

**Η σημασία της παραμονής στη θεραπεία για το
σύστημα υγείας.**

Τι μας έχουν μάθει οι άλλες ειδικότητες;

Άννα Κανδύλη
Ρευματολόγος

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Αμοιβή για αυτή την ομιλία από τη MSD

Άμοιβές κατά τη προηγούμενη διετία για ερευνητικούς, συμβουλευτικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς από τις κάτωθι εταιρείες:
Roche, UCB, Angelini, MSD, Genesis, Bristol, Abbott, Menarini.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Η ΡΑ, ΨΑ και ΑΣ είναι χρόνια νοσήματα, που επηρεάζουν τον ασθενή και την κοινωνία με ποικίλους τρόπους
- Προκαλούν πόνο και ανικανότητα στους ασθενείς με αποτέλεσμα κακή ποιότητα ζωής και ελαττωμένη παραγωγικότητα
- Επιβαρύνουν ακόμα το οικογενειακό περιβάλλον, το σύστημα υγείας και τον Κρατικό προϋπολογισμό
- Αυξάνεται η απαίτηση για καλύτερο επίπεδο ζωής από το πληθυσμό
- Τα τελευταία χρόνια οι ΒΠ είναι πιο αποτελεσματική αλλά ακριβή θεραπεία
- Μικρότερα κονδύλια για την υγεία οδηγούν τους ιατρούς να αποφασίζουν με βάση τα οικονομικά δεδομένα

ΑΣΘΕΝΗΣ #1

- Η Μαρία 72 ετών πάσχει από ΡΑ εδώ και 30 έτη
- Συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα εξαιτίας της νόσου σε ηλικία 55 ετών
- Κατά τη διάγνωση έλαβε ΜΣΑΦ, άλατα χρυσού και CS για μικρό χρονικό διάστημα
- Το 2006 λαμβάνει MTX 15 mg/w και CS
- Το 2009 προστίθεται IFX
- Το 2012 γίνεται αλλαγή σε RTX

ΑΣΘΕΝΗΣ # 2

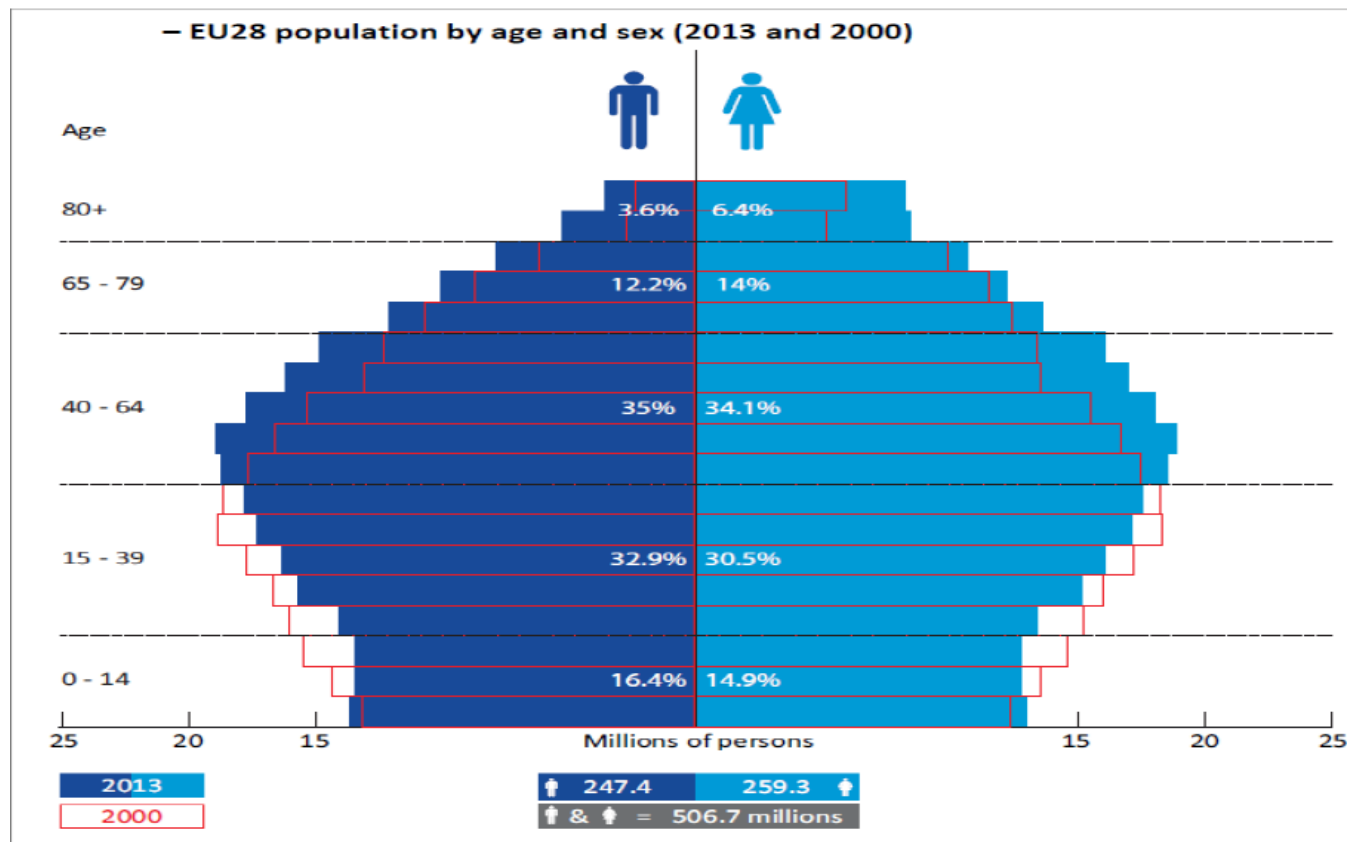
- Η Ελένη 50 ετών πάσχει από ΡΑ εδώ και 2 έτη
- Από 1 έτους λαμβάνει MTX 20 mg/w sub και CS
- Το 2016 προστίθεται GOL
- Συνεχίζει να εργάζεται στην ιδιωτική της επιχείρηση

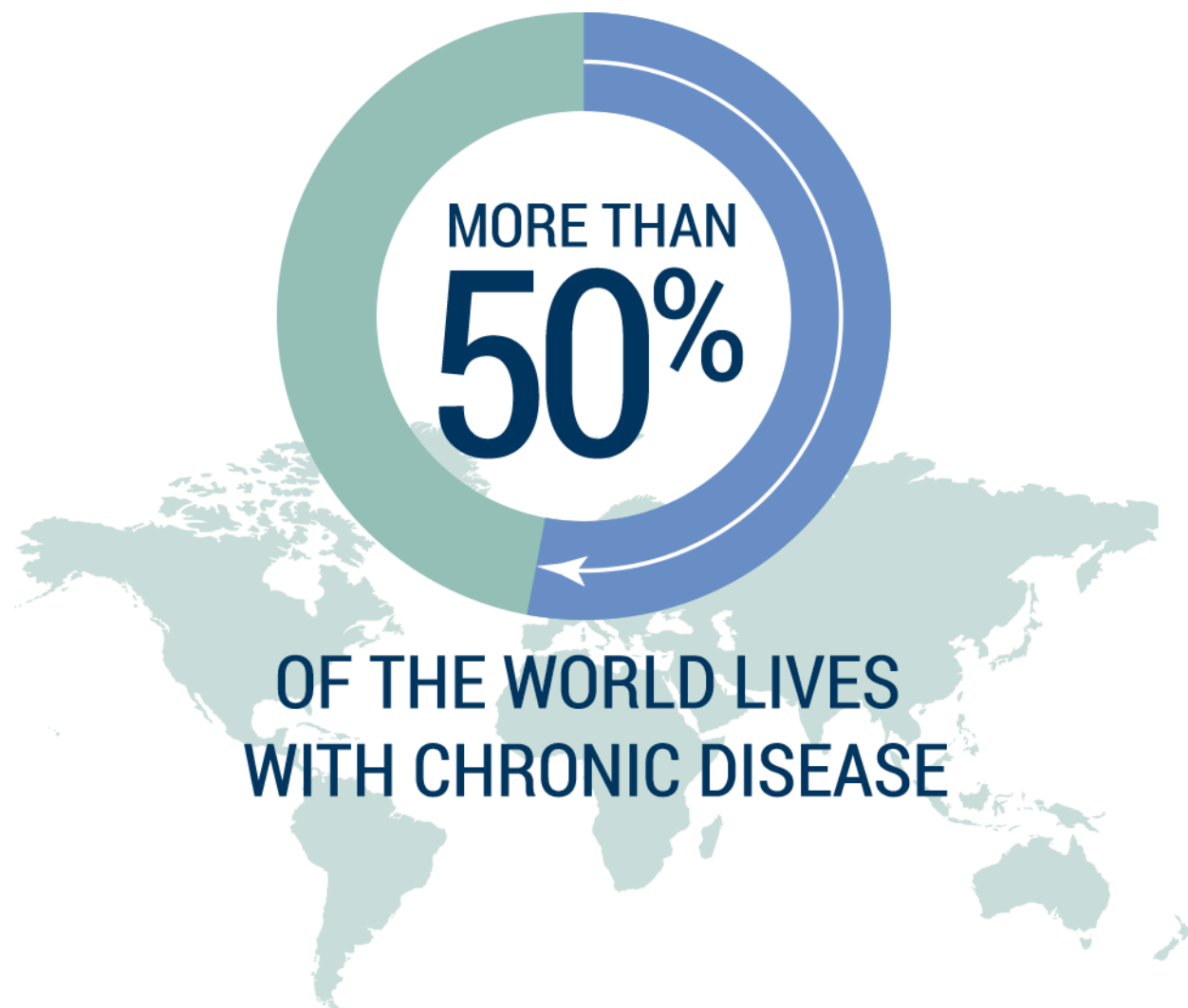
ΔΙΑΦΟΡΕΣ

ΜΑΡΙΑ	ΕΛΕΝΗ
Δεν ξαναεργάστηκε	Επαγγελματικά ενεργή
Δεν ελέγχθηκε ποτέ η ΡΑ	ΡΑ υπό έλεγχο
Έχει λάβει 2 διαφορετικούς ΒΠ	Άμεση έναρξη αγωγής και έγκαιρη χορήγηση ΒΠ
Συχνές νοσηλείες (αρθροπλαστική ΔΕ γόνατος)	Τακτικές επισκέψεις στο θεράποντα Ρευματολόγο
Υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής	Η καθημερινότητά της δεν άλλαξε ουσιαστικά

Γιατί να μας ενδιαφέρουν τα οικονομικά της υγείας;

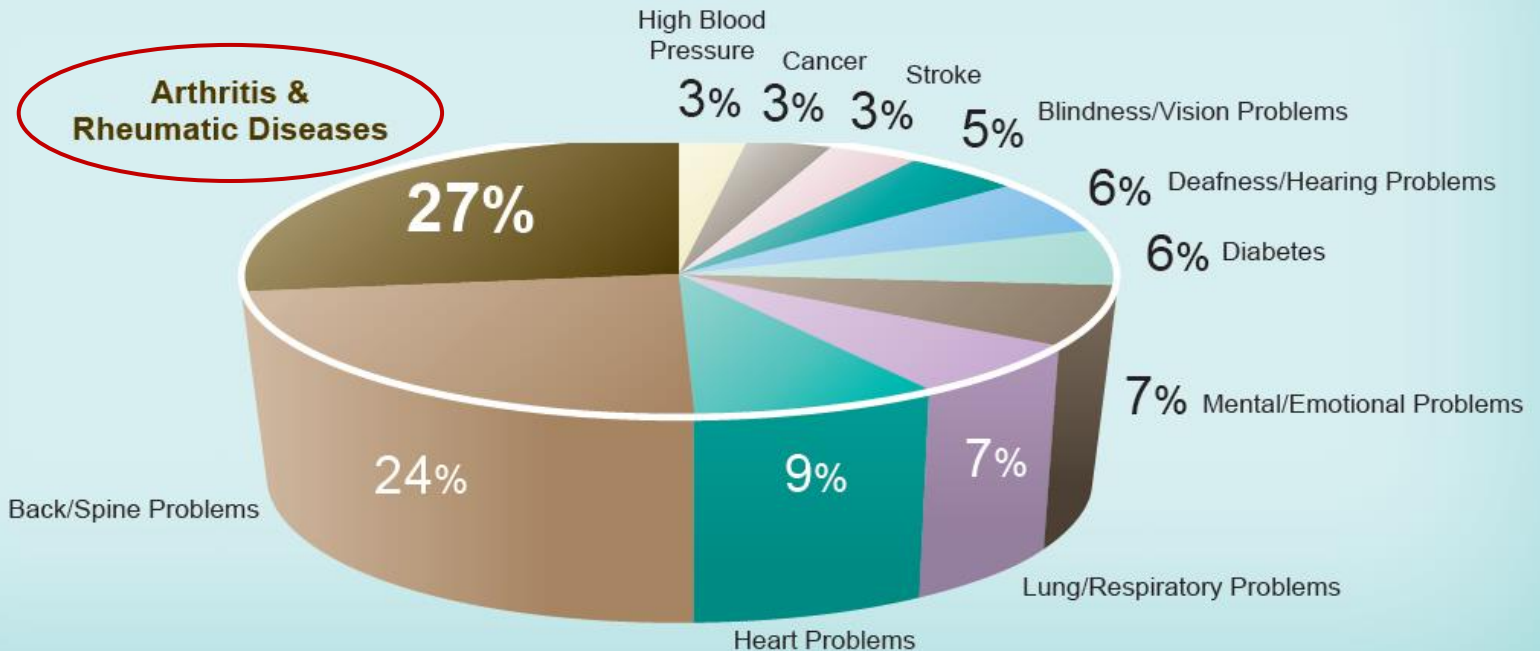
- Η Ευρώπη θα αντιμετωπίσει στο μέλλον δημογραφικές προκλήσεις που ενδέχεται να επηρεάσουν τη χρήση των πόρων υγείας





Τα ρευματικά νοσήματα οδηγούν σε μεγαλύτερη αναπηρία από την καρδιακή νόσο ή τον καρκίνο

Causes of disability in the United States

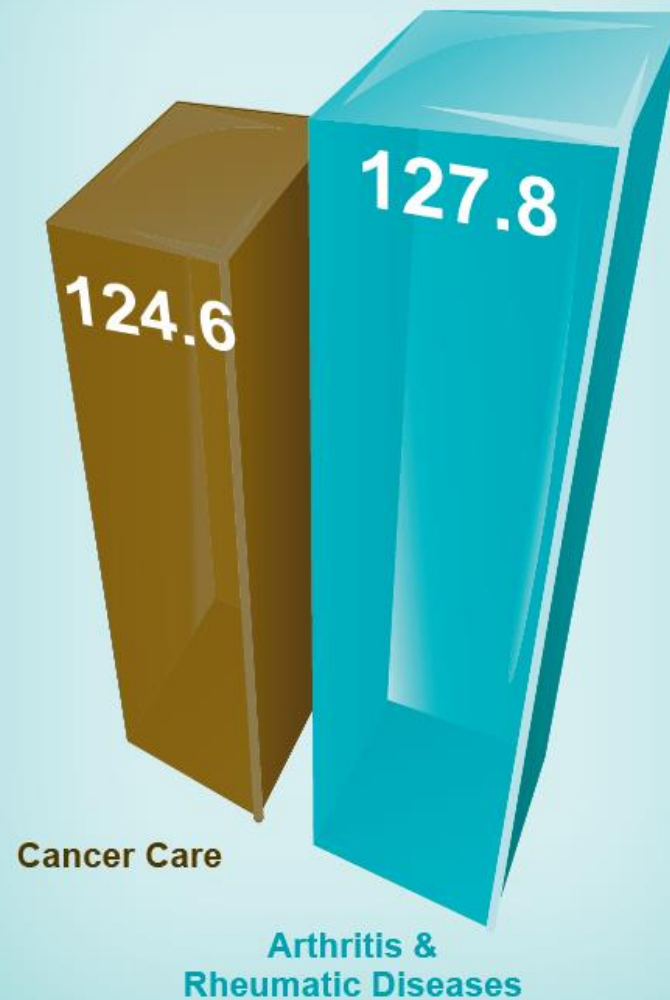


Source: The Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of disabilities and associated conditions among adults – United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 58(16);421-426.

Rheumatic Diseases in America:

*The problem. The Impact.
The answers.*

Medical Costs (\$billions)

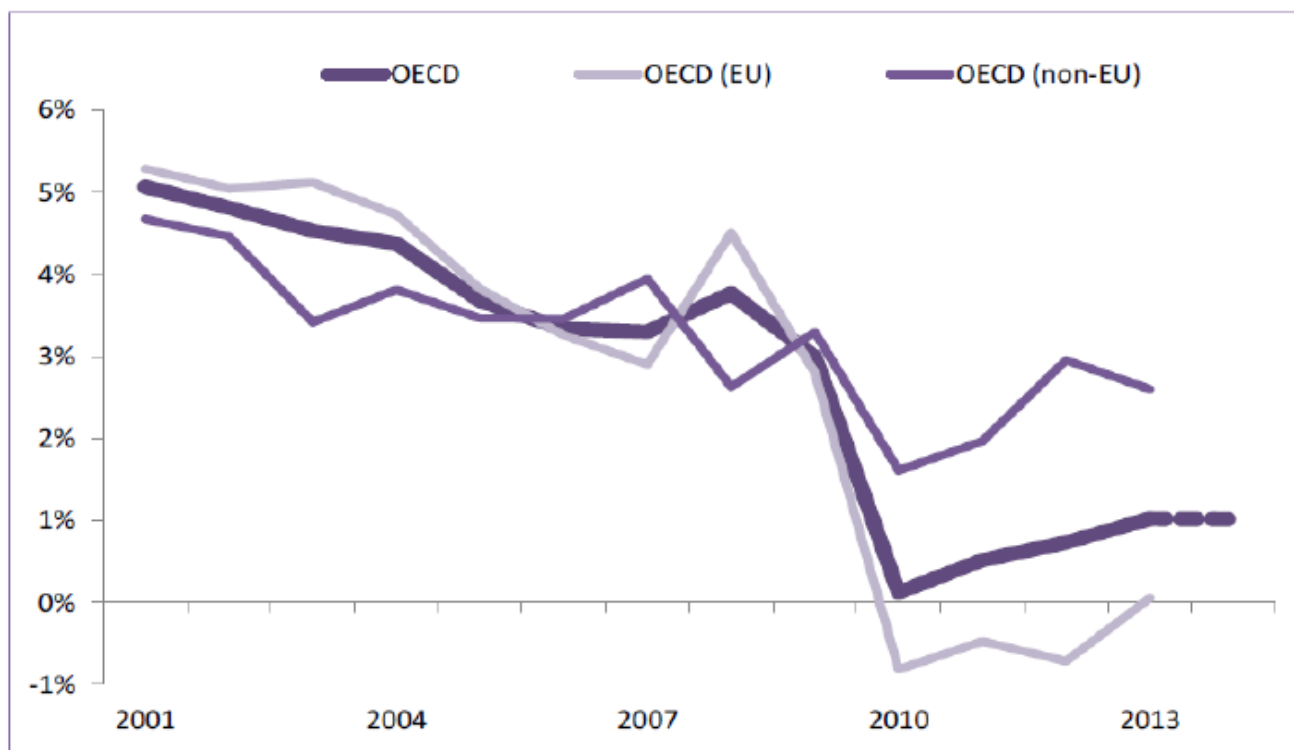


AMERICAN COLLEGE
OF RHEUMATOLOGY
EDUCATION • TREATMENT • RESEARCH

Content revised 2013

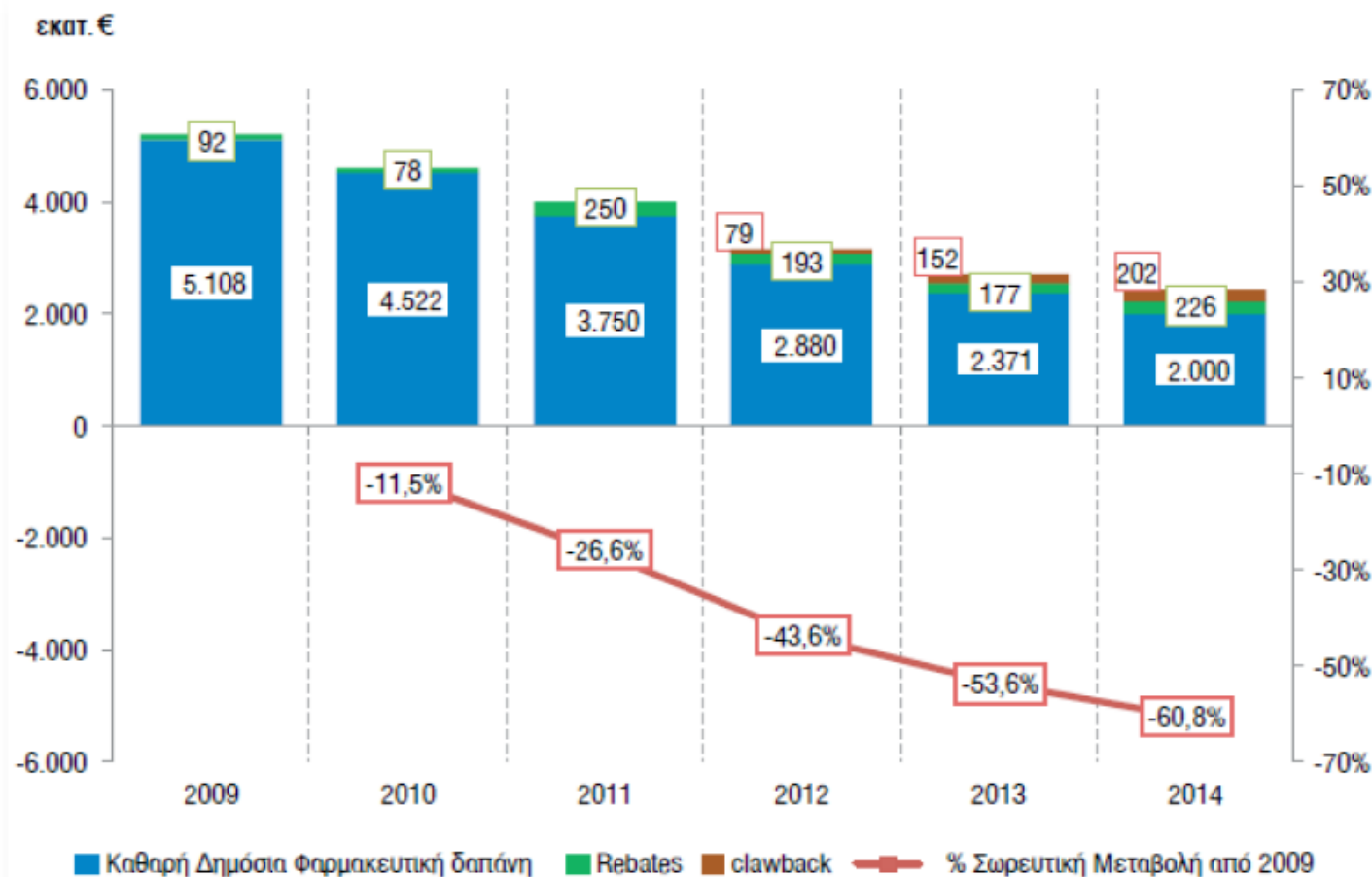
Η δαπάνη υγείας έχει υποστεί δραματική μείωση τα τελευταία χρόνια

» Figure 1. Average annual growth in per capita health spending, in real terms, 2001-2014



Source: OECD Health Statistics 2015

Η Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2009-2014 στην Ελλάδα



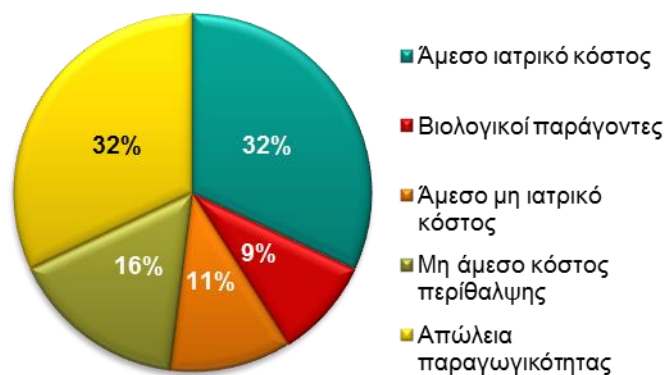
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΟΠΥΥ 2012-2014, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014 για τα έτη 2013-2014, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ.
Σημείωση: Τα rebates δεν αφορούν εκπτώσεις

Αποκρυπτογραφώντας τη βασική ορολογία των οικονομικών της υγείας

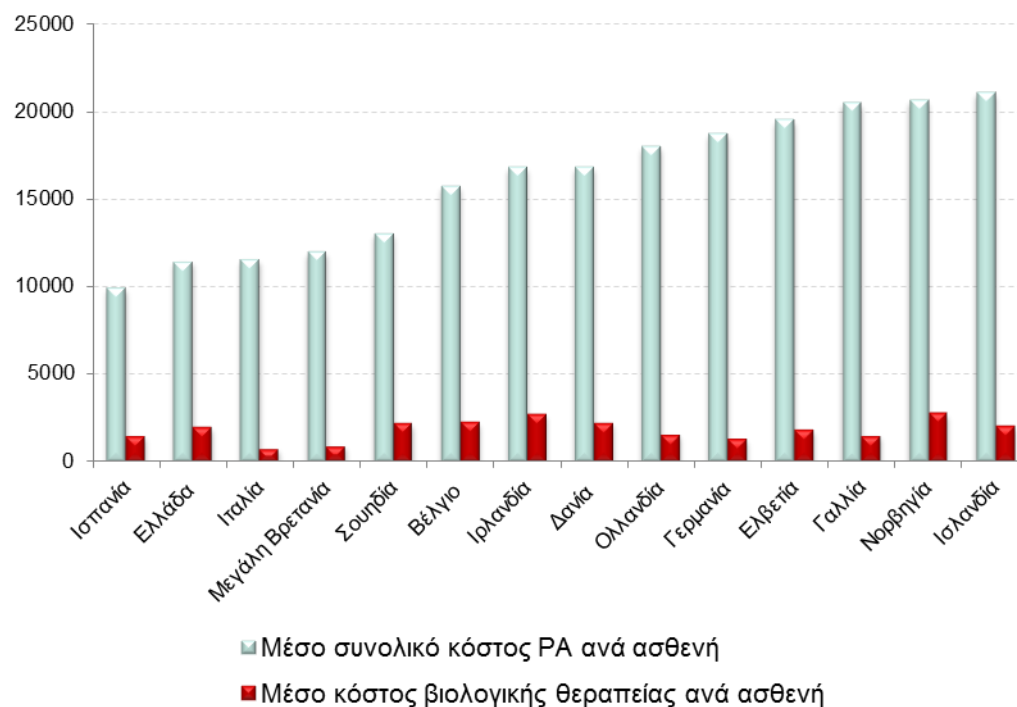


Η επένδυση σε καινοτόμες θεραπείες στη ΡΑ ΔΕΝ αυξάνει σημαντικά το κόστος της υγείας

Κατανομή κόστους στη ΡΑ



Το κόστος της ΡΑ ανά ασθενή οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στα έμμεσα κόστη, ενώ οι **βιολογικοί παράγοντες** αποτελούν περίπου το **10%** του συνολικού κόστους (20% του άμεσου κόστους)

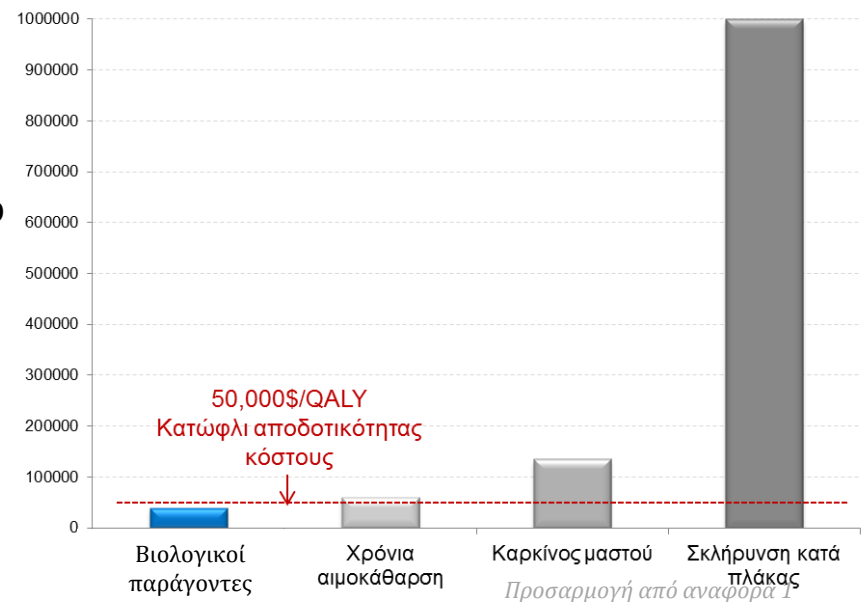


Οι βιολογικοί παράγοντες θεωρούνται «cost effective» θεραπείες¹⁻⁴

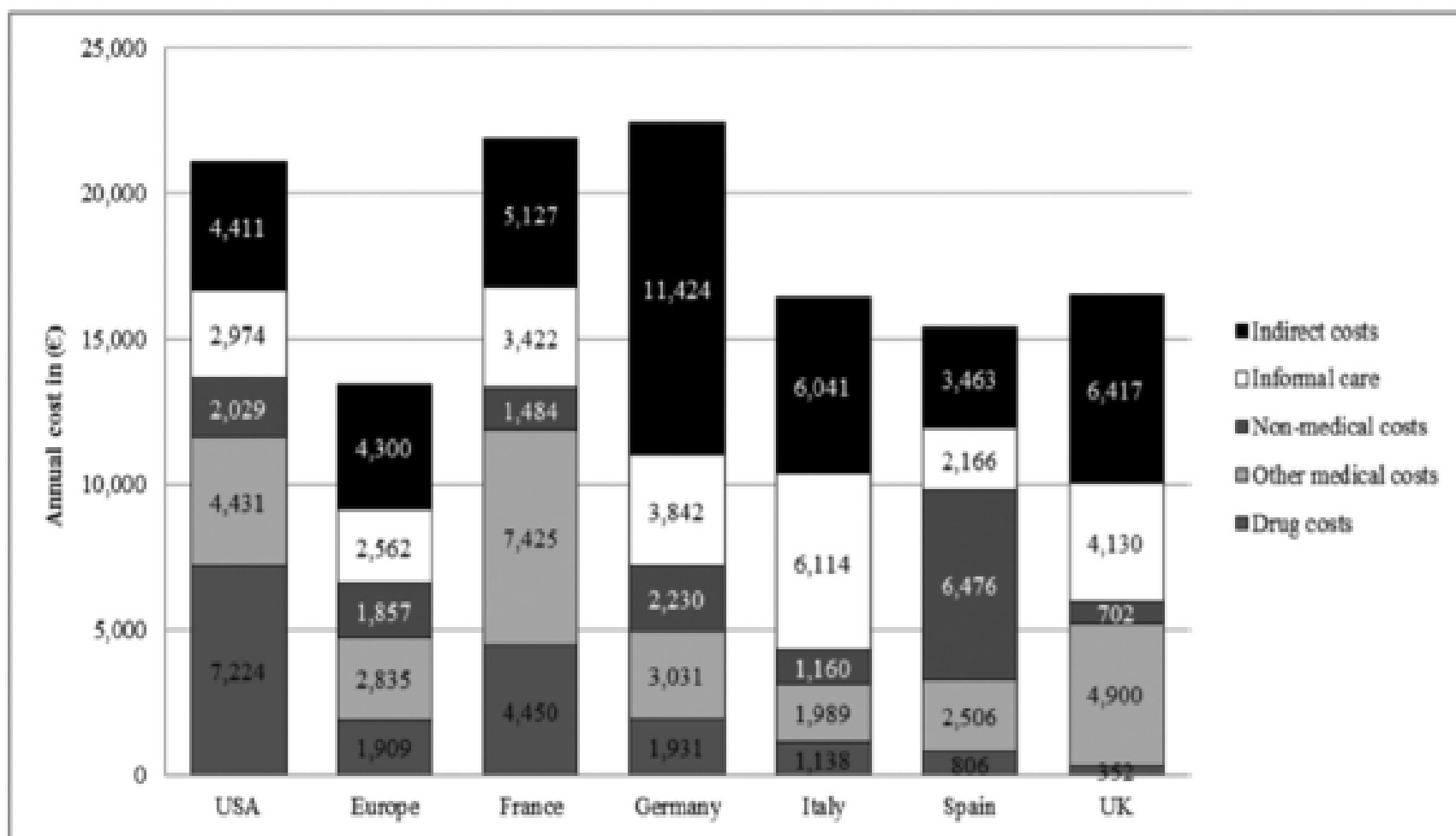
- Το «κόστος αποτελεσματικότητας» εκτιμά τα δια βίου κόστη και την κλινική αποτελεσματικότητα μιας νέας θεραπείας.¹
- Οι καινοτόμες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές, αλλά κοστίζουν περισσότερο από την κλασσική θεραπεία. Το κόστος αποτελεσματικότητάς τους εκφράζεται ως το **κόστος για την επίτευξη 1 ποιοτικά σταθμισμένου έτους ζωής (QALY)**¹

$$\text{Κόστος αποτελεσματικότητας} = \frac{\text{Επιπλέον κόστος θεραπείας}}{\text{Επιπλέον όφελος}}$$

- Γενικά, θεραπείες με **κόστος ανά QALY χαμηλότερο των \$50,000** θεωρούνται αποδοτικές¹



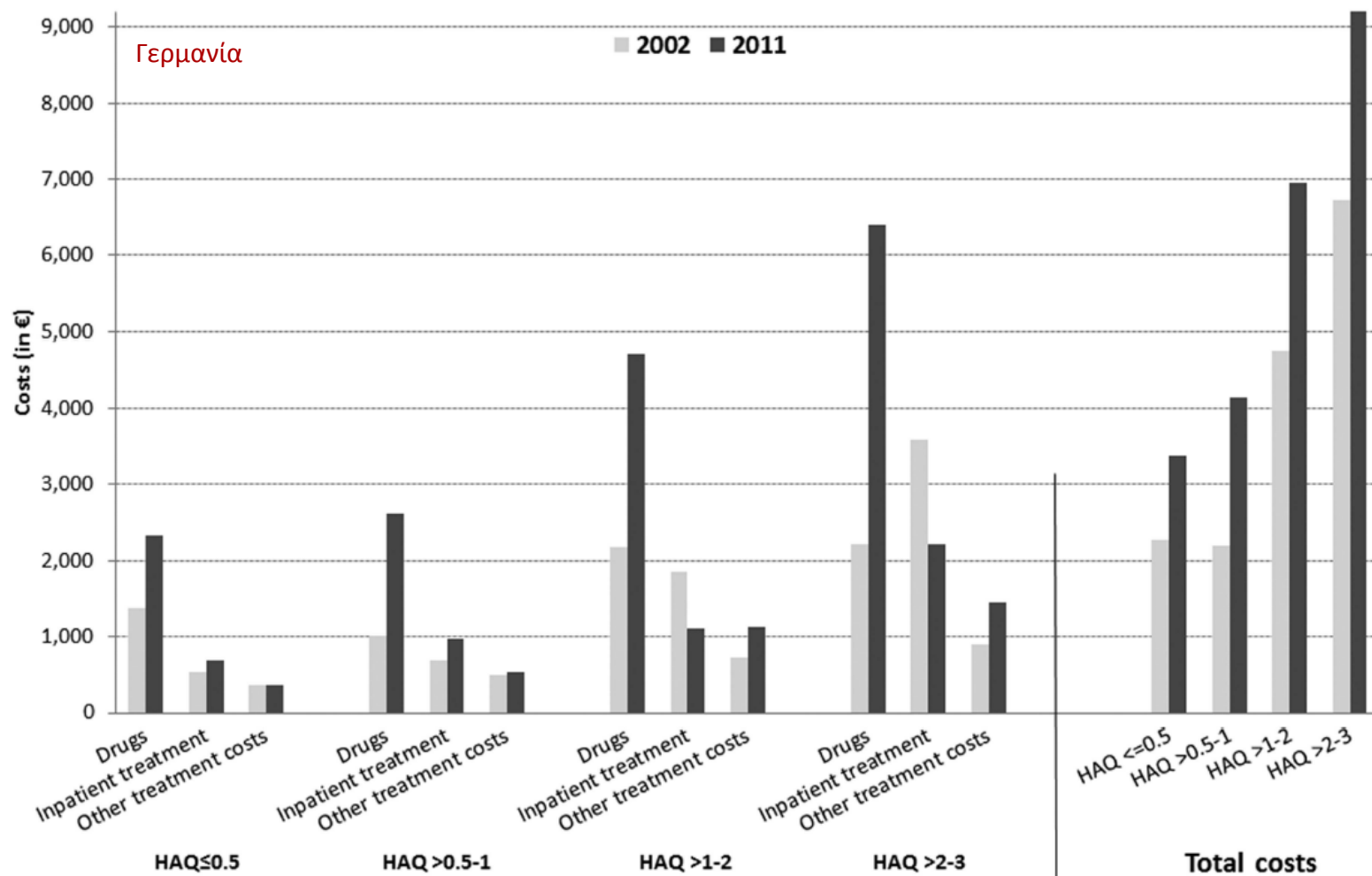
Η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθείται αντανακλά στα άμεσα και έμμεσα κόστη



Η επίπτωση των ρευματικών νοσημάτων στην οικονομία και την εργασία

- Το **1/5** των ασθενών με ρευματικά νοσήματα αναγκάζεται να αλλάξει την καριέρα του εξαιτίας της νόσου
- **1/3** των ασθενών αναγκάζεται να σταματήσει να εργάζεται μέσα σε **2 έτη** από την έναρξη της νόσου και το 50% δεν μπορούν να εργαστούν μέσα σε 10 έτη
- Ο ασθενής με RA απουσιάζει από την εργασία του κατά μέσο όρο **40 μέρες** το χρόνο εξαιτίας της νόσου του σε σχέση με 6.5 μέρες στο γενικό πληθυσμό
- **10 εκ. ημερών εργασίας χάθηκαν** το 2006-2007 εξαιτίας ρευματικής νόσου στο Ηνωμένο βασίλειο που αντιστοιχεί σε ένα συνολικό κόστος **5.7 δισ. £ το χρόνο**

Το άμεσο ιατρικό κόστος της ΡΑ αυξάνει όσο αυξάνει η ανικανότητα

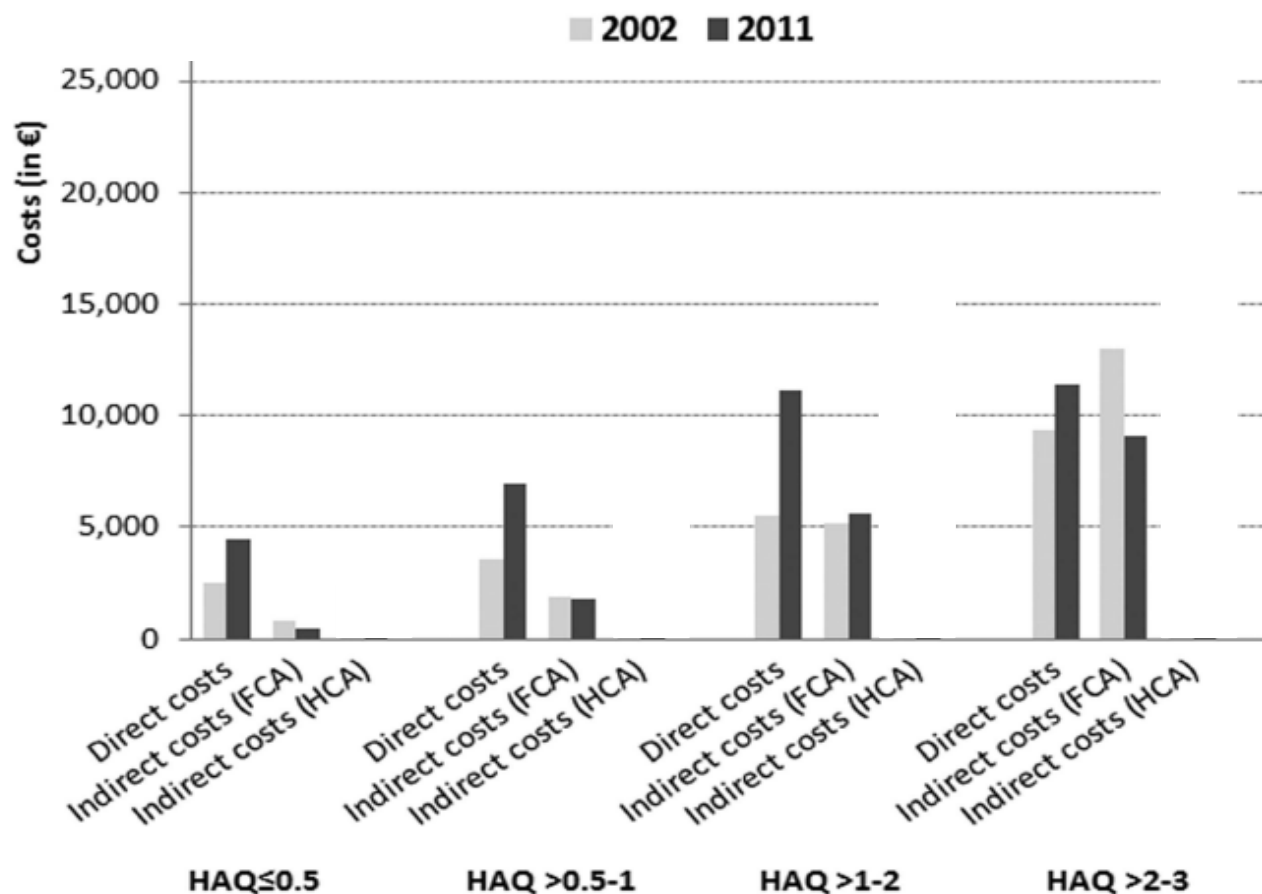


2002: 4% των ασθενών σε βιολογικό
2011: 25% των ασθενών σε βιολογικό

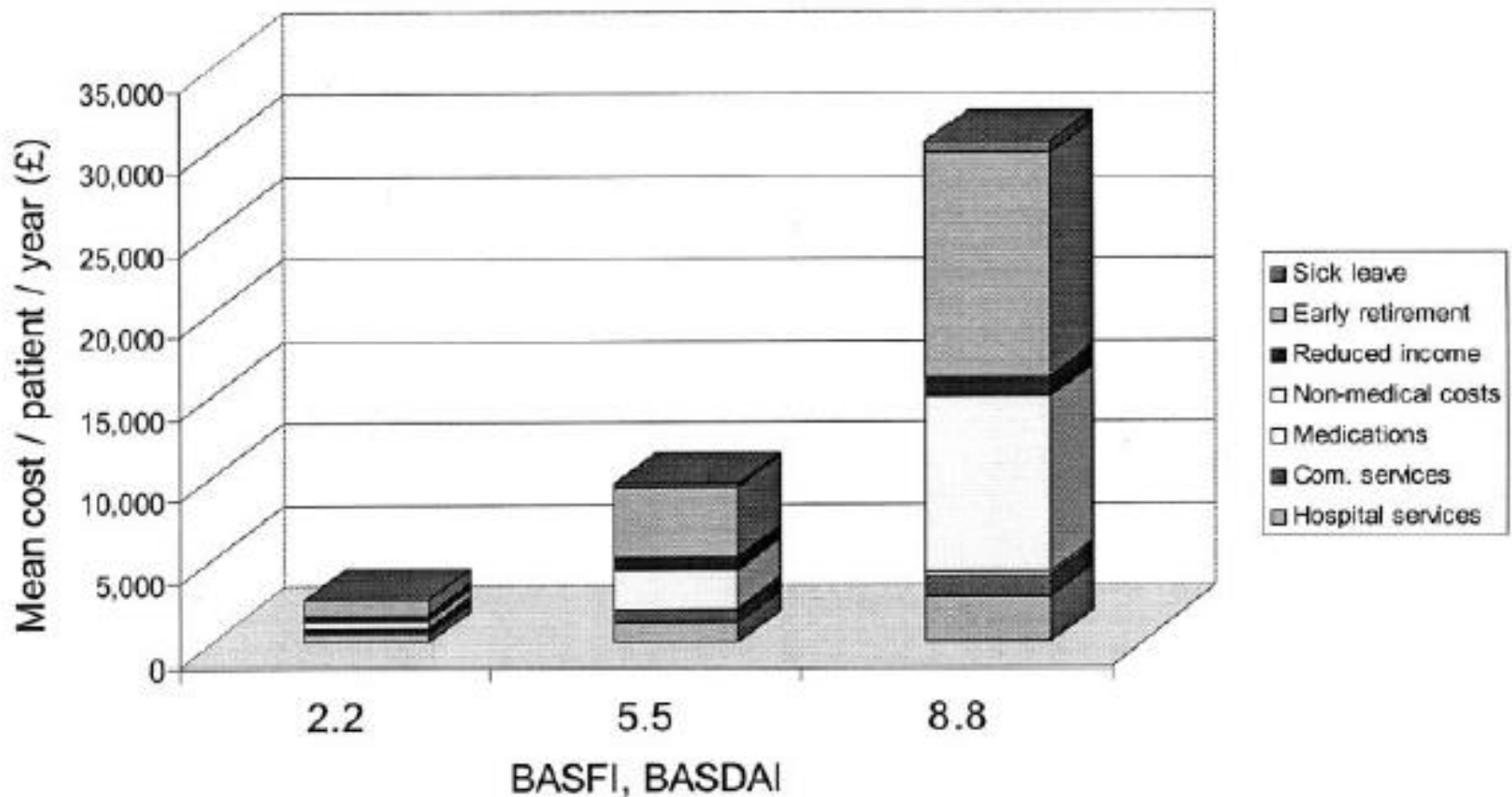
Το συνολικό κόστος της ΡΑ αυξάνει όσο αυξάνει η ανικανότητα

2002: 4% των ασθενών σε βιολογικό

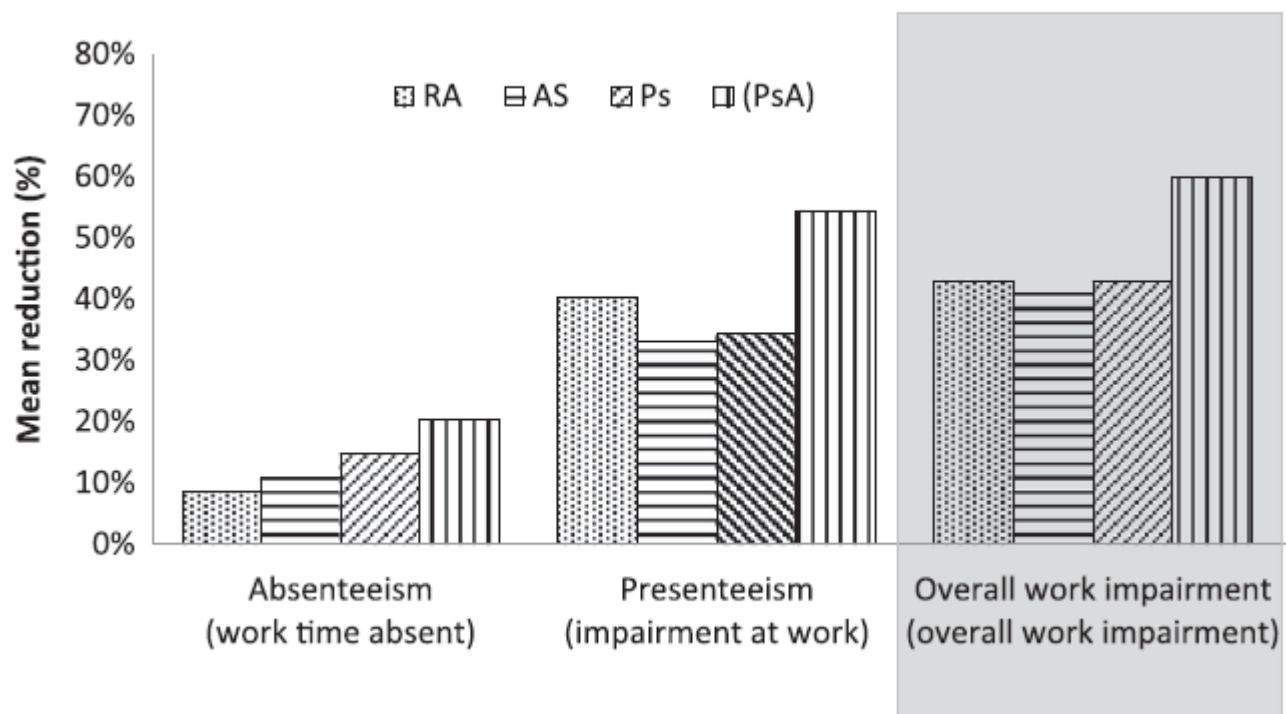
2011: 25% των ασθενών σε βιολογικό



Το συνολικό κόστος της ΑΣ αυξάνει με την αύξηση της ανικανότητας (χωρίς βιολογικό)



Μειωμένη λειτουργικότητα και υψηλή ενεργότητα νόσου οδηγούν σε μειωμένη παραγωγικότητα



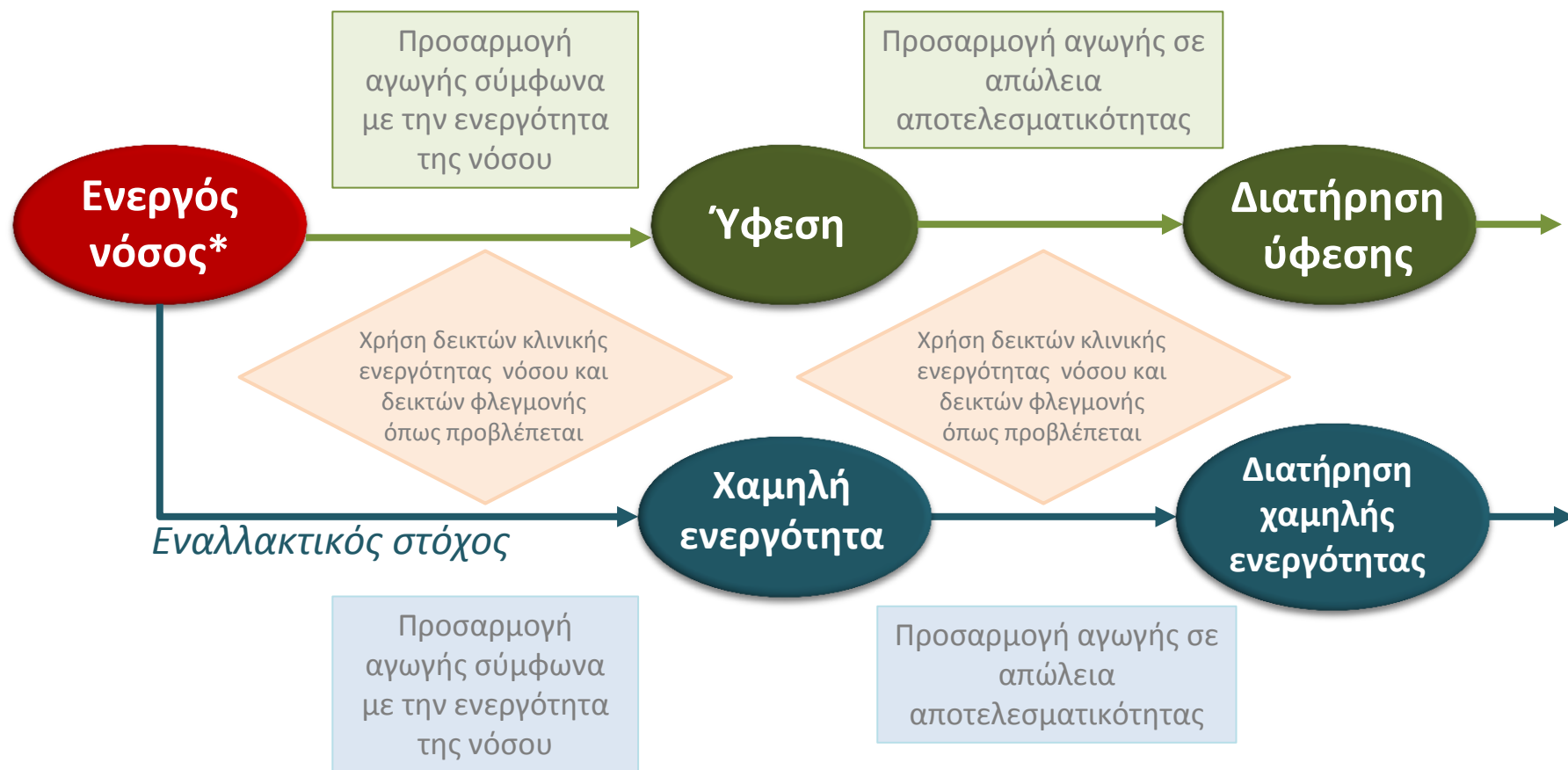
Συνολική μείωση της παραγωγικότητας, 41% στη RA, 43% στην AS και 60% στην ΨΑ

Οι ασθενείς χάνουν **2 μέρες παραγωγικότητας / εβδομάδα** εξαιτίας της νόσου

Διαφαινόμενοι στόχοι

- Διατήρηση χαμηλής ενεργότητας νόσου
- Διατήρηση ικανοποιητικής λειτουργικότητας

Στόχος λοιπόν της θεραπείας, είναι η επίτευξη και διατήρηση της ύφεσης ή χαμηλής ενεργότητας νόσου



* Ρευματοειδής αρθρίτιδα, Αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, Περιφερική αρθρίτιδα, Ψωριασική αρθρίτιδα

Από τι εξαρτάται η επιτυχία των θεραπευτικών στόχων στην κλινική πράξη;^{1,2}

Efficacy ή effectiveness?

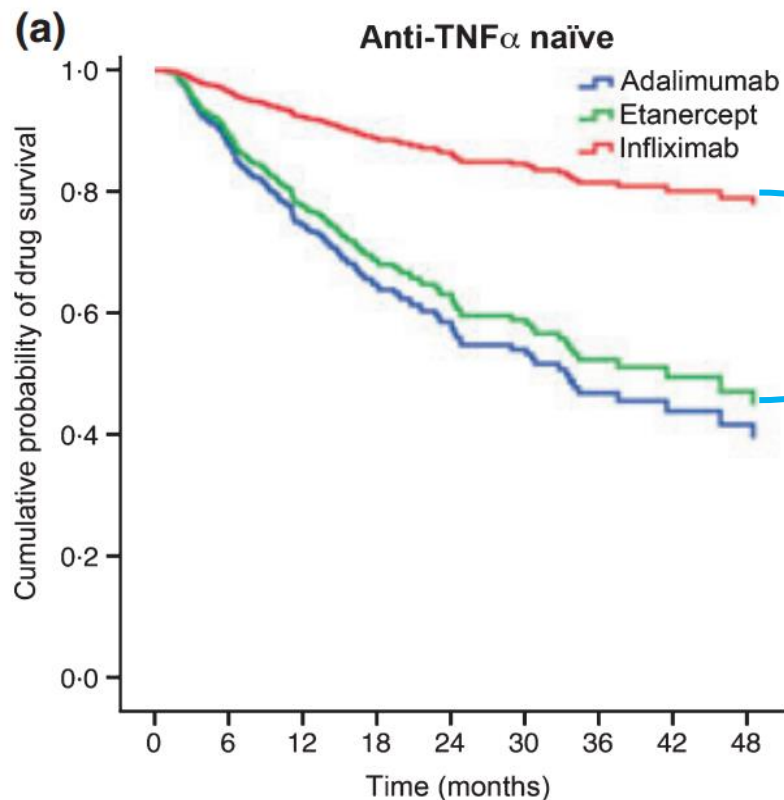
- **Efficacy**=ανταπόκριση σε συγκεκριμένους δείκτες στις κλινικές μελέτες.
- **Effectiveness**=αποτελεσματικότητα του φαρμάκου στην κλινική πράξη

Οι αντι-TNF έχουν αποδείξει efficacy στις κλινικές μελέτες, το **effectiveness** τους όμως στην κλινική πράξη εξαρτάται από την παραμονή στη θεραπεία^{1,2}

Παραμονή στη θεραπεία είναι δείκτης αποτελεσματικότητας στην κλινική πράξη^{1,2}

- Παραμονή στη θεραπεία σημαίνει:^{2,3}
 - έλεγχος της νόσου
 - αποφυγή προόδου της νόσου
 - έλεγχος των συνοδών νοσημάτων
 - Ασφάλεια
 - Ποιότητα ζωής του ασθενή

Παραμονή στη θεραπεία... ...και λοιπόν;



Πώς μεταφράζεται αυτή η διαφορά σε χρήση των πόρων υγείας;

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται προέρχονται από μητρώα ασθενών και όχι από τυχαιοποιημένη μελέτη άμεσης σύγκρισης των θεραπευτικών παραγόντων, επομένως δεν υποδεικνύουν σύγκριση μεταξύ αυτών.

R. Gniadecki et al. Adherence to treatment with biologics in patients with psoriasis

Υψηλή παραμονή στη θεραπεία συνδέεται με χαμηλότερα κόστη^{1,2}

- Ασθενείς με >80% παραμονή vs. <80% παραμονή
 - Υψηλότερο φαρμακευτικό κόστος
 - **60% μείωση** του μη φαρμακευτικού κόστους (επισκέψεις στο γιατρό, εξετάσεις, εισαγωγή στο νοσοκομείο, νοσηλείες κλπ)
 - Χαμηλότερη συνοσηρότητα
 - Υψηλότερη ποιότητα ζωής του ασθενή (intangible costs)

Treatment persistence among patients with immune-mediated rheumatic disease newly treated with subcutaneous TNF-alpha inhibitors and costs associated with non-persistence

Johan Dalén, Axel Svedbom, Christopher M. Black, Ramon Lyu, Qian Ding, Shiva Sajjan, Vasilisa Sazonov, Sumesh Kachroo



Reference tools

Export citation

Add to DSpace

	Persistent (<i>n</i> = 1793)	Non-persistent (<i>n</i> = 1327)	<i>p</i> value
HCRU costs 12 months prior to initiation (USD) ^a			
Specialized outpatient care	2291 (1794)	2492 (1860)	<0.001
Inpatient care	1240 (3629)	1978 (4671)	<0.001
Non-DMARD medication	565 (971)	764 (1566)	<0.001
Total	4096 (4872)	5234 (6205)	<0.001
HCRU costs 12 months post-initiation (USD) ^a			
Specialized outpatient care	1635 (1326)	2506 (2082)	<0.001
Inpatient care	944 (3410)	2691 (6496)	<0.001
Non-DMARD medication	531 (911)	829 (1861)	<0.001
Total	3109 (4366)	6026 (8398)	<0.001
Difference in HCRU costs post- and prior initiation (USD) ^b			
Specialized outpatient care	−656 (1794, <i>p</i> < 0.001)	14 (2038, <i>p</i> = 0.190)	
Inpatient care	−297 (4234, <i>p</i> < 0.001)	713 (6496, <i>p</i> = 0.001)	
Non-DMARD medication	−34 (548, <i>p</i> < 0.001)	65 (929, <i>p</i> = 0.180)	
Total	−987 (5013, <i>p</i> < 0.001)	793 (7540, <i>p</i> = 0.105)	

Treatment persistence among patients with immune-mediated rheumatic disease newly treated with subcutaneous TNF-alpha inhibitors and costs associated with non-persistence

Johan Dalén, Axel Svedbom, Christopher M. Black, Ramon Lyu, Qian Ding, Shiva Sajjan, Vasilisa Sazonov, Sumesh Kachroo



Reference tools

Export citation

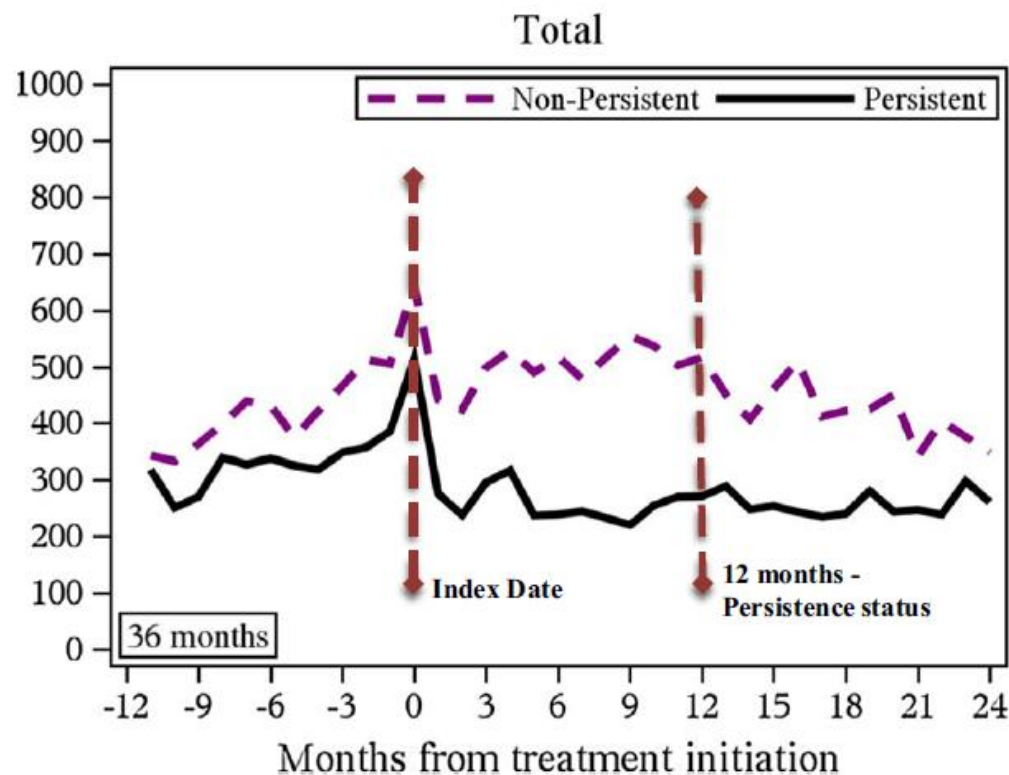
Add to DSpace

	Persistent (n = 1793)	Non-persistent (n = 1327)	p value
HCRU costs 12 months prior to initiation (USD) ^a			
Specialized outpatient care	2291 (1794)	2492 (1860)	<0.001
Inpatient care	1240 (3629)	1978 (4671)	<0.001
Non-DMARD medication	565 (971)	764 (1566)	<0.001
Total	4096 (4872)	5234 (6205)	<0.001
HCRU costs 12 months post-initiation (USD) ^a			
Specialized outpatient care	1635 (1326)	2506 (2082)	<0.001
Inpatient care	944 (3410)	2691 (6496)	<0.001
Non-DMARD medication	531 (911)	829 (1861)	<0.001
Total	3109 (4366)	6026 (8398)	<0.001
Difference in HCRU costs post- and prior initiation (USD) ^b			
Specialized outpatient care	-656 (1794, p < 0.001)	14 (2038, p = 0.190)	
Inpatient care	-297 (4234, p < 0.001)	713 (6496, p = 0.001)	
Non-DMARD medication	-34 (548, p < 0.001)	65 (929, p = 0.180)	
Total	-987 (5013, p < 0.001)	793 (7540, p = 0.105)	

Η παραμονή στη θεραπεία συνδέεται με σημαντικά μικρότερη χρήση πόρων υγείας



Σουηδικό registry: 4.903 ασθενείς με ΡΑ, ΑΣ, ΨΑ

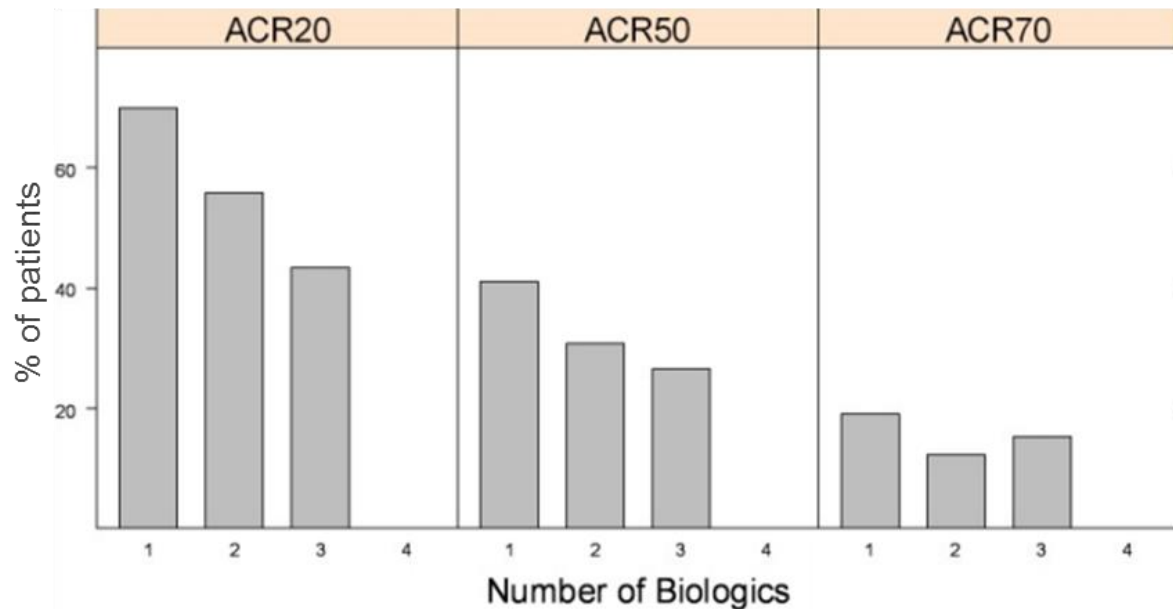


Switching: όταν ο στόχος της θεραπείας δεν επιτυγχάνεται

- Όταν ο στόχος της θεραπείας με βιολογικό παράγοντα δεν μπορεί να επιτευχθεί μέσα σε 3-6 μήνες, τα ACR και EULAR προτείνουν^{1,2}:
 - **Αλλαγή** σε άλλο βιολογικό παράγοντα (2^ο αντι-TNF ή άλλο μηχανισμό δράσης)

Φαίνεται ότι οι ασθενείς ωφελούνται περισσότερο από τον πρώτο βιολογικό παράγοντα

- Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του δεύτερου παράγοντα είναι μικρότερη από του πρώτου.



Rendas-Baum et al, 2011

Βιβλιογραφική ανασκόπηση 47 μελετών, όλοι οι βιολογικοί παράγοντες

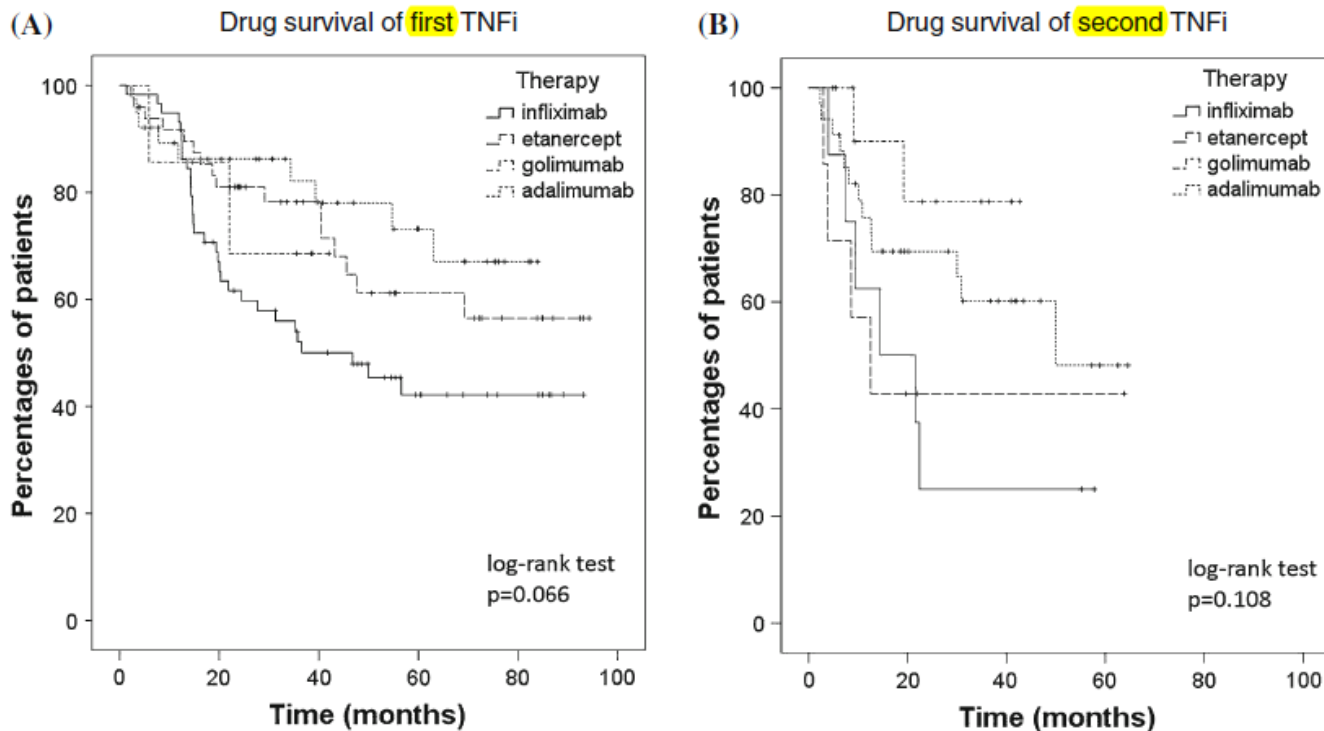
Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται προέρχονται από βιβλιογραφική ανασκόπηση και όχι από τυχαιοποιημένη μελέτη άμεσης σύγκρισης των θεραπευτικών παραγόντων, επομένως δεν υποδεικνύουν σύγκριση μεταξύ αυτών.

Rendas-Baum et al. Arthritis Res Ther. 2011; 13(1): R25

Φαίνεται ότι οι ασθενείς ωφελούνται περισσότερο από τον πρώτο βιολογικό παράγοντα

- Η επιβίωση του φαρμάκου στους ασθενείς “switchers” είναι σημαντικά μικρότερη

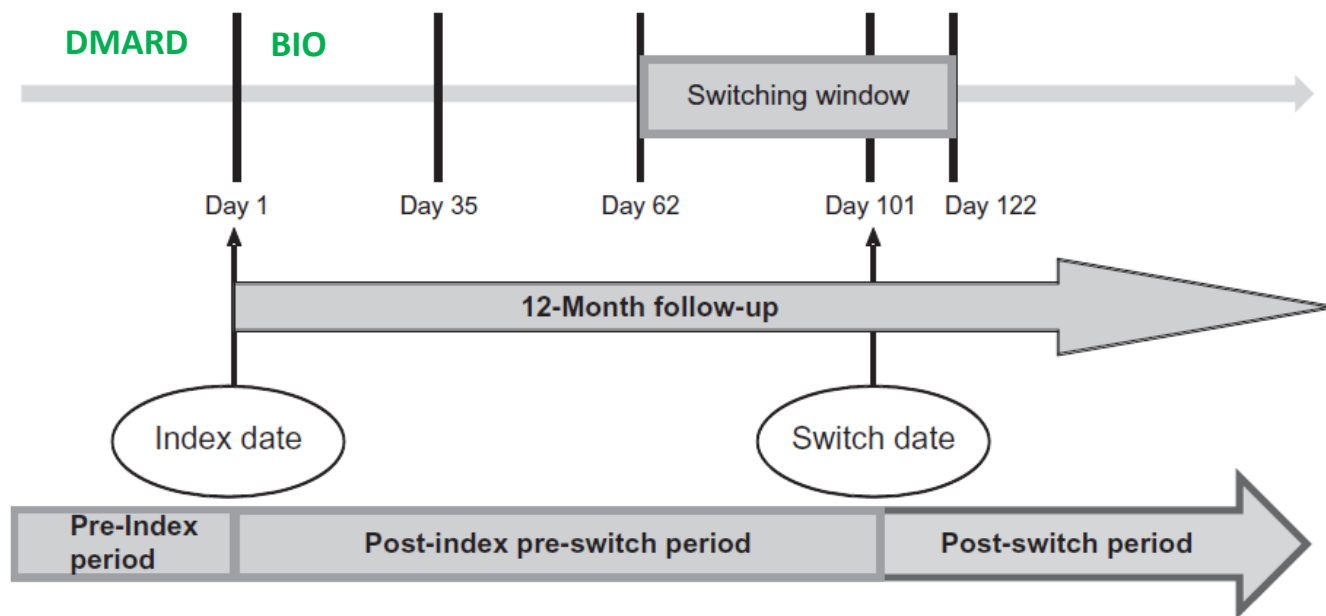
Ασθενείς με ΑΣ που παρακολουθήθηκαν από το 2005 ως το 2013



Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται προέρχονται από μητρώα ασθενών και όχι από τυχαιοποιημένη μελέτη άμεσης σύγκρισης των θεραπευτικών παραγόντων, επομένως δεν υποδεικνύουν σύγκριση μεταξύ αυτών.

Gulyas K et al, Eur J Health Econ (2014) 15 (Suppl 1):S93–S100

Ποια μπορεί να είναι τα κόστη του “switching”;



Switching window

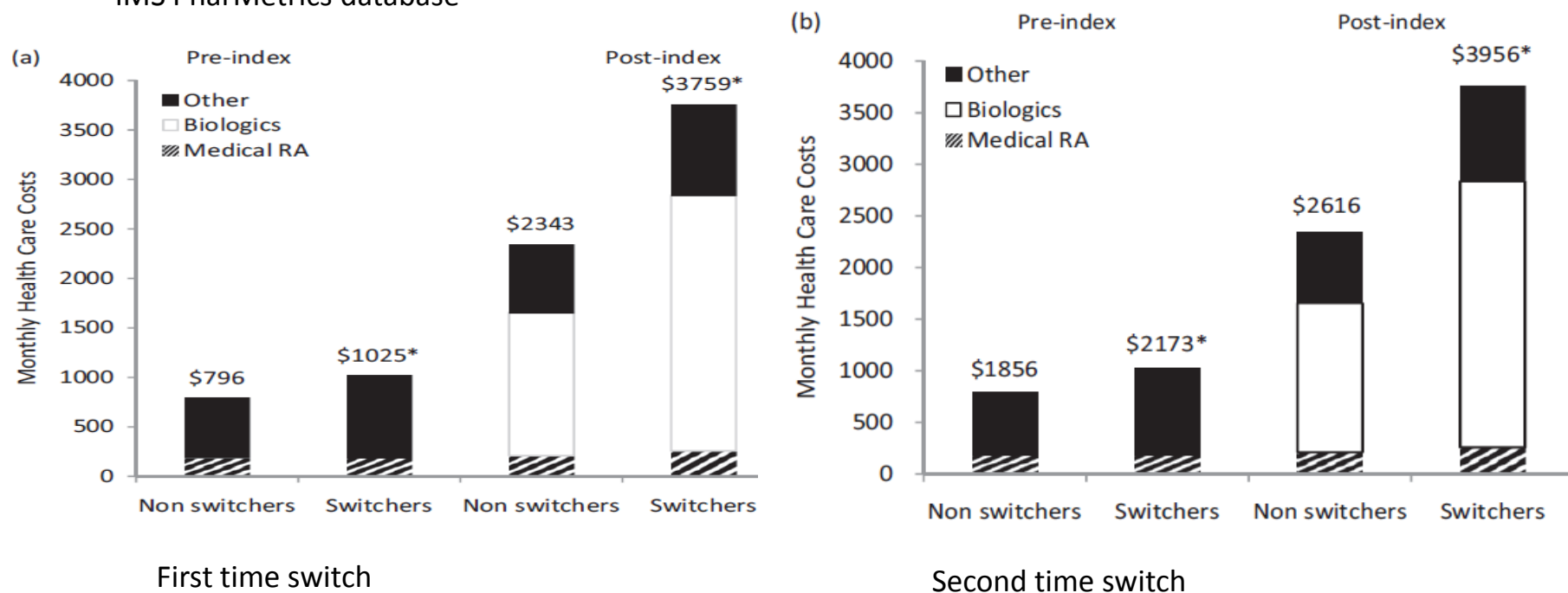
- Κόστος φαρμάκων (βιολογικός παράγοντας, ΜΣΑΦ, άλλα OTC, φάρμακα για τον πόνο)
- Επιπλέον επισκέψεις στο γιατρό (ή/και περίθαλψη)
- Επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις
- Έμμεσα κόστη (μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία κλπ)

Post-switching

- Σχήμα φόρτισης του νέου βιολογικού
- Πιθανά πιο στενή παρακολούθηση (επιπλέον επισκέψεις, συνοδά φάρμακα, παρακολούθηση συνοσηροτήτων κλπ)

51% αύξηση του συνολικού κόστους στους ασθενείς που άλλαξαν θεραπεία

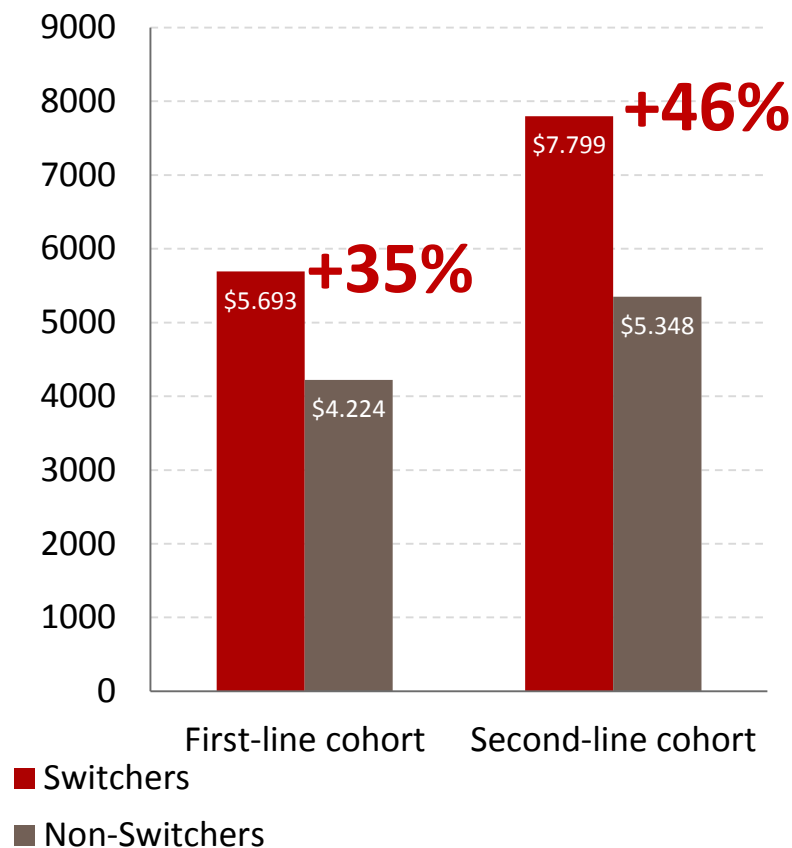
- Αναδρομική μελέτη
- IMS PharMetrics database



Το switching κοστίζει περισσότερο

Cure S et al. 2013

Σχεδιασμός μελέτης	Αναδρομική ανάλυση
Νόσος	PA
Χώρα	US
Πηγή δεδομένων	Single Insurance database



Το switching κοστίζει περισσότερο

Baser et al. 2015

Σχεδιασμός μελέτης	Αναδρομική ανάλυση
Νόσος	PA
Χώρα	US
Πηγή δεδομένων	IMS PharMetrics database

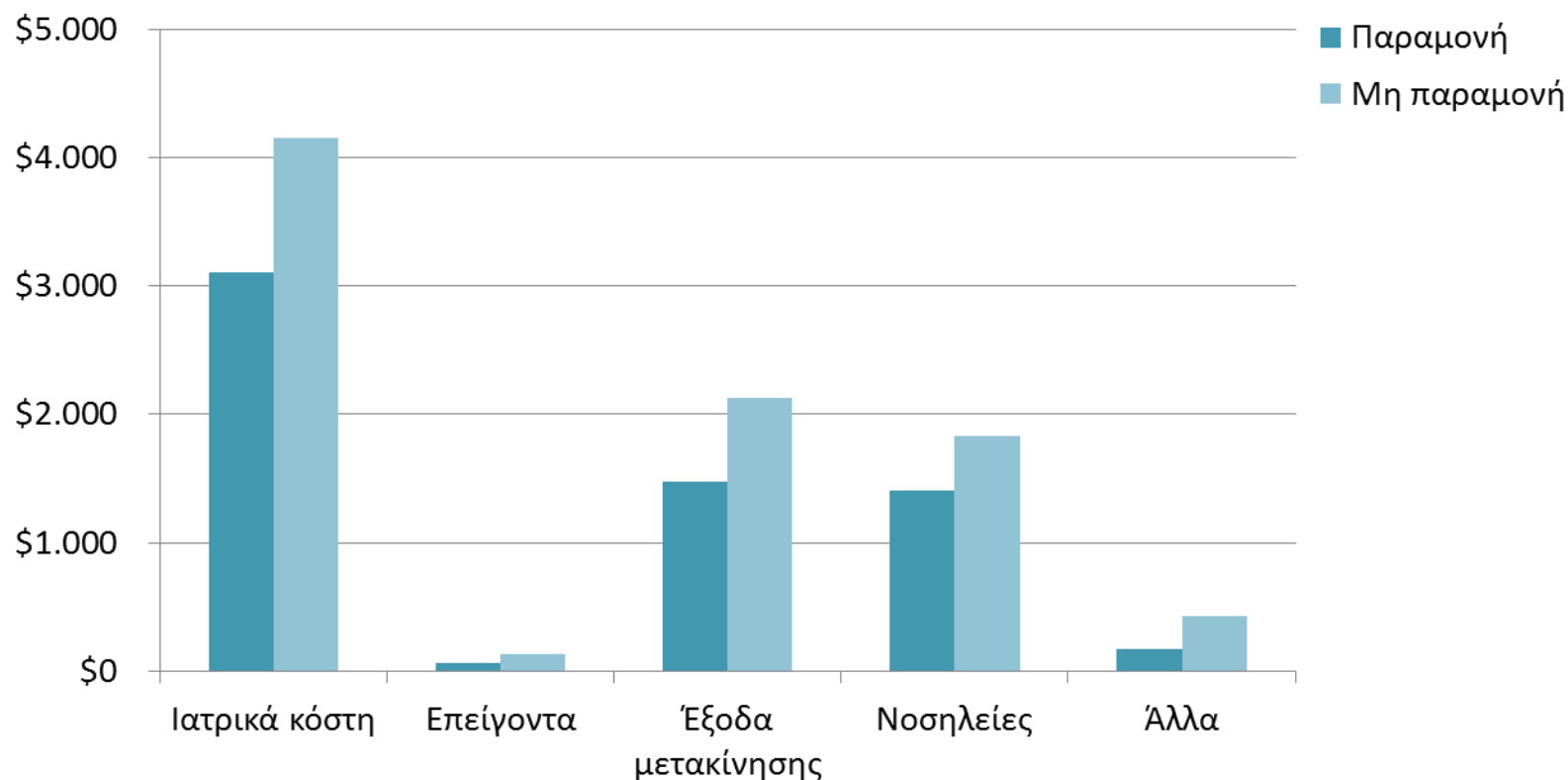
Κύρια στοιχεία κόστους:

- Αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας (επισκέψεις στο γιατρό, εξετάσεις), **πριν** (ασθενής μη ελεγχόμενος) και **μετά** την αλλαγή της θεραπείας.

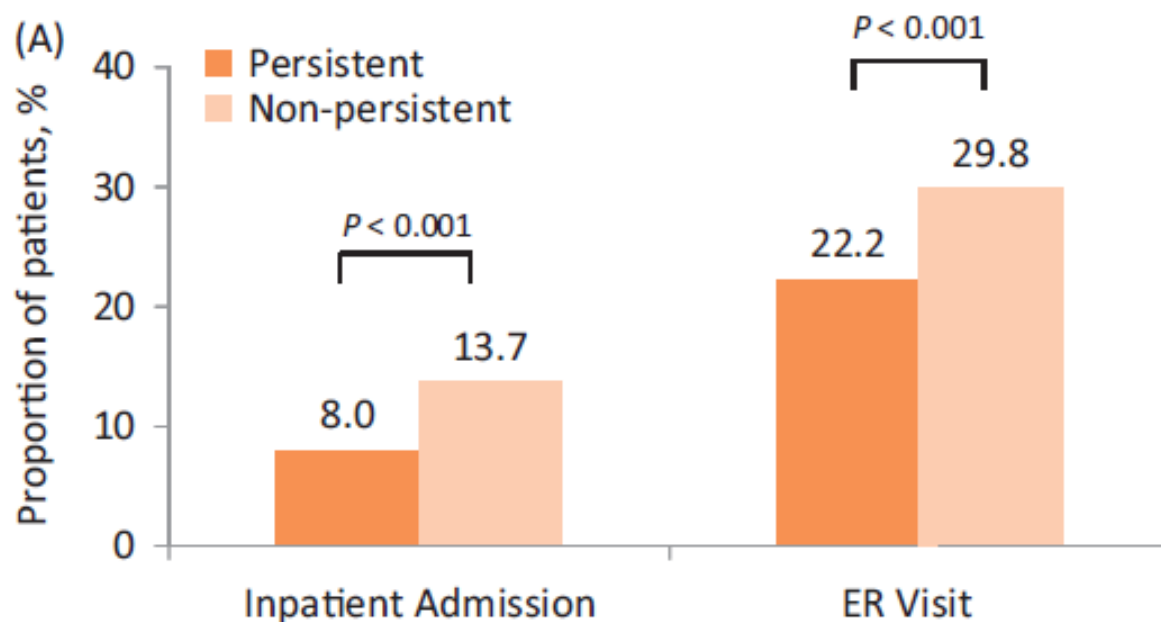
Οι ασθενείς που άλλαξαν βιολογικό παράγοντα είχαν **+35%** υψηλότερο κόστος υγείας

Μαθήματα από άλλες ειδικότητες; Παραμονή στη θεραπεία συνδέεται με μικρότερη χρήση πόρων υγείας στο διαβήτη

Οι Buysman EK et al. Εξέτασαν τις οικονομικές επιπτώσεις της μη παραμονής στη θεραπεία με λιραγλουτίνη στο διαβήτη τύπου 2



Μαθήματα από άλλες ειδικότητες; Παραμονή στη θεραπεία συνδέεται με μικρότερη χρήση πόρων υγείας στην πολλαπλή σκλήρυνση



Για τους ασθενείς που παραμένουν στη θεραπεία

- 50% λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο
- 35% λιγότερες εισαγωγές στα επείγοντα

Τελικά...

- Ο ασθενής που παραμένει στη θεραπεία έχει καλύτερη έκβαση και ποιότητα ζωής, χρησιμοποιώντας χαμηλότερο κόστος υγείας από εκείνον που θα αλλάξει θεραπεία^{1,2}
- Ένας μη καλά ελεγχόμενος ασθενής που αντιστέκεται στη θεραπεία κοστίζει περισσότερο. Ο μη ελεγχόμενος ασθενής θα χρειαστεί περισσότερες εξετάσεις, περισσότερες επισκέψεις στο γιατρό, περισσότερα φάρμακα για να ελέγξει τον πόνο, θα έχει μειωμένη παραγωγικότητα ή/και απουσία από την εργασία του.^{1.2}

**Μήπως η επιλογή της πρώτης
θεραπείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία;**

