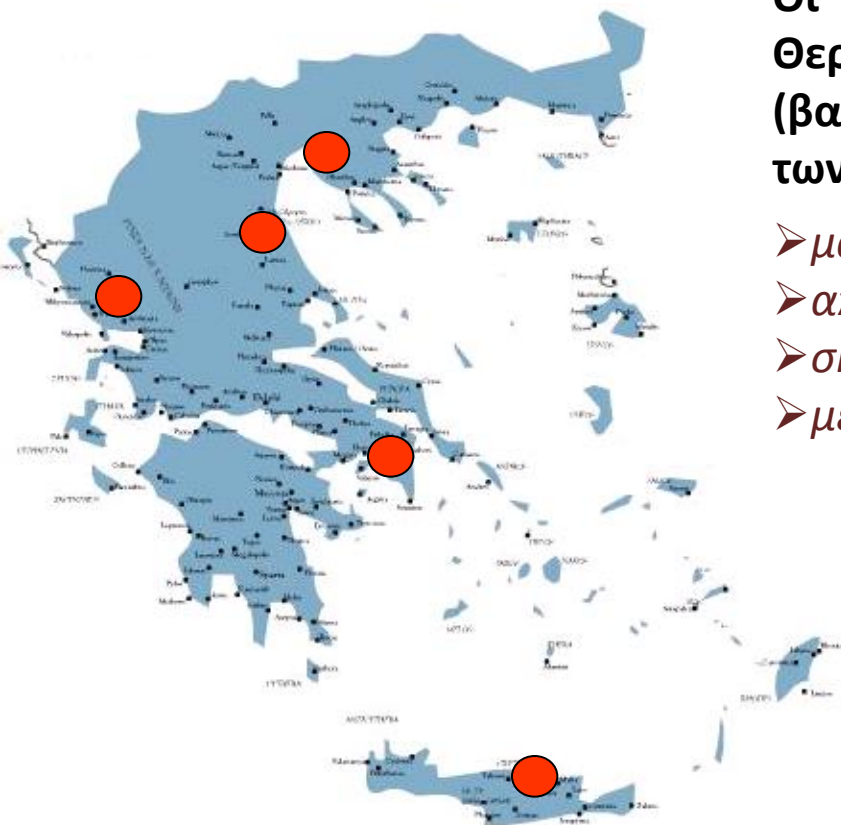
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

1.028 ασθενείς (1.297 θεραπείες)

Οι Έλληνες ασθενείς με RA που ξεκινούν βιολογική Θεραπεία έχουν συγκρίσιμα χαρακτηριστικά νόσου (βαρύτητας και ενεργότητας) με τους ασθενείς των άλλων χωρών της Ευρώπης και τη Β. Αμερική:

- *μακρά διάρκεια νόσου (Μ.Ο. 8 έτη)*
- *αποτυχία σε πολλαπλά DMARDs (Μ.Ο. 2,4)*
- *σημαντική ενεργότητα νόσου (Μ.Ο. DAS28=5,6)*
- *μεγάλη έκπτωση λειτουργικής ικανότητας (Μ.Ο. HAQ=1)*

P. Sidiropoulos, University of Crete

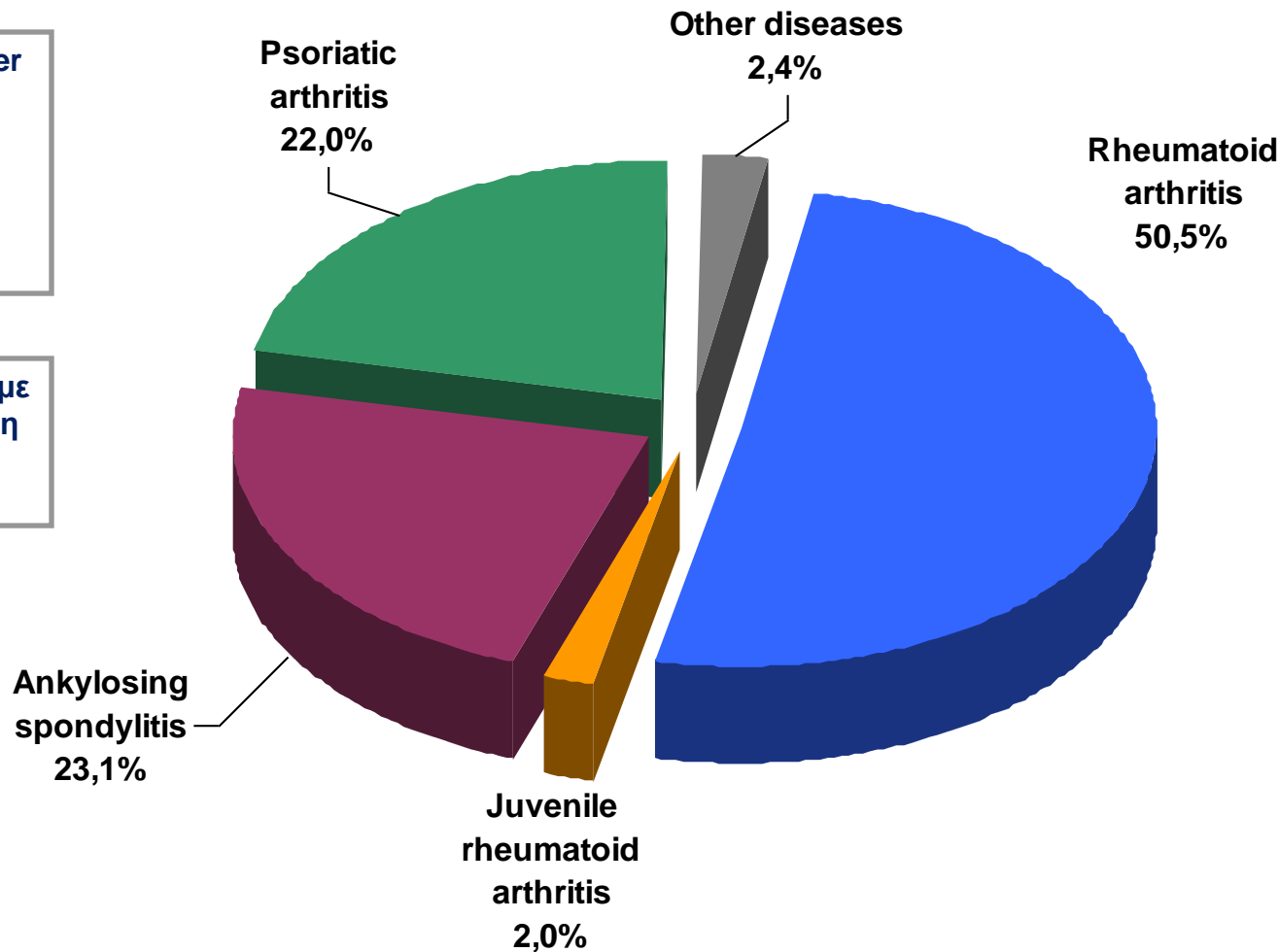


ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΥΣ

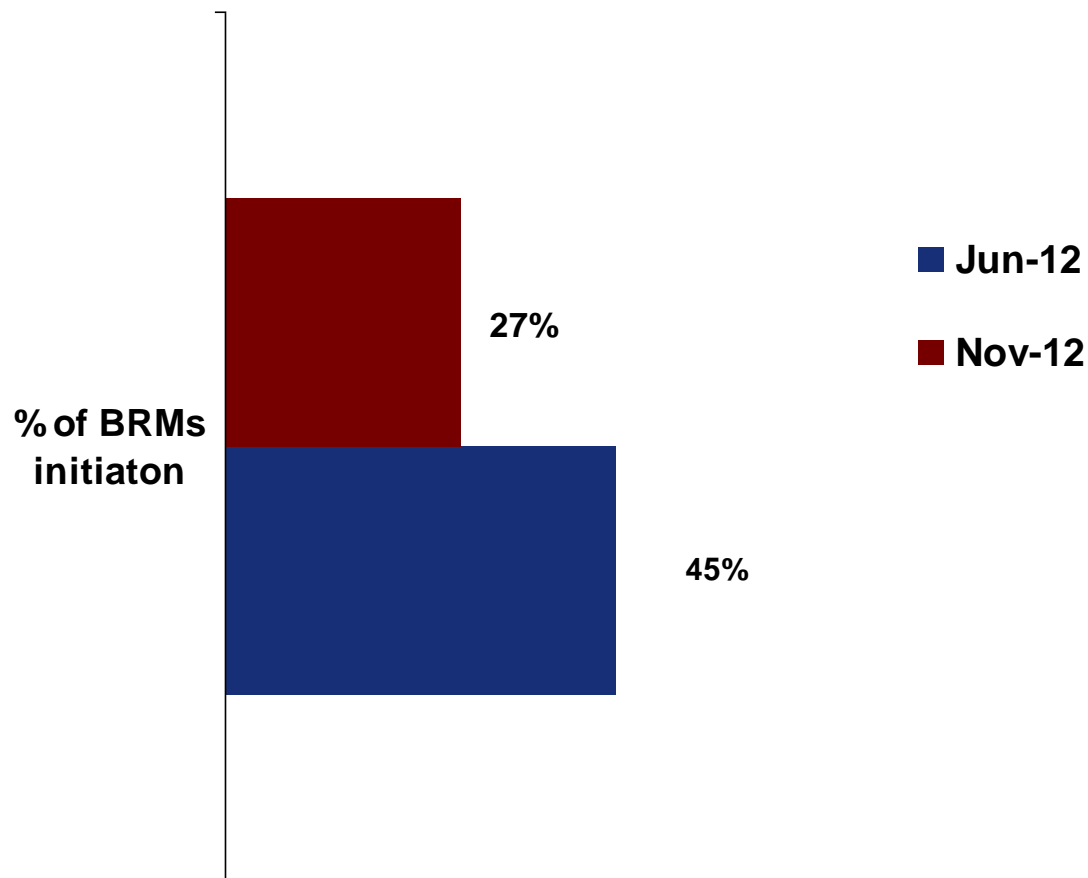
The estimated total number of patients treated with BRMs is **28.000-29.000**.

50% of these patients concern rheumatoid arthritis.

Προσδοκώμενος αριθμός (με βάση την Ευρωπαϊκή μέση ποσόστωση 20%) είναι **25.000**



**ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΣΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΟΙ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣΑΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (DMARDs)**



ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ: ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

3 ενδείξεις (επιπ. $\approx 1,2\%$)

10 παράγοντες:

- Adalimumab (HUMIRA)
- Certolizumab Pegol (CIMZIA)
- Etanercept (ENBREL)
- Golimumab (SIMPONI)
- Infliximab (REMICADE)
- Abatacept (ORENCIA)
- Tocilizumab (RoACTEMRA)
- Anakinra (KINERET)
- Rituximab (MABTHERA)
- Canakinumab (ILARIS)

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1 ένδειξη (επιπ. $\approx 3\%$)

4 παράγοντες:

- Adalimumab (HUMIRA)
- Etanercept (ENBREL)
- Infliximab (REMICADE)
- Ustekinumab (STELARA)

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ

2 ενδείξεις (επιπ. $\approx 0,1\%$)

2 παράγοντες:

- Adalimumab (HUMIRA)
- Infliximab (REMICADE)

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

Όλες οι αντίστοιχες ενδείξεις (επιπ. $\approx 0,1\%$)

3 παράγοντες:

- Adalimumab (HUMIRA) – Νεανική ΡΑ και ν. Crohn
- Etanercept (ENBREL) - Νεανική ΡΑ και Ψωρίαση
- Infliximab (REMICADE) - ν. Crohn

Η Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία δέχθηκε κάλεσμα από το Υπουργείο Υγείας

From: Μάριος Σαλμάς [<mailto:salmasmarios@gmail.com>]

Sent: Friday, May 24, 2013 1:28 PM

To: mail@ere.gr

Subject:

Επειδή το Υπουργείο Υγείας πρόκειται να εφαρμόσει θεραπευτικά πρωτόκολλα στη συνταγογράφηση των βιολογικών παραγόντων στηριγμένα στις δικές σας κατευθυντήριες οδηγίες, παρακαλώ όπως ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος της ΕΡΕ προσέλθουν σε συνάντηση εργασίας με τον Υπουργό κ. Μ. Σαλμά την Τετάρτη 5 Ιουνίου στις 10.00 πμ).



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ &
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Έτος Ιδρύσεως 1960

Αθήνα, 04 Ιουνίου 2013

Α.Π.: 251

Διοικητικό Συμβούλιο
2013-2014

Προς:

Τον Υπουργό Αναπληρωτή Υγείας κ. Μ. Σαλμά

Πρόεδρος
Σπύρος Ασλανίδης

Αντιπρόεδρος
Παναγιώτης Τρόντζας

Γενικός Γραμματέας
Χαράλαμπος Μπερμπερίδης

Ταμίας
Εμμανουήλ Δερμιτζάκης

Ειδική Γραμματέας
Ευαγγελία Καταζάκη

Σύμβουλος
Πέτρος Π. Σφηκάκης

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,

Στα πλαίσια της συνάντησης εργασίας με τους κκ Ασλανίδη και Τρόντζα την Τετάρτη 5-6-13 θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι "το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ εξουσιοδοτεί τον Πρόεδρο κ. Σ. Ασλανίδη και τον Αντιπρόεδρο κ. Π. Τρόντζα όπως συναντηθούν με τον Υπουργό Αναπληρωτή Υγείας κ. Μ. Σαλμά - μετά από σχετική πρόσκληση του - με σκοπό να προωθηθεί η εφαρμογή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων χορήγησης βιολογικών παραγόντων στις ρευματικές παθήσεις σύμφωνα με τις ανανεωμένες κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΡΕ και με στόχο την ορθή ιατρική πρακτική και τη δυνατότητα συνέχισης της συνταγογράφησης των φαρμάκων αυτών σε όσους ασθενείς τα έχουν ανάγκη."

Γραμματεία
Ευαγγελία Ορφανίδη

Με τιμή,

Για το Διοικητικό Συμβούλιο

Ο Πρόεδρος

Σ. Ασλανίδης

Ο Γεν. Γραμματέας

Χ. Μπερμπερίδης

Η Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία ανέλαβε να καθοδηγήσει την αυτορρύθμιση της ρευματολογικής κοινότητας

Με δύο γενικές προϋποθέσεις:

1. Ο ασθενής που έχει πραγματική ανάγκη θεραπείας με βιολογικό παράγοντα να έχει πρόσβαση στο φάρμακο χωρίς περιττές γραφειοκρατικές διαδικασίες
2. Ο ιατρός που αποφασίζει να χορηγήσει βιολογικό παράγοντα ακολουθώντας τα αυστηρά βήματα των κατευθυντηρίων οδηγιών να μπορεί να το συνταγογραφήσει ανεξάρτητα από την εργασιακή του ιδιότητα ή τον τρόπο που ασκεί το επάγγελμα του

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΕΡΕ

- Στηρίζονται στις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΡΕ (Δεκ. 2012) οι οποίες διαμορφώθηκαν από το Αρχείο Βιολογικών Θεραπειών της Κρήτης μετά από ανασκόπηση και μελέτη των διεθνών οδηγιών των θεσμικών οργάνων και επιτροπών
- Διορθώθηκαν ως προς τις δυνατές επιλογές Βιολογικού Παράγοντα ακολουθώντας τις επίσημες ενδείξεις κάθε φαρμάκου και όχι το βιβλιογραφικό επίπεδο τεκμηρίωσης όπως σωστά υιοθετούν οι κατευθυντήριες οδηγίες

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΕΡΕ

- **Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας**
(Εγκατεστημένη και πρώιμη)
- **Αξονικής Σπονδυλαρθρίτιδας**
(Αγκυλοποιητική ή άλλης Σπονδυλαρθρίτιδα)
- **Ψωριασικής Αρθρίτιδας**

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΕΡΕ

ΠΑΡΑΔΩΣΑΜΕ:

1. Επίσημο επιστημονικό κείμενο
2. Αναλυτικά αλγοριθμοποιημένα βήματα
3. Flow chart αλγορίθμων
4. Οδηγίες εφαρμογής στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση
5. Γενική εισήγηση
6. Χρονοδιάγραμμα

1. Επίσημο επιστημονικό κείμενο

ΠΡΩΙΜΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (πρώιμη ΡΑ) – Συμπτώματα <12 μήνες

1. Οι ασθενείς με πρώιμη ΡΑ συνιστάται να ξεκινούν για πρώτη φορά τη θεραπεία με κλασικά τροποποιητικά φάρμακα (DMARDs) δηλαδή με μεθοτρεξάτη, λεφλουνομίδα, σουλφασαζίνη, υδροξυχλωροκίνη, κυκλοσπορίνη.

2. Επαρκής θεραπευτική δοκιμή των DMARDs θεωρείται η θεραπεία διάρκειας τουλάχιστον 3 μηνών στις παρακάτω δόσεις - στόχους:

- Μεθοτρεξάτη: ≥ 15 mg/εβδομάδα, με δόση στόχο 20-25mg/εβδομάδα (σε υψηλές δόσεις συνιστάται και η παρεντερική χορήγηση της)
- Λεφλουνομίδα: 20 mg/ημέρα
- Σουλφασαζίνη: 3 gr/ημέρα
- Υδροξυχλωροκίνη: 400 mg/ημέρα
- Κυκλοσπορίνη: 3 mg/kg/ημέρα

Η μεθοτρεξάτη ή η λεφλουνομίδα θα πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιούνται, εκτός και αν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χορήγησή τους.

3. Επί θεραπευτικής αποτυχίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί συνδυασμός μη βιολογικών DMARDs ή συνδυασμός βιολογικών παραγόντων με μεθοτρεξάτη ή άλλο DMARD ή μονοθεραπεία με βιολογικό παράγοντα (επί αντένδειξης, δυσανεξίας ή τοξικότητας των DMARDs).

4. Η χορήγηση συνδυασμών DMARDs ή/και βιολογικών παραγόντων για τη θεραπεία της **πρώιμης ΡΑ** συνιστάται σε ασθενείς οι οποίοι έχουν:

I. Νόσο υψηλής (DAS28 $>5,1$) ή μέτριας ενεργότητας (DAS28 $>3,2$), (Παράρτημα, Πίνακας 1)

ΚΑΙ

II. ≥ 2 δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες (Πίνακες 2 και 3)

ΚΑΙ

III. Έχουν αποτύχει στη θεραπεία με ≥ 1 DMARD

5. Οι εγκεκριμένοι **βιολογικοί παράγοντες** πρώτης γραμμής για τη θεραπεία της ΡΑ είναι το Abatacept, το Adalimumab, το Anakinra, το Certolizumab pegol, το Etanercept, το Golimumab, το Infliximab και το Tocilizumab.

Οι συνιστώμενες δόσεις είναι:

- Abatacept: <60 Kg 500mg, ≥ 60 kg έως ≤ 100 kg 750 mg, >100 Kg 1.000 mg άπαξ κάθε 4 εβδομάδες (ΕΦ)
- Adalimumab: 40mg/2 εβδομάδες υποδορίως (ΥΔ)
- Anakinra: 100mg καθημερινά ΥΔ
- Certolizumab pegol: χορήγηση 400 mg τις εβδομάδες 0,2,4 και ακολούθως 200 mg κάθε

2. Αναλυτικά αλγοριθμοποιημένα βήματα

ΒΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ:

Καταχώρηση Συνταγής

Υποχρεωτική εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων

Ρευματολόγος

Ρευματοειδής αρθρίτιδα

A. Εγκατεστημένη Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (Διάρκεια συμπτωμάτων >12 μήνες)

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗΣ ΡΑ

1. ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑΣ

A. DMARDs

☐

B. Βιολογικός παράγοντας

☐

Με την επιλογή A (DMARDs) τέλος εφαρμογής και ενεργοποίηση της δυνατότητας συνταγογράφησης DMARDs

Με την επιλογή B (Βιολογικός παράγοντας) ενεργοποιείται το παρακάτω πεδίο:

2. ΕΝΑΡΞΗ ΜΕ DMARDs

Μεθοτρεξάτη

☐

Ημερομηνία έναρξης

Λεφλουνομίδη

☐

Ημερομηνία έναρξης

Κυκλοσπορίνη

☐

Ημερομηνία έναρξης

Σουλφασαλαζίνη

☐

Ημερομηνία έναρξης

Υδροξυχλωροκίνη

☐

Ημερομηνία έναρξης

Συνδυασμός

☐

Ημερομηνία έναρξης

Να υπάρχει δυνατότητα πολλαπλών επιλογών στο παραπάνω πεδίο

4. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

A. DAS28

Θα ανοίγει POP UP με τον ορισμό του DAS28 (βλέπε Παράρτημα, Πίνακας 1) και εάν είναι δυνατόν και DASMETER (υπολογισμός του DAS28)-επισυνάπτεται η formula σε Excel

B. Δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες

Τσεκάρονται όσες επιλογές θεωρούνται σωστές:

Ρευματοειδής παράγοντας ή αντί-CCP

☐

Διαβρώσεις σε άκρα χέρια ή πόδια σε απλή ακτινογραφία

☐

HAQ>1

☐

Προσβολή μεγάλων αρθρώσεων

☐

Εξωαρθρική νόσος

☐

Γ. Αποτυχία σε DMARDs

Ανοίγουν τα παρακάτω πεδία:

1. Πόσα DMARDs χορηγήσατε;

Εάν ο αριθμός είναι ≥ 1 θα μπορεί να προχωρήσει στα επόμενα πεδία.

Εάν ο αριθμός είναι 0 θα ανοίγει πίνακας με την επιλογή:

Λόγοι μη χορήγησης:

Αντένδειξη/δυσανεξία/τοξικότητα

NAI – OXI

Εάν η επιλογή είναι OXI θα ανοίγει POP UP με το μήνυμα: «Χορηγείστε DMARDs»

Εάν η επιλογή είναι NAI θα ανοίγει πλαίσιο κειμένου για την περιγραφή και κατόπιν θα μπορεί εφόσον είναι ο DAS 28 $\geq 5,1$ να ενεργοποιείται η δυνατότητα συνταγογράφησης μόνο για τους βιολογικούς παράγοντες που έχουν επίσημη ένδειξη μονοθεραπείας (Tocilizumab, Etanercept, Adalimumab, Certolizumab Pegol)

ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ (Προσοχή)

5. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Το σύστημα θα επιτρέπει τη συνέχεια (δηλαδή την είσοδο στα πεδία που ενεργοποιούν τη συνταγογράφηση βιολογικού παράγοντα) μόνον εφόσον πληρούνται οι πιο κάτω προϋποθέσεις (από τα δεδομένα του προηγούμενου πεδίου 4. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ) – Δημιουργία formula

A. ΚΡΙΤΗΡΙΟ DAS

DAS28 >5,1

Ή

DAS28 >3,2 ΚΑΙ ≥ 2 δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες

ΚΑΙ

B. ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΣΕ DMARDs

Να έχουν αποτύχει στη θεραπεία με DMARDs (με την προϋπόθεση χορήγησης μεθοτρεξάτης ή λεφλουνιμίδης σε μέγιστες θεραπευτικές δόσεις):

α. σε ≥ 2 DMARDs ή συνδυασμούς αυτών επί απουσίας δυσμενών προγνωστικών παραγόντων

ή

β. σε ≥ 1 DMARD ή συνδυασμούς αυτών παρουσία δυσμενών προγνωστικών παραγόντων

ή

γ. σε περίπτωση αποδεδειγμένης αντένδειξης ή δυσανεξίας ή τοξικότητας της θεραπείας με DMARDs

Εφόσον ενεργοποιηθεί το πεδίο τσεκάρει την αντίστοιχη επιλογή:

Χορήγηση:

1^{ου} Βιολογικού Παράγοντα ☐

2^{ου} Βιολογικού Παράγοντα ☐

Επόμενου Βιολογικού Παράγοντα ☐

5.1 Επιλογή 1^{ου} βιολογικού παράγοντα

Τσεκάρει μία από τις παρακάτω επιλογές:

Adalimumab ☐

Etanercept ☐

Certolizumab ☐

Golimumab ☐

Infliximab ☐

Tocilizumab ☐

Abatacept ☐

Anakinra ☐

Rituximab ☐

Σημείωση:

Εάν γίνει η επιλογή Rituximab θα βγαίνει ο παρακάτω πίνακας και μόνον εφόσον μία από τις απαντήσεις είναι θετική θα επιτρέπεται η συνταγογράφηση

Υπάρχει στον ασθενή ιστορικό:

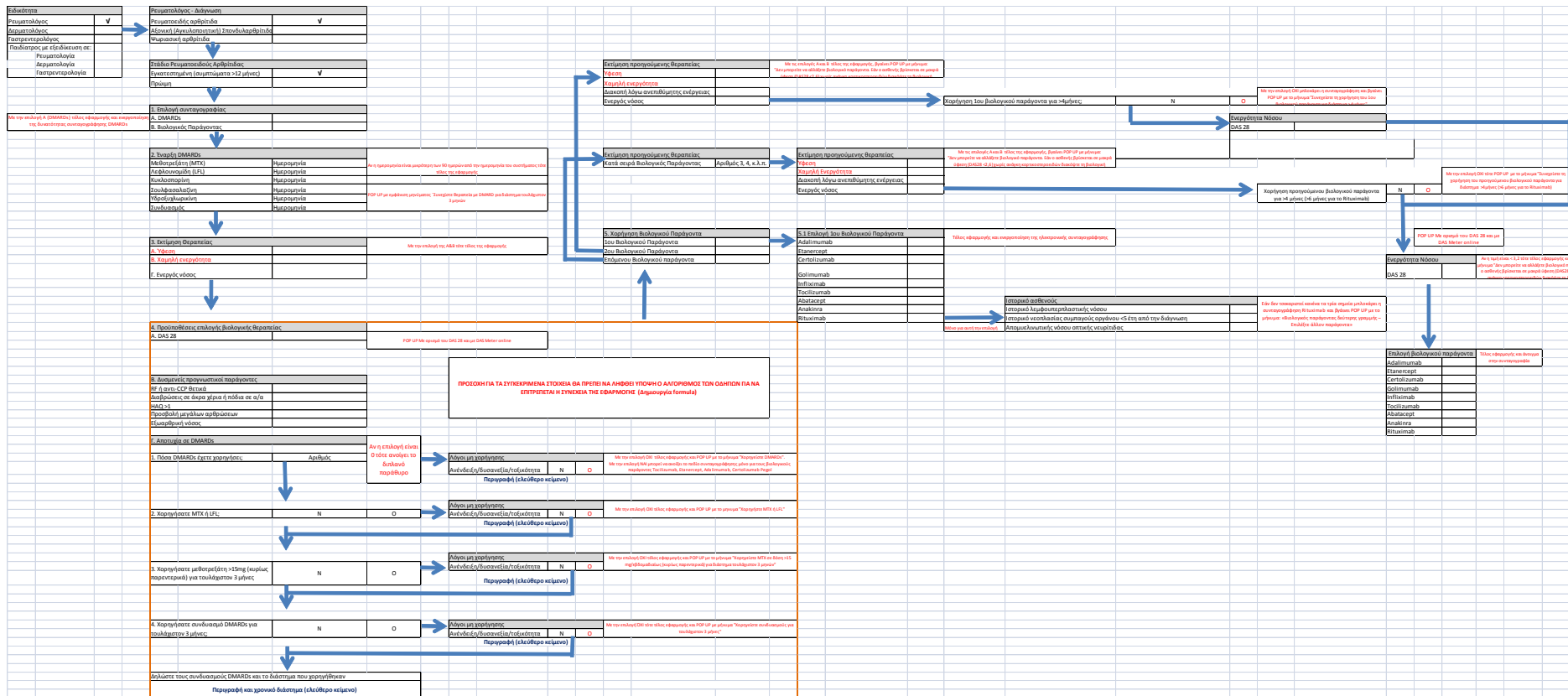
Ιστορικό λεμφοϋπερπλαστικής νόσου ☐

Ιστορικό νεοπλασίας συμπαγούς οργάνου <5 έτη από τη διάγνωση ☐

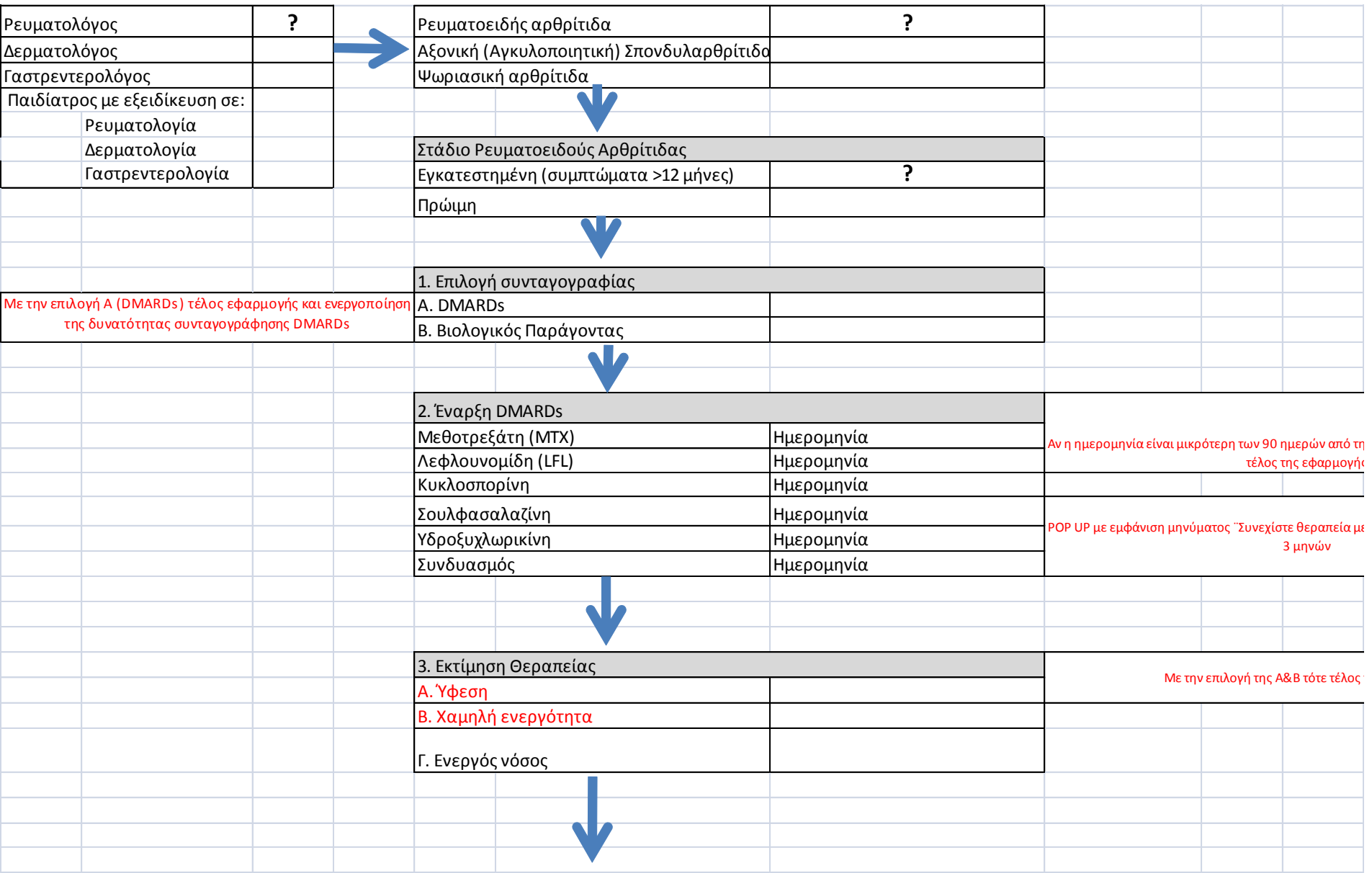
Απομυελινωτικής νόσου, οπτικής νευρίτιδας ☐

Εάν καμία απάντηση δεν τσεκαριστεί στον πίνακα θα βγαίνει POP UP με το μήνυμα «Βιολογικός παράγοντας δεύτερης γραμμής – Επιλέξτε άλλον παράγοντα» και θα μπλοκάρεται η συνταγογράφηση του Rituximab

3. Flow chart ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ



Flow chart αλγορίθμου εγκατεστημένης ΡΑ



4. Προϋποθέσεις επιλογής βιολογικής θεραπείας

A. DAS 28

POP UP Με ορισμό του DAS 28 και με DAS Meter online

B. Δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες

RF ή αντι-CCP θετικά

Διαβρώσεις σε άκρα χέρια ή πόδια σε α/α

HAQ >1

Προσβολή μεγάλων αρθρώσεων

Εξωαρθρική νόσος

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΕ
ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ Η ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ**

Γ. Αποτυχία σε DMARDs

1. Πόσα DMARDs έχετε χορηγήσει;

Αριθμός

Αν η επιλογή είναι
Ο τότε ανοίγει το
διπλανό
παράθυρο

Λόγοι μη χορήγησης

Ανένδειξη/δυσανεξία/τοξικότητα

N

O

Με την ε
Με την επιλ
πι

Περιγραφή (ελεύθερο κείμενο)

2. Χορηγήσατε MTX ή LFL;

N

O

Λόγοι μη χορήγησης

▶ Ανένδειξη/δυσανεξία/τοξικότητα

N

0

Με την ε

Περιγραφή (ελεύθερο κείμενο)

3. Χορηγήσατε μεθοτρεξάτη >15mg (κυρίως παρεντερικά) για τουλάχιστον 3 μήνες

N

0

Λόγοι μη χορήγησης

Ανένδειξη/δυσανεξία/τοξικότητα

N

0

Με την επιλ
mg,

Περιγραφή (ελεύθερο κείμενο)

4. Χορηγήσατε συνδυασμό DMARDs για τουλάχιστον 3 μήνες;

N

0

▶ Λόγοι μη χορήγησης

Ανένδειξη/δυσανεξία/τοξικότητα

N

0

Με την επιλο

Περιγραφή (ελεύθερο κείμενο)

Δηλώστε τους συνδυασμούς DMARDs και το διάστημα που χορηγήθηκαν

Περιγραφή και χρονικό διάστημα (ελεύθερο κείμενο)

Εκτίμηση προηγούμενης θεραπείας	
Υφέση	
Χαμηλή ενεργότητα	
Διακοπή λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας	
Ενεργός νόσος	

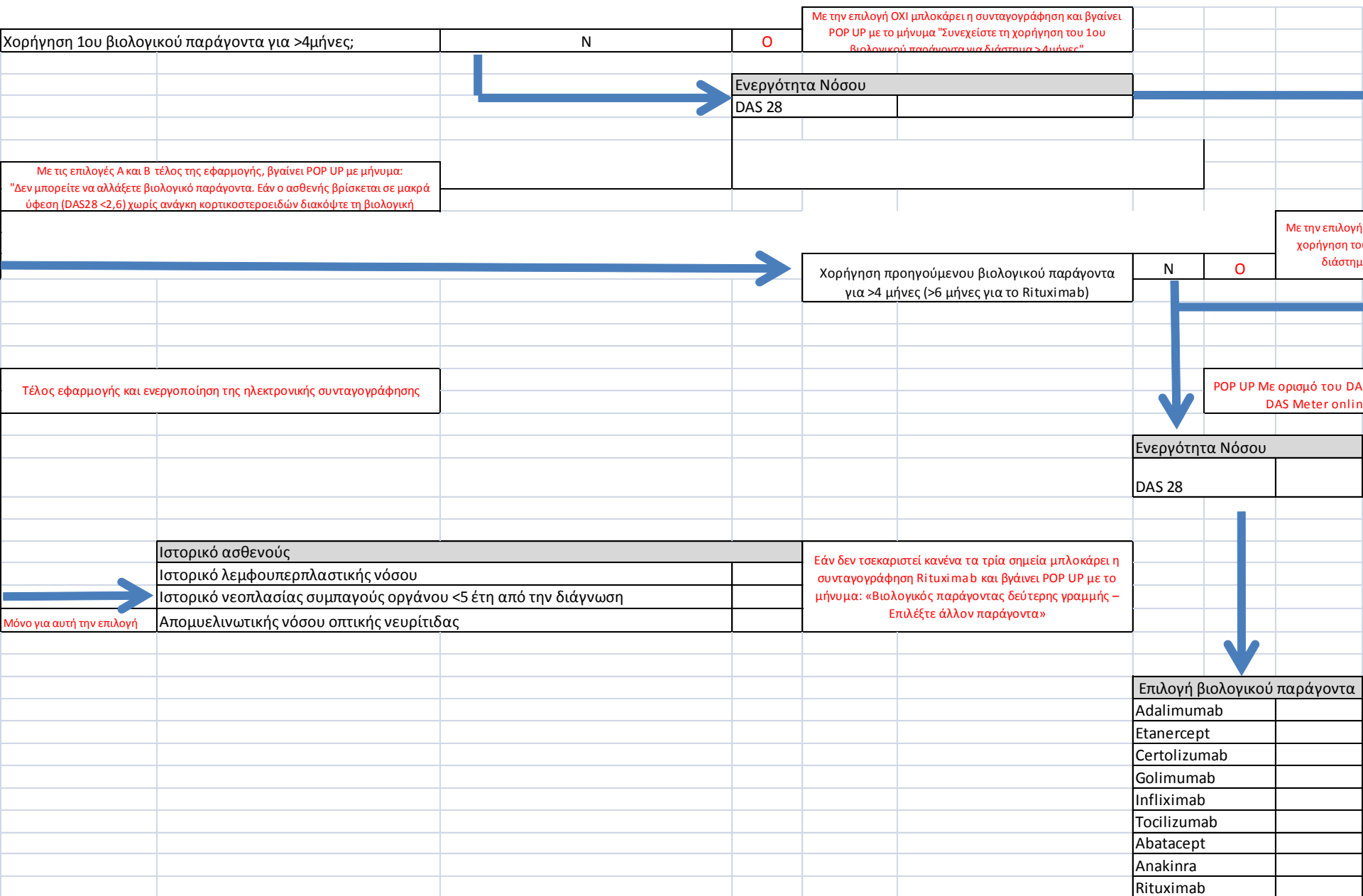
Με τις επιλογές Α και Β τέλος της εφαρμογής, βγαίνει POP UP με μήνυμα:
 "Δεν μπορείτε να αλλάξετε βιολογικό παράγοντα. Εάν ο ασθενής βρίσκεται σε μακρά ύφεση (DAS28 < 2.6) χωρίς ανάγκη κορτικοστεροειδών διακόψτε το βιολογικό."

Εκτίμηση προηγούμενης θεραπείας	
Κατά σειρά Βιολογικός Παράγοντας	Αριθμός 3, 4, κ.λ.π.

Εκτίμηση προηγούμενης θεραπείας	
Υφέση	
Χαμηλή Ενεργότητα	
Διακοπή λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας	
Ενεργός νόσος	

5. Χορήγηση Βιολογικού Παράγοντα	
1ου Βιολογικού Παράγοντα	
2ου Βιολογικού Παράγοντα	
Επόμενου Βιολογικού παράγοντα	

5.1 Επιλογή 1ου Βιολογικού Παράγοντα	
Adalimumab	
Etanercept	
Certolizumab	
Golimumab	
Infliximab	
Tocilizumab	
Abatacept	
Anakinra	
Rituximab	



4. Οδηγίες εφαρμογής στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση

5.1. Με την επιλογή της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ) θα ανοίγει η περαιτέρω επιλογή:

- Εγκατεστημένη Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (εγκατεστημένη ΡΑ)
- Πρώιμη Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (πρώιμη ΡΑ)

5.1.1 Κατόπιν θα ανοίγει η επιλογή συνταγογραφίας από όπου θα επιλέγει είτε το Α (DMARDs) είτε το Β (Βιολογικός Παράγοντας).

5.1.1α Εάν επιλεγεί το Α (DMARDs) τερματίζεται η εφαρμογή του Θεραπευτικού Πρωτοκόλλου και ενεργοποιείται αυτόματα η δυνατότητα συνταγογράφησης οποιουδήποτε από τα παρακάτω DMARDs (μέχρι τότε είναι ανενεργή αυτή η δυνατότητα για τις συγκεκριμένες διαγνώσεις):

- **Μεθοτρεξάτη (Methotexate, Metoject, Emthexate)**
- **Λεφλουνομίδη (Arava, Leflunomide Medac)**
- **Κυκλοσπορίνη (Sandimmun Neoral, Imunofar)**
- **Σουλφασαλαζίνη (Salopyrine)**
- **Υδροξυχλωροκίνη (Plaquenil)**
- Άλλο

Ο ιατρός γυρίζει πίσω στη συνήθη φόρμα της ηλεκτρονικής καταχώρησης συνταγής και εκδίδει συνταγή με DMARDs.

5.1.1β Εάν επιλεγεί το Β (Βιολογικός Παράγοντας) και εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις (ενεργός νόσος και αποτυχία σε DMARDs) επιλέγεται κάποιος από τους παρακάτω βιολογικούς παράγοντες (μέχρι τότε θα είναι ανενεργή αυτή η δυνατότητα):

- **Abatacept (Orencia)**
- **Adalimumab (Humira)**
- **Anakinra (Kineret)**
- **Certolizumab pegol (Cimzia)**
- **Etanercept (Enbrel)**
- **Golimumab (Simponi)**
- **Infliximab (Remicade)**

5. Γενική εισήγηση

**ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ
ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	8
--	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΠΟΣΟΣΤΩΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.....	13
--	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.....	14
--	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΣΥΝΟΔΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	17
--	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	19
--------------------------	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΠΙΝΑΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ.....	21
---	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Συγκρότηση «Εθνικής Επιτροπής Συνταγογράφησης Βιολογικών Παραγόντων» με ουσιαστικές αρμοδιότητες:

- Εκτελεστικές
- Ρυθμιστικές
- Ελεγκτικές

Μέσω των Θεσμικών Ιατρικών Εταιρειών
ώστε να επιτευχθεί ομαλότερα η απαραίτητη
συναίνεση του ιατρικού κόσμου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΣΥΝΟΔΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

1. Προώθηση της χρήσης των συμβατικών φθηνότερων τροποποιητικών φαρμάκων (DMARDs) μέσω της μείωσης της συμμετοχής των ασθενών για την προμήθεια των σκευασμάτων από τα ιδιωτικά φαρμακεία.
2. Εξομοίωση όλων των βιολογικών παραγόντων σε μία ομάδα φαρμάκων με αποκλειστική παραλαβή από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ ανεξάρτητα από την οδό χορήγησης (ΥΔ, ΕΦ) ή τον χώρο χορήγησης (Δημόσιο Νοσοκομείο ή Ιδιωτικές Κλινικές).
3. Κατάργηση κάθε γραφειοκρατικής διαδικασίας για την προμήθεια φαρμάκων από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ (γνωματεύσεις, βεβαιώσεις, εξουσιοδοτήσεις) που ταλαιπωρούν χωρίς λόγο τους ασθενείς.
Απαραίτητη θα είναι μόνον η ηλεκτρονική συνταγή.

6. Χρονοδιάγραμμα

1. Πιλοτική εφαρμογή αλγορίθμων στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
2. Παράλληλη ανακοίνωση:
 - ✓ της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων στη ρευματολογία
 - ✓ της μείωσης της συμμετοχής (10%) των ασθενών για τη προμήθεια των DMARDs
 - ✓ της κατάργησης των γραφειοκρατικών διαδικασιών για την προμήθεια των βιολογικών παραγόντων από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.
3. Συγκρότηση της «Εθνικής Επιτροπής Συνταγογράφησης Βιολογικών Παραγόντων», διορισμός του Προέδρου και των Υποεπιτροπών και σταδιακή επέκταση της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων στις άλλες ειδικότητες.
4. Ενοποίηση της ομάδας των βιολογικών παραγόντων σε ενιαία κατηγορία και προμήθεια μόνον από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ για όλους (ασθενείς ή νοσοκομεία) και μόνο με την ηλεκτρονική συνταγή χωρίς άλλες διατυπώσεις.
5. Δημιουργία με ευθύνη της «Επιτροπής» Εθνικού Registry (υποχρεωτικό για τους συνταγογράφους) με πρόσθετη εφαρμογή στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

ΕΠΟΜΕΝΟΣ ΦΙΛΟΔΟΞΟΣ ΣΤΟΧΟΣ
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Δημιουργία Εθνικού Registry

ROMANIA REGISTRY

[Patients Registry](#)[Users](#)[My Account](#)[Classifications](#)[Export](#)[SIUI Import](#)User: **admin** [Sign out](#)

ADD INITIATION FORM

[← Back to file view](#)**1** Patient data

2 Disease data

3 Systemic disorder

4 Joint surgery and prosthesis

5 Comorbidities

6 Medication

7 Pulmonary and hepatic status

8 Markers of activity for PR

81 DAS Score

82 EURO QoL EQ-5D

9 Biological evaluation

10 Stage of the disease

11 Biologic treatment recommended

12 Retrospective evaluation

Final Validation

Patient data

Form entered retroactively? ☐The specialist that confirmed the initiating criteria: Speciality of attending physician Form filled in by Last name First name CNP Born Age Sex ☐ M ☒ FReproductive status ☐ No ☐ YesPhone number Address Height(cm) Weight(kg) Smoker ☐ No ☐ YesRetired ☐ No ☐ YesLevel of education Living environment Professional activity status ☐ No ☐ YesInsured ☐ No ☐ YesInformed consent obtained?
☐ No ☐ Yes

<< Back

Forward >>

Εθνικό Registry

- Η «Εθνική Επιτροπή Συνταγογράφησης Βιολογικών Παραγόντων» σε συνεργασία με τον ΗΔΙΚΑ θα δημιουργήσει βάση δεδομένων για τους ρευματολογικούς, δερματολογικούς και γαστρεντερολογικούς ασθενείς μέσω πρόσθετης εφαρμογής στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Η εφαρμογή θα συμπληρώνεται υποχρεωτικά ανά 6μηνο από τους ιατρούς που συνταγογραφούν DMARDs ή βιολογικούς παράγοντες.
- Τα δεδομένα θα τίθενται στη διάθεση:
 - των αντίστοιχων Ιατρικών Εταιρειών για ερευνητικούς σκοπούς
 - των κρατικών φορέων για το σχεδιασμό και την παρακολούθηση των πολιτικών υγείας
- Θα αναζητηθούν εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης για τη δημιουργία και διατήρηση της εφαρμογής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η ορθολογικοποίηση της συνταγογράφησης των ακριβών θεραπειών για την αντιμετώπιση των χρόνιων, σοβαρών αναπηρικών παθήσεων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εξακολούθηση της διαθεσιμότητας των φαρμάκων.

2. Η πλέον πρόσφορη μέθοδος είναι η ουσιαστική εμπλοκή των Ιατρικών Εταιρειών στην οργάνωση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων αλλά και στην εκπαίδευση, συμμετοχή και συναίνεση των ιατρών στην εφαρμογή των οδηγιών της ορθής ιατρικής πρακτικής.

Νέα μοντέλα φαρμακευτικής αγωγής

