



Biedrība Apvienība HIV.LV

**Atskaite par situāciju ar hepatītu C
(VHC) un tā ārstēšanu Latvijā**

**Отчёт о ситуации с гепатитом С
(ВГС) и его лечением в Латвии**

**Report on the Hepatitis C (HCV)
and Its Treatment Situation in Latvia**

Biedrība Apvienība HIV.LV

Rīga, 2011

Izdevējs: Biedrība Apvienība HIV.LV
www.apvienibahiv.lv



Šī atskaite ir biedrības «Apvienība HIV.LV» 2011. gadā ar *Foundation «Open Society Institute»* finansiālo atbalstu realizētā projekta «C hepatīts: vilcināšanās ir bīstama» rezultāts. Projektu nevar uzskatīt par profesionālu pētījumu, tā mērķis – faktisko datu vākšana, problēmu identificēšana un ieteikumu meklēšana, lai tās risinātu, kā arī advokācijas iespējamie virzieni.

Данный отчёт является результатом проекта «Гепатит С: промедление опасно» общества «Объединение HIV.LV», реализованного в 2011 году при финансовой поддержке *Foundation «Open Society Institute»*. Проект нельзя рассматривать, как профессиональное исследование, его цели – сбор фактических данных, идентификация проблем и поиск предложений для их решения, а так же возможных направлений адвокации.

The given report comes as the result of the project «Hepatitis C: Hesitation is Dangerous» accomplished in 2011 by the Society «Association HIV.LV», with the financial support of the *Foundation «Open Society Institute»*. The report should not be viewed as a professional research, its aims were to collect the factual data, to identify problems and to search for solving suggestions, and also to propose eventual advocacy directions.

Rīga, 2011

Atskaite par situāciju ar hepatītu C (VHC) un tā ārstēšanu Latvijā

IEVADS

Biedrība „Apvienība HIV.LV”, kas tika izveidota 2006. gadā¹, līdz šim jautājumus, kas saistīti ar hepatītu C, izskatīja tikai dubultinfekcijas ar HIV kontekstā un faktiski atsevišķi nenodarbojās ar VHC izplatības un ārstēšanās pieejamības izpēti un advokāciju šajā jomā, tā kā darbība saistībā ar hepatītu C nav paredzēta organizācijas statūtos². No 2003. gada Latvijā strādā tikai viena nevalstiska organizācija „Hepatīta biedrība”³, kas apvieno pacientus, kuriem ir VHC un sniedz viņiem psiholoģisku un juridisku atbalstu, kā arī īsteno ar VHC slimo interešu aizsardzību, piekļuves ārstēšanai advokāciju un sabiedrības informēšanu par hepatītu C. „Hepatīta biedrības” galvenais mērķis ir darbs ar valsts iedzīvotājiem, bet ar grupām, kuras ir visvairāk pakļautas inficēšanās riskam ar HIV un VHC, un ar rutinēto testēšanu uz VHC antivielām nodarbojas kaitējuma mazināšanas programmas, finansiālo iespēju ietvaros, un nevalstiskās HIV/AIDS organizācijas. Tas arī mudināja biedrību „Apvienība HIV.LV” no 2010. gada – 2011. gadam detalizēti pētīt situāciju ar hepatītu C Latvijā, īpašu akcentu liekot uz HIV inficēto grupām, notiesātajiem, injicējamo narkotiku lietotājiem un sievietēm, kas sniedz komerciālā seksa pakalpojumus.

Šī atskaite ir biedrības „Apvienība HIV.LV” 2011. gadā ar Foundation „Open Society Institute” finansiālo atbalstu realizētā projekta „C hepatīts: vilcināšanās ir bīstama” rezultāts. Projektu nevar uzskatīt par profesionālu pētījumu, tā mērķis – faktisko datu vākšana, problēmu identificēšana un ieteikumu meklēšana, lai tās risinātu, kā arī iespējamie advokācijas virzieni. Projekts arī neparedzēja patentēšanas tiesību, tiesību uz intelektuālo īpašumu, kā arī Latvijas uzņemto starptautisko tiesību šajā jautājumā analīzi.

GALVENIE SECINĀJUMI

- ✓ Pastāvošā laboratorisko izmeklējumu finansējuma limitu sistēma nemotivē ģimenes ārstus piedāvāt saviem pacientiem rutinētu izmeklēšanu uz C hepatītu, līdz ar to inficētie pacienti par to nemaz nenojauš.
- ✓ Pacientiem, kas ir nolēmuši sākt C hepatīta ārstēšanu, nav skaidras finansiālas perspektīvas par to, cik ārstēšanas gaitā viņiem vajadzēs piemaksāt par medikamentiem.
- ✓ Latvijā nav C hepatīta pacientu reģistra, kas neļauj objektīvi novērtēt līdzestību ārstēšanas procesā un tās efektivitāti.

¹ Biedrības “Apvienība HIV.LV” reģistrācijas apliecība <http://www.apvienibahiv.lv/organizācijas-apraksts/apliecība>

² Biedrības “Apvienība HIV.LV” statūti <http://www.apvienibahiv.lv/organizācijas-apraksts/statuti>

³ Hepatīta biedrība <http://www.hepatits.lv/lv/pacientiem/hepatita-biedriba>

- ✓ Galvenās problēmas C hepatīta ārstēšanā to svarīguma secībā: valsts finansējuma nepietiekamība, ārstēšanas blakusparādību neapmierinošs menedžments, pacientu nelīdzestība ārstēšanas procesā.
- ✓ Septiņus gadus ilgušajās starpnozaru konsultācijās tā arī nav izdevies pieņemt ieslodzīto medicīniskās aprūpes koncepciju, cietumu medicīna nav integrēta sabiedriskajā veselības aizsardzībā, kas ieslodzītajiem un notiesātajiem faktiski liedz tiesības uz pieņemamu panākamu fiziskās veselības līmeni.
- ✓ Darbam ar iedzīvotājiem C hepatīta primārajā un sekundārajā profilaksē, ko veic valstiskas un nevalstiskas institūcijas, nav sistēmiska rakstura, un tas ir absolūti nepietiekams.
- ✓ Cietumos nav pieejamas programmas, lai mazinātu narkotiku intravenozās lietošanas kaitējumu, un nenotiek C hepatīta rutinēta testēšana par valsts līdzekļiem, kas noved pie infekcijas izplatīšanās cietumos nezināšanas dēļ.
- ✓ Sievietēm narkotiku intravenozā lietošana ir ļoti cieši savijusies ar seksuālo pakalpojumu komerciālu sniegšanu, un inficēšanās gadījumi ar C hepatītu tuvojas 50%.
- ✓ Testējušies pietiekami kritiski attiecas pret sevi un narkotiku lietošanu apzinās kā savu un sabiedrības problēmu kopumā.
- ✓ Labas zināšanas par riskiem, kas raksturīgas tiem, kuri testējušies, bez to praktiskas pielietošanas neglābj no inficēšanās ar C hepatītu.
- ✓ Pretēji gaidītajam HIV/VHC dubultinficēšanās gadījumu pieaugums Latvijā nav tik aktuāls kā atsevišķu ar HIV un C hepatīta inficēšanās gadījumu pieaugums.
- ✓ Veselības ministrijas Farmācijas konsultatīvās padomes sastāvā nav nevalstisko organizāciju pārstāvju, kas tieši aizsargātu ar HIV un C hepatītu inficēto intereses.

Dažas rekomendācijas (pilnu rekomendāciju sarakstu skatīt atskaites beigās)

Veselības ministrijai no 2012. gada 1. janvāra ir jāsaņem valsts kompensācijas līmenis 75% apmērā zālēm hepatīta C ambulatorai ārstēšanai, vienlaikus izskatot jautājumu par valsts kompensācijas līmeņa paaugstināšanu līdz 90% no 2012. gada 1. jūlija.

Veselības Ekonomikas centram no 2012. gada 1. marta valsts kompensējamo medikamentu sarakstā „C” jāiekļauj hepatīta C vīrusa inovatīvie proteāzes inhibitori 10 ar hepatītu C hroniski slimu pacientu ārstēšanai, ar piebildi, ka 30% no bāzes cenas apmaksā farmācijas kompānijas – šo zāļu ražotājas, plus vēl papildus pilnībā apmaksā vēl 10 pacientu ārstēšanu.

Veselības ekonomikas centram jāizstrādā un jāapstiprina medicīniskā tehnoloģija pacientu līdzestības veicināšanai visām pacientu grupām un ieviest to darbībā no 2012. gada 1. jūlija.

Veselības ministrijai, Tieslietu ministrijai un Finanšu ministrijai panākt vienošanos par penitenciārās medicīnas iekļaušanu kopējā veselības aizsardzības sistēmā un šo integrāciju realizēt no 2013. gada 1. janvāra.

1. Instrumentārijs

- Pieejamo statistisko datu un publikāciju, organizācijas iepriekšējo projektu rezultātu analīze.
- Notiesāto (uz izmeklēšanas laiku apcietinātie netika testēti) brīvprātīga konsultēšana un testēšanas uz C hepatīta un HIV antivielām ieslodzījuma vietās un sekojoša to, kam atklāja VHC antivielas, aptauja, izmantojot šim projektam speciāli izstrādātu aptaujas lapu.
- Sieviešu, kas sniedz komerciālus seksa pakalpojumus, brīvprātīga konsultēšana un testēšana uz C hepatīta antivielām ar sekojošu aptauju tām, kurām konstatētas VHC antivielas, izmantojot šim projektam speciāli izstrādātu aptaujas lapu.
- Ekspertu (ārstu, ierēdņu, farmācijas un NVO darbinieku) intervēšana, izmantojot šim projektam speciāli izstrādātas nostādnes.
- Pieejamo statistisko datu par brīvprātīgās konsultēšanas un testēšanas uz C hepatīta antivielām kaitējuma mazināšanas programmu ietvaros analīze.
- Problēmu identifikācija un rekomendāciju izstrāde.

2. Kopējā informācija

2.1. VHC izplatība Latvijā

2010. gadā no jauna atklāts 61 (2,71 uz 100000 iedzīvotājiem) akūta VHC gadījums un 1051 (46,74) hroniska VHC gadījums. Vidējais VHC atklāšanas gadījumu skaits laikā no 2005. gada līdz 2009. gadam bija 103,2 akūta VHC gadījumu un 1314 hroniska VHC gadījumu gadā.⁴ 2011. gada pirmajā pusgadā no jauna atklāti 29 akūta un 575 – hroniska VHC gadījumi.⁵

2008. gadā Latvijas Infektoloģijas centrs veica epidemioloģisku izpēti, lai noskaidrotu hepatīta C izplatību Latvijā. Pētījumi parādīja, ka 55200 cilvēki ir saskārušies ar vīrusu hepatītu C, no kuriem inficēti ir 39000 (1,7% iedzīvotāju), bet no viņiem tikai 17000 zina par to, ka ir inficēti.⁶ Kopš tā laika jaunāki pētījumi par VHC izplatību nav veikti.

Saskaņā ar Latvijas Infektoloģijas centra datiem uz 2011. gada 31. maiju no 3409 uzskaitētē esošajiem HIV inficētajiem 1980 pacienti (58,1%) ir dubultinficēti ar VHC.⁷

⁴ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/2011/Epid.biletteni/Inf_sl_01-12_2010.pdf

⁵ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/2011/Epid.biletteni/Infekcijas_slmibas_06_11.pdf

⁶ <http://lic.gov.lv/index.php?p=780&pp=8952&lang=258>, <http://zinass.nra.lv/maja/veseligs-dzivesveids/53027-latvija-c-hepatita-briesmas.htm>, <http://www.novonews.lv/index.php?mode=news&id=119051>

⁷ Latvijas Infektoloģijas centrs http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/2011-dazadi/hiv_atk_052011.pdf

Ieslodzījuma Vietu pārvalde (IeVP) 2010. gada atskaitē par saslimšanām ar infekcijas slimībām norāda sekojošo statistiku, kas balstās uz simptomātiskiem izmeklējumiem vai ir IeV (Ieslodzījuma vietu) dokumentētajā anamnēzē: 657 HIV infekcijas gadījumi, 120 AIDS, 5 akūta VHC, 405 hroniska VHC. Ieslodzījuma vietās (IeV) atradās 1265 intravenozo narkotiku lietotāji, tika reģistrēti 1789 narkotiku lietošanas gadījumi.⁸

Statistikas datu par citām iedzīvotāju grupām mūsu rīcībā nav.

No 2007. gada līdz 2010. gadam tika veikts Kohortas pētījums par narkotiku lietošanas tendencēm Latvijā⁹, kura gaitā no 53 līdz 66 procentiem intravenozo narkotiku lietotāju paši norādīja, ka viņi ir inficēti ar VHC.

2.2. Testēšana un profilakse

Profilakses jomā darbojas normatīvie akti „Praktiskas vadlīnijas hepatīta C, hepatīta B un HIV infekcijas ārstēšanai ārstniecības iestādēs”, 2008. gads.¹⁰

Vispārējās norādes veikt infekcijas slimību specifisku profilaksi un speciālistu apmācību iekļautas Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” funkcijās un uzdevumos.¹¹

Ja ir diagnosticēta HIV infekcija, izmeklēšana uz VHC ir jāveic obligāti. Uz VHC obligāti pārbauda arī donoru asinis.

No 2011. gada 1. janvāra ir ieviesta laboratorijas izmeklējumu finansēšanas limitu sistēma („nauda seko pacientam”)¹² ģimenes ārstiem, kas pamatojas uz praksē reģistrēto pacientu skaitu, līdz ar to ārsti ir spiesti ievērot piešķirto līdzekļu ekonomisku tērēšanu un neveikt pacientu rutinētu izmeklēšanu uz HIV un hepatītiem.

Pacienta iemaksa par pieņemšanu pie ģimenes ārsta – 1 lats (2 ASV dolāri) par asins nodošanu no vēnas – 1 lats (2 ASV dolāri), par pieņemšanu pie ārsta – speciālista – 3 lats (6 ASV dolāri).¹³

Atkarībā no resursu daudzuma, rutinētā testēšana (testu piedāvā visiem) uz VHC antivielām notiek kaitējuma mazināšanas programmu ietvaros un nevalstiskās organizācijās. Tās arī veic VHC pirmreizējās profilakses pamatdarbu.

2.3. Diagnostika un ārstēšana

Latvijā darbojas nacionālās „Rekomendācijas vīrusu hepatīta C racionālai farmakoterapijai kompensācijas sistēmas ietvaros”, 2005. g.¹⁴, kur paredzēts pilns diagnostikas

⁸ Ieslodzījuma Vietu pārvalde http://www.ievp.gov.lv/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=75&lang=lv

⁹ Kohortas pētījums par narkotiku lietošanas tendencēm un paradumiem Latvijā <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e0f33326c3b0.pdf>

¹⁰ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/PublLidz-2009/01vadlinijas_vhb_vhc_hiv_profilakse_arstn_iest.pdf

¹¹ Valsts aģentūras “Latvijas Infektoloģijas centrs” funkcijas un uzdevumi <http://www.lic.gov.lv/index.php?p=773&pp=233&lang=258>

¹² Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/veseliba/Pacientuiekasas/>

¹³ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/veseliba/Pacientuiekasas/>

¹⁴ Veselības Ekonomikas centrs <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d08c09c5b481.pdf>

algoritms, norādījumi un ārstēšanas monitorings. Laboratoriskie izmeklējumi ir jāveic vienā laboratorijā ar vienām un tām pašām metodēm.

Diagnosticēšanas gaitā tiek noteikta ALAT aktivitāte, antivielu daudzums un VHC RNS, vīrusu slodze, vīrusa genotips, tiek pētīts bioptāta paraugs – tiek novērtēti aknu iekaisuma rādītāji un noteikta fibrozes pakāpe. Ārstēšanu, tajā skaitā zāļu izvēli un devu, nozīmē hepatologu – infekciju slimību ārstu konsilijs. Konsīlijam ir arī jānosaka pacienta iespējamā līdzestība ārstēšanai, īpaši narkomānijas un hroniskā alkoholisma gadījumos.

Narkotiku lietotājiem ārstēšanu nosaka tikai gadījumā, ja tiek pārtraukta narkotiku lietošana un pacientam ir nepārprotama vēlēšanās ārstēties. Lēmumu sākt ārstēšanos noteikti saskaņo ar ārstējošu psihiatru vai narkologu.

Papildu noteikumi, lai nozīmētu ārstēšanu, ir: alkohola lietošanas ierobežošana, ķermeņa masas samazināšana, ja masas indekss pārsniedz 25 kg/m², vakcinācija pret hepatītiem A un B, drošu pretapaugļošanās līdzekļu lietošana.

1. un 4. genotipu ārstēšanu nozīmē uz 48 nedēļām, citu genotipu – uz 24 nedēļām. Ja ir 1 vai 4 genotips, pēc 12 ārstēšanās nedēļām nosaka VHC RNS daudzumu: ja panākts kā minimums 100 reižu samazinājums, ārstēšanu turpina, ja ne – tā tiek pārtraukta. Citos genotipa gadījumos VHC RNS daudzumu nosaka pēc 24 ārstēšanās nedēļām.

Brīvajiem pacientiem VHC diagnosticēšanu un izmeklēšanu pirms norīkojuma un ārstēšanas laikā apmaksā valsts pēc ģimenes ārsta vai infekciju slimību ārsta norīkojuma. Pacientiem, kuriem nav norīkojuma, kā arī personas, kam ir pagaidu mitekļis, maksā pilnu summu. Laboratorijas diagnostikas dažas cenas Latvijas latos un ASV dolāros 2011. gada augustā (valsts¹⁵ / privāta¹⁶ laboratorija): antivielu IFA tests 4,15 / 4,40 (8,50 / 9); Western Blot 27,93 / 35,00 (51 / 71,7); kvalitatīvais PĶR tests 36,82 / 40,15 (75,45 / 82, 7); PĶR vīrusu slodze 77,07 / 91,65 (157,93 / 187,8) genotipēšana ar apakštīpiem 115,35 / 128,65 (23637 / 263,63); genotipēšana bez apakštīpiem 68,92 / – (141,22 / –). No 2009. gada no Veselības ministrijas budžeta finansēto laboratoriju cenas pakāpeniski samazinās. Iepriekš situācija bija pretēja – cenas privātajās laboratorijās bija zemākas.

Pirms ārstēšanas veikamo komplekso izmeklējumu (analīzes, bioķīmija, punkcija, sonogrāfija u.c.) minimālās izmaksas ir Ls 278 (570 USD).

No 2006. gada janvāra hroniskā hepatīta C ārstēšanu kompensē valsts. Līdz 2009. gada 28. februārim kompensāciju līmenis bija 75%, pēc tam dēļ ekonomiskās krīzes samazinātā veselības aizsardzības finansējuma dēļ tika samazināts līdz 50%. Valsts tēriņi par zāļu kompensāciju bija (Latvijas latos / ASV dolāros¹⁷): 1,15 / 2,35 miljoni 2006. g., 2,69 / 5,51 miljoni 2007. g., 2,66 / 5,45 miljoni 2008. g. un 1,33 / 2,72 miljoni 2009.¹⁸

¹⁵ Ministru kabineta noteikumi Nr. 528 "Noteikumi par valsts aģentūras "Latvijas infektoloģijas centrs" publisko pakalpojumu cenrādi" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=113052&from=off>

¹⁶ Gulbja laboratorija <http://194.19.248.24:1973/csp/ec/ec.pricelist.cls>

¹⁷ 1 USD = 0,4880 LVL 19.08.2011 <http://www.bank.lv/>

¹⁸ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/ligumpartneriem/budzetaresursi/index.php?doc=391>

2010. gadā, kad valsts zāļu cenu kompensēja 50% apmērā, ārstēšanu ar pegilirēto interferonu saņēma 862, ar lineāro interferonu – 3 pacienti ar hronisku VHC, bet 47 pacienti izgāja akūta VHC ārstēšanas kursu ar lineāro interferonu, valstij tērējot 2 milj. latu.¹⁹ Ir jāatzīmē, ka, samazinoties valsts kompensāciju līmenim, farmācijas kompānijas – ražotājas pacientu vietā aptiekās apmaksāja ceturto daļu zāļu cenas, kamēr atlaižu piedāvāšanas praksi aptieku tīkliem un trešās puses piemaksu, iegādājoties kompensējamos medikamentus, kā konkurenci kropļojošu faktoru farmācijas sektorā aizliedza Ministru kabineta noteikumi Nr. 899.

Turklāt pacienti (tajā skaitā arī VHC), kurus viņu dzīvesvietas sociālie dienesti noteiktajā kārtībā atzinuši par trūcīgiem vai mazturīgiem, no 2009. gada 1. oktobra līdz 2011. gada 31. decembrim nepiemaksā par valsts kompensētajām zālēm, – viņu daļu kompensē no Sociālās aizsardzības stratēģijas līdzekļiem, ko nodrošina Pasaules Bankas sniegtie līdzekļi.²⁰

Līdz ar Noteikumu Nr. 899 jaunās redakcijas stāšanās spēkā 2011. gada janvārī izveidojās absurda situācija, kad mazturīgie pacienti zāles VHC ārstēšanai saņēma bez maksas, bet tiem pacientiem, kuru ienākumi kaut vai tikai mazliet pārsniedza mazturīgā statusam atbilstošu ienākumu līmeni, bija spiesti par zālēm maksāt summu, kas atbilst gandrīz divu mēnešu iztikas minimumam, kas ir Ls 171,41 (351 25 USD).²¹ Bet vidējā alga pēc nodokļu nomaksas 2010. gadā bija Ls 316 (647 USD).²² Tāpēc uz laiku no 2011. gada 1. marta līdz 31. decembrim tika atjaunota zāļu kompensācija 75% apmērā no to cenas. Ar VHC sirgstošo unikālo pacientu skaita dinamika, kas saņēmuši ārstēšanu 2011. gadā: janvārī – 737 pacientu ar hronisku VHC, pegilirētais interferons + 8 ar akūtu VHC, lineārais interferons; februārī – 353 + 12 pacientu; martā – 427 + 10; aprīlī – 385 + 12; maijā – 408 + 6; jūnijā – 407 + 11 + 1 pacients ar hronisku VHC, lineārais interferons.²³

Kopš 2011. gada 1. jūlija preparātu VHC ārstēšanai kompensācijas sistēmas ietvaros cena (ieskaitot PVN) (Latvijas latos / ASV dolāros): Roferon-A Ls 14,48 / 29,67 USD par 1 injekciju; Realdiron Ls 75,04 / 153,77 USD par 5 injekcijām; Ribavirin (200 mg) Ls 13,33 / 27,32 USD par 20 kapsulām; Pegasys (0,135 mg) Ls 127,72 / 261,72 USD par 1 injekciju, Pegasys (0,18 mg) + Copegus (200 mg) Ls 589,02/1207 USD uz 4 nedēļām; Pegintron + Rebetol (200 mg) uz 4 nedēļām, peginterferonu dozējot: 0,05 mg – Ls 278,48 / 570,65 USD 0,08 mg – Ls 445,55 / 913 USD 0,1 mg – Ls 556,92 / 114,23 USD 0,12 mg – Ls 668,29 / 1369,45 USD 0,15 mg – Ls 835,35 / 1711,78 USD.²⁴ Tādējādi ārstēšanās ar pegilirēto interferonu Pegasys izmaksā Ls 3534 /

¹⁹ Veselības Norēķinu centrs http://www.vnc.gov.lv/files/VNC_kompensejamo_zalu_apmaks_razotaji_2010.xls

²⁰ Ministru kabineta noteikumi Nr.899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=147522&from=off>

²¹ Iztikas minimuma patēriņa grozs vienam iedzīvotājam <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaju-ienemumi-galvenie-raditaji-30268.html>

²² Iedzīvotāju naudas ieņēmumi <http://www.csb.gov.lv/iedzivotaju-naudas-ienemumi-videji-menesi-latos>

²³ Veselības Norēķinu centrs http://www.vnc.gov.lv/files/VNC_komp_med_parskati_pieteiceji_01_06_2011.xls

²⁴ Veselības Ekonomikas centrs <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e2fb409769ca.pdf>

7242 USD par 24 nedēļām un Ls 7068 / 14484 USD par 48 nedēļām. Ārstēšanās ar pegilīrēto Pegintron vidēji izmaksā Ls 3341 / 6847 USD par 24 ārstēšanās nedēļām un Ls 6683 / 13695 USD par 48 nedēļām.

Preparātu cenas ir trešās zemākās Eiropas Savienībā un nepārsniedz to cenu Lietuvā un Igaunijā. Aprēķinātais finansējums, kas nepieciešams, lai segtu VHC ambulatorai ārstēšanai paredzēto preparātu izmaksas kompensācijas sistēmas ietvaros 2011. gadā novērtēts 1,8 miljonu latu (3,7 milj. USD) apmērā, bet sešos mēnešos faktiski ir iztērēti 1,53 milj. latu (3,13 milj. USD).²⁵

Zāļu cenas kompensācijas sistēmas ietvaros tiek pārskatītas divas reizes gadā. Darba pārskats par kompensācijas sistēmu un zāļu cenu veidošanos ekonomiskās krīzes apstākļos sniegts darbā "Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis: Latvia".²⁶ (Par Latvijas kompensācijas sistēmu krievu valodā²⁷)

2.4. Penitenciārā sistēma

Kopš 2009. gada jūlija Latvijas penitenciārā sistēmā, cilvēkam nokļūstot cietumā tiek tikai pārbaudīts, vai viņš nav inficējies ar HIV, jo šo testu apmaksā no sabiedriskās veselības aizsardzības līdzekļiem. Citi diagnosticējoši izmeklējumi tiek veikti vienīgi tad, ja ir izteikti slimības simptomi vai arī ja izmeklējumus pilnībā apmaksā pacients.

2010. gadā zāļu, medicīnisko preču un diagnosticējošo izmeklējumu finansēšana salīdzinot ar 2008. gadu, ar pirmskrīzes gadu, ir samazinājusies par 69,2% un ir 5,3 latu gadā viena ieslodzītā ambulatorai apkalpošanai. No 2009. gada notiek leV personāla samazināšana. Ja 2011. gadā personāls kopumā samazināts par 19%, tad medicīniskais personāls – par 59,4%²⁸.

2011. gadā notiek virkne starpnozaru konsultāciju par cietuma medicīnas integrēšanu sabiedriskajā veselības aizsardzībā. No sabiedriskās veselības aizsardzības līdzekļiem leV sistēmā finansē tikai HIV infekcijas un tuberkulozes ārstēšanu (Ministru kabineta noteikumu Nr. 1046 punkts 17.2)²⁹, tāpēc nekādi citi valsts kompensējamie medikamenti, tajā skaitā arī C hepatīta ārstēšanai, ieslodzītajiem un notiesātajiem nav pieejami. Tas ir pats sāpīgākais jautājums visu grupu pacientiem leV (izņemot tos, kam ir HIV un TB). Izteiktu slimības simptomu gadījumā, saņemot speciālu atļauju, diagnostiku apmaksā no penitenciārās sistēmas līdzekļiem.

²⁵ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/ligumpartneriem/budzetaresursi/index.php?doc=2125>

²⁶ Eurohealth, Volume 17, Number 1, 2011 <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL17No1/Vol17No1.pdf>

²⁷ Veselības Ekonomikas centrs: Система компенсации приобретения лекарств <http://vec.gov.lv/RU/spisok-kompensiruemyh-lekarstv>

²⁸ HIV/TB/STS izplatības ierobežošanas koordinācijas Komisija http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokoli/cietumu_medicina.ppt

²⁹ MK noteikumi Nr. 1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766>

No 2004. gada līdz 2006. gadam Tieslietu ministrija un Veselības ministrija izstrādāja ieslodzīto medicīniskās apkalpošanas koncepciju. 2006. gadā Koncepcijas projekts tika prezentēts Ministru kabineta sēdē, un veselības ministrs ierosināja turpināt darbu pie koncepcijas variantiem. 2010. gadā tika nolemts darbu pie Koncepcijas pārtraukt. 2011. gadā starpnozaru konsultācijas atjaunoja, jo šīs Koncepcijas izstrāde ir paredzēta valdības apstiprināta plāna Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošana un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017. gadam punktā Nr. 22.³⁰

3. Kvalitatīvo rādītāju vākšanas instrumentu un projekta realizācijas gaitā iegūto kvalitatīvo rādītāju apraksts

3.1. Notiesāto testēšana

Notiesāto (uz izmeklēšanas laiku apcietinātie netika testēti) brīvprātīga konsultēšana un testēšana (BKT) uz C hepatīta antivielām un HIV ieslodzījuma vietās projekta „C hepatīts: vilcināšanās bīstama” ietvaros notika no 2011. gada janvāra līdz martam.³¹ Kopumā testēja 208 notiesātos (plānoja 200), 109 atklāja VHC antivielas, no viņiem 92 notiesātajiem VHC antivielas atklāja pirmoreiz dzīvē. Šie paši notiesātie vienlaikus tika testēti uz HIV antivielām. Sešiem cilvēkiem atklāja antivielas, četriem no viņiem – pirmoreiz dzīvē. Ar HIV/VHC dubultinficēto bija pieci. Testēšanai izmantoja ekspress testus Hexagon kapilārajām asinīm.

Pēctesta konsultācijā katram izskaidroja antivielu analīžu nozīmi un pasniedza speciāli divās valodās (latviešu un krievu) izdoto brošūru „C hepatīts: brošūra cilvēkiem, kuri testējas uz C hepatīta antivielām”.³² Pacientus, kuriem HIV antivielas tiek atklātas pirmoreiz, nosūtīja uz cietuma medicīnas nodaļu, lai tur nodotu asinis apstiprinošajai diagnostikai (to finansē no kopējiem veselības aizsardzības līdzekļiem), bet pacientiem ar VHC antivielām tika norādīts par apstiprinošās diagnostikas nepieciešamību un viņi tika aptaujāti pēc projektam speciāli izstrādātās anketas.³³

Testēšanu veica sertificētas medmāsas un līdzīgs – līdzīgam konsultants, divos eksemplāros aizpildot testēšanas protokolus,³⁴ no kuriem viens tika nodots iekšējai lietošanai un statistikai, bet otrs – testētajam. Klienta identifikatoru (uzvārds, vārds,

³⁰ Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017.gadam <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file57284.doc>, HIV/TB/STS izplatības ierobežošanas koordinācijas Komisija http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokolu/cietumu_medicina.ppt

³¹ Testēšanas rezultātu ieslodzījuma vietās kopsavilkums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/Testesanas_rezultati_cietumi.doc

³² "C HEPATĪTS: Brošūra cilvēkiem, kuri testējas uz C hepatīta antivielām" / "Гепатит С: брошюра тестирующимся на антитела к гепатиту С" http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_brosura_final.pdf

³³ Aptaujas lapas ieslodzītajiem, kam konstatētas antivielas uz HCV http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_anketa_ieslodzitie.doc

³⁴ Testēšanas pārskata veidlapa http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2010/atskaite_BKT_blanka.pdf

šifrs) varēja izvēlēties paši, tikai trīs cilvēki izvēlējās šifru. Testēšanā aizpildītie protokoli uzglabājas nepiederošām personām nepieejamā vietā. Notiesāto atlase testēšanai bija leV kompetencē, tā notika saskaņā ar līgumu Vienošanās par sadarbību ar Ieslodzījuma Vietu pārvaldi.³⁵

Minētajā projektā BKT bija turpinājums 2010. gadā realizētajai darbībai projektā „Sadarbība un veselība”, kura gaitā no marta līdz septembrim 214 notiesātie tika testēti uz VHC un HIV antivielām. Tad VHC antivielas atklāja 126 notiesātajiem, no viņiem 90 VHC antivielas atklāja pirmoreiz. Šie paši notiesātie vienlaikus tika testēti uz HIV antivielām.³⁶ Tās atklāja 13 cilvēkiem, trim no viņiem – pirmoreiz dzīvē. Dubultinficētu ar HIV/VHC bija desmit.

Kalendārā gada laikā uz VHC un HIV antivielām tika testēti 422 notiesātie, kas ļāva iegūt pietiekami reprezentatīvus rezultātus, jo sešos cietumos tika testēti 7,9% no gada vidējā ieslodzīto skaita (5330 cilvēki). 16 notiesātie, kurus uz testēšanu nosūtīja cietumu administrācija, pavēli ierasties uz testēšanu izpildīja, taču no testēšanas atteicās. Pavisam 235 notiesātajiem (55,7% testēto) atklāja VHC antivielas, no viņiem 182 (77,4%) VHC antivielas atklāja pirmoreiz. HIV antivielas atklāja 19 cilvēkiem (4,5% testēto), no viņiem 7 (36,8%) – pirmoreiz dzīvē. Ar HIV/VHC dubultinficētie bija 15 (3,6% testēto).³⁷

Augstais VHC antivielu pirmreizējās atklāšanas gadījumu skaits, ko leV konstatēja notiesātajiem, kombinācijā ar faktoriem, kas izriet no lielās ieslodzīto koncentrācijas, kuri narkotikas lieto intravenozi, un to, ka reģistrēts liels skaits narkotiku lietošanas gadījumu, bet leV sistēmā nav kaitējuma mazināšanas programmas, var liecināt par plašu jaunu inficēšanās gadījumu izplatības iespējamību leV soda izciešanas laikā.

Zemais HIV antivielu atklāšanas gadījumu skaits, ko veikto izmeklējumu laikā notiesātajiem konstatēja pirmoreiz, visdrīzāk ir tāpēc, ka leV neveic atkārtotu testu uz HIV, ja nav skaidras simptomātikas, kas norāda uz inficēšanās iespējamību, un notiesātie var būt iepriekš testēti, nonākot leV. Tomēr jaunu inficēšanās ar HIV gadījumu risks sodas izciešanas laikā, tāpat kā gadījumā ar VHC, ir ļoti liels, jo ieslodzītie arvien biežāk izmanto savas tiesības atteikties no testa, to apstiprinot ar savu parakstu. 2009. gadā no testa atteicās 415 cilvēku, bet 2010. gadā – 763 cilvēki.³⁸

Biedrības „Apvienība HIV.LV” augstāk aprakstīto projektu norise leV divas reizes – 2010.23.11. un 2011.16.03. – tika izskatīta HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas Koordinācijas komisijas sēdēs. Komisijas sēžu protokoli un biedrības prezentācijas ir publicētas.³⁹ (Jautājumi par VHC šajā Komisijā tiek izskatīti tikai kontekstā ar HIV, speciālu koordinējošu institūciju par VHC nav).

³⁵ Vienošanās par sadarbību ar Ieslodzījuma Vietu pārvaldi http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/vienoshanas_ar_leVP.doc

³⁶ Testēšanas pārskati pa cietumiem http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2010/Testu_izlietojums_final.doc

³⁷ Testēšanas rezultātu ieslodzījuma vietās kopsavilkums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/Testesanas_rezultati_cietumi.doc

³⁸ HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas sanāksmes protokols Nr. 14, Rīgā, 16.03.2011 http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokolli/HIVKKprot_nr14_160311.doc

³⁹ HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas un ar to saistītu sēžu protokoli <http://www.apvienibahiv.lv/starpnozaru-komisijas>

3.2. Sieviešu testēšana

No 2010. gada decembra līdz 2011. gada martam projekta ietvaros veica sievietes, kas Rīgā vai tās apkārtnē regulāri vai epizodiski piedāvā komerciālā seksa pakalpojumus („ielu prostitūcija”), brīvprātīgu testēšanu uz hepatīta C antivielām. Kopumā testēja 120 sievietes (bija plānots 100), no kurām 60 (50%) atklāja VHC antivielas. Pēctesta konsultāciju saturs bija analogisks tām konsultācijām, ko saņēma notiesātie, kā arī tika iedota brošūra testētājiem. Tās sievietes, kurām atklāja VHC antivielas, tika iztaujātas pēc speciāli šim projektam izstrādātas anketas.⁴⁰ Testēšanu un aptauju veica medmāsas, testēšanas protokola veidlapu aizpildīja vienā eksemplārā iekšējai lietošanai un statistikai, testējamās identificēja tikai ar kodu. Uz HIV sievietes netika testētas.

No 2011. gada septembra Rīgā sievietēm, kas piedāvā komerciālo seksu, notiek epidemioloģiskie izmeklējumi «Highly active prevention: scale up HIV/AIDS/STI prevention», kuru ietvaros viņas tiek testētas uz HIV, VHC un citām infekcijām, kā arī 250 sievietes tiek aptaujātas.⁴¹

3.3. Narkotiku lietotāju testēšana

Bez tam no kaitējuma mazināšanas Rīgas programmām tika saņemti papildu dati par tajā pašā periodā (no 2010. gada decembra līdz 2011. gada martam) veikto narkotiku intravenozo lietotāju testēšanu uz HIV un VHC antivielām. Tika testēti 174 cilvēki (107 sievietes un 67 vīrieši), antivielas uz HIV atklāja 15 cilvēkiem (8,6%; tajā skaitā 12 sievietēm (11,2%) un 3 vīriešiem (4,5%)); antivielas uz VHC atklāja 104 cilvēkiem (59,8%; tajā skaitā 52 sievietēm (48,6%) un 52 vīriešiem (77,6%)). Deviņiem no testētajiem (5,2%) atklāja HIV/VHC dubultinfekciju.

3.4. Secinājumi

Kā var secināt no testēšanas rezultātiem, sievietēm narkotiku intravenoza lietošana ir ļoti cieši saistīta ar komerciālā seksa pakalpojumu sniegšanu, un inficēšanās ar hepatītu C tuvojas 50%.

Acīmredzot HIV/VHC dubultinfekcijas gadījumu pieaugums Latvijā nav tik aktuāls kā atsevišķu inficēšanās ar HIV un hepatītu C gadījumu pieaugums. Saskaņā ar Latvijas Infektoloģijas centra datiem uz 2009. gada 30. jūniju bija 1864 dubultinfekcijas gadījumu (62,1% no uzskaitē esošajiem un izmeklējumus veicošajiem HIV inficētajiem), uz 2009.31.12. – 1888 (61,3%) uz 2010.31.12. – 1947 (58,8%), uz 2011.31.05. – 1980 (58,1%). 116 dubultinfekcijas gadījumu pieaugums divu gadu laikā ir nenozīmīgs uz vairāk kā diviem tūkstošiem jaunatklātu inficēšanās gadījumu ar hepatītu C fona.

⁴⁰ Aptaujas lapa sievietēm (komercseksa pakalpojumu sniedzējām), kam konstatētas antivielas uz HCV http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_anketa_sievietes.doc

⁴¹ BORDERNETwork: Highly active prevention: scale up HIV/AIDS/STI prevention, diagnostic and therapy across sectors and borders in CEE and SEE. http://papardeszieds.lv/en/index.php?option=com_content&view=article&id=135:boardernetwork-highly-active-prevention-scale-up-hiv-aids-sti-prevention-diagnostic-and-therapy-across-sectors-and-borders-in-cee-and-see&catid=11:projects&Itemid=40

To pašu liecina dati, ko ieguva projekta izstrādes laikā. Acīmredzot HIV/VHC dubult-infekcijas gadījumu atklāšanas skaita maksimums ir aiz muguras.

4. Notiesāto un sievietu – komerciālā seksa pakalpojumu sniedzēju, kam tika atklātas antivielas uz hepatītu C, aptaujas rezultātu apskats

Aptaujas lapas nosacīti var iedalīt šādos galvenajos blokos: vispārīgie dati par respondentu; zināšanu līmenis par hepatītu C; ārstēšana un aknu normālas funkcionēšanas uzturēšana; iespēja veikt apstiprinošo diagnostiku un pieļaujamie tēriņi par ārstēšanu; nepieciešamā VHC profilakse. Apskatā izmantoti arī individuālo testu protokolu dati.

Aptaujāti tika 109 notiesātie⁴² un 60 sievietes, kas sniedz komerciālā seksa (tālāk tekstā KSD)⁴³ pakalpojumus. Respondentu vecums: notiesātie jaunāki par 25 gadiem – 23,8%, no 25 līdz 35 gadiem – 50,5%, no 35 līdz 50 gadiem – 24,8%; starp KSD: jaunākas par 25 gadiem – 26,7%, no 25 līdz 35 gadiem – 61,7%, no 35 līdz 50 gadiem – 10%. Tādējādi ar VHC iespējami inficēto pamatmasu veido jauni cilvēki vecumā līdz 35 gadiem (79,3% no kopējā respondentu skaita).

Pirmoreiz dzīvē testu uz VHC veica 63,3% notiesāto un 88,3% KSD. Tas liecina par nepietiekamu piekļuvi testēšanai: jo viena lieta ir, kad pakalpojums pats atnāk pie klienta un ir bez maksas, bet pavisam cita, kad pakalpojums ir jāsameklē un par tā sniegšanu jāsamaksā.

Testēšanu kaitējuma mazināšanas programmas ietvaros iepriekš izmantoja 18% notiesāto, bet neviena KSD. Tam iemesls ir ne tikai kaitējuma mazināšanas programmas ar iespēju testēties nepilnības, bet arī fakts, ka eksprestestus uz VHC antivielām viņām iepērk epizodiski. Iepriekš testējās 36,7% notiesāto un 11,7% KSD, tas ir, 27,8% visu respondentu, turklāt 53,2% pēdējo reizi bija testējušies vairāk nekā pirms pieciem gadiem. Iemesls, kas lika testēties iepriekš, bija: narkotiku intravenoza lietošana – 27,5% notiesāto un 71,4% KSD, tas ir, 34% visu respondentu, bet medicīnisku indikāciju dēļ testējās tikai 40% notiesāto.

Respondentu viedokļi, kādā veidā viņi varētu būt inficējušies ar VHC: narkotiku intravenoza lietošana – 73,4%, tetovēšanās – 6,5%, cēloni nenosauc vai nezina – 14,8%, bet 5,5% notiesāto nosauca neaizsargātu seksu. Šie dati liecina, ka respondenti pietiekami kritiski attiecas pret sevi, narkomāniju apzinās kā problēmu un arī ievēro piesardzības pasākumus tetovējoties. 5,5% respondentu pieļauj, ka ar VHC ir inficējušies cietumā.

67% notiesāto pēc soda izciešanas iznākot no ieslodzījuma ir gatavi veikt apstiprinošo diagnostiku, 7,3% pieprasīs, lai to veic cietuma administrācija, vēl 7,3% šo testēšanu cietumā apmaksās paši, bet 14,7% to neveiks vispār. 81,7% KSD, lai veiktu

⁴² Ieslodzīto, kuriem atrastas antivielas pret C hepatītu aptaujas apkopojums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/ieslodzito_aptauja_final.pdf

⁴³ Sievietu, kuras sniedz seksa pakalpojumus par maksu uz ielām un kam atrastas antivielas pret C hepatītu aptaujas apkopojums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/

apstiprinošo diagnostiku, 11,7% šo pakalpojumu apmaksās pašas privātpraksēs, bet 5% netic, ka ir slimas ar VHC.

Interesantas ir atbildes par apņemšanos samaksāt par ārstēšanu, ja tas būs nepieciešams. Notiesātie par ārstēšanu ir gatavi maksāt (lati mēnesī): 17,4% – vairāk par 100 latiem; 9,2% – no 50 līdz 100 latiem; 12,8% – no 10 līdz 50 latiem. KSD ir gatavas maksāt: 10% – no 50 līdz 100 latiem, bet 31,7% – no 10 līdz 50 latiem mēnesī. 43,2% no visiem respondentiem par ārstēšanu nav gatavi maksāt vispār. Tas liecina, ka vairākums respondentu labi apzinās, ka medicīna valstī nav bez maksas, tāpēc ir gatavi par ārstēšanu maksāt savām iespējām atbilstošu saprātīgu summu. 77% respondentu nesūdzas par aknu darbību, 21% bija sūdzības, 13,6% vērsās pie ārstiem (tajā skaita cietuma) un 8,6% naudas trūkuma dēļ nevarēja izpildīt ārsta norādījumus.

Novērtētas ir arī respondentu zināšanas par riskiem inficēties ar VHC: 66,3% – kā labas un ļoti labas, 20,1% – kā vidējas. Zināšanas par VHC ārstēšanu: 31,3% – labas, 40,2% – vidējas. Zināšanas par aknu veselību: 26,6% – labas, 35,5% – vidējas. Šie dati liecina, ka pietiekami labas respondentu zināšanas bez to praktiskas pielietošanas neglābj no inficēšanās.

Cilvēka atbildība par primāro profilaksi. Par pašu efektīvāko profilaksi, lai ar VHC neinficētos pats un neinficētu citus, 30,3% notiesāto uzskata personīgo atbildību, kamēr KSD pat neko tamlīdzīgu nepieminēja. 34,9% respondentu uzskata, ka nevajag lietot narkotikas, bet 18,9% šķiet, ka būs pietiekami, ja vienmēr būs līdzī sava personīgā šļirce. Tikai 3,5% vēlas informācijas punktus par VHC. 22% respondentu šis jautājums neinteresē.

Valsts atbildība par primāro profilaksi. No valsts respondenti gribētu sagaidīt šādu VHC sākotnējās profilakses pasākumus: 34,9% – vairāk naudas dažādiem sākotnējās profilakses pasākumiem, 6,5% izteicās par piekļuves paplašināšanu diagnostikai, 5,9% – par piekļuvi sterilām šļircēm cietumā, 16% vēlas vairāk speciālu kampaņu plašsaziņas līdzekļos, 16% pieļauj, ka valstij ir vairāk jāatbalsta kaitējuma mazināšanas programmas. 36% respondentu šis jautājums neinteresē.

Cilvēka atbildība par sekundāro profilaksi. 31,3% respondentu nosauca veselīga dzīvesveida sastāvdaļas (nelietot alkoholu, narkotikas, ievērot diētu u.c.), VHC ārstēšanu pieminēja 17,2%, aizsargātu seksu – 3,6%. 23% respondentu šis jautājums neinteresē.

Valsts atbildība par sekundāro profilaksi. 49,7% izteicās par bezmaksas VHC ārstēšanas nodrošināšanu, 5,9% – par finansējuma palielināšanu ārstēšanai, bet 13,6% – par finansējuma palielināšanu kaitējuma mazināšanas programmām. 3% izteicās par bezmaksas VHC diagnosticēšanu vienreiz gadā. 27% respondentu šis jautājums neinteresē.

Tādējādi kā minimums piekto daļu respondentu profilakses jautājumi neinteresē un viņi VHC profilaksi nesavieno ar savu personīgo dzīvi.

5. Ekspertu interviju analīze

Intervētājiem bija izstrādātas speciālas vadlīnijas par ekspertu interviju un viņiem uzdodamo jautājumu tehnisko pusi.⁴⁴ Līdz ar to daži eksperti kategoriski iebilda pret interviju publicēšanu, bet daži – pat pret viņu pārstāvētās organizācijas pieminēšanu. Minētā sadaļa ir izteikto viedokļu apkopojums. Visi eksperti saņēma savu interviju atšifrējumu un pārbaudīja to. Intervēti tika eksperti, kas paredzēti projekta aprakstā⁴⁵, izņemot Pasaules Veselības organizācijas pārstāvi Latvijā, kas aizbildinājās ar laika trūkumu un „pietiekamu materiālu daudzumu par šo tēmu PVO mājaslapā”. Tā vietā tika intervēts ģimenes ārsts, kas nebija paredzēts projektā. Materiāli par hepatītu C Latvijā 2011. gadā, ko varētu izmantot šajā atskaitē, PVO mājaslapā netika atrasti. Kopumā tika intervēti astoņi eksperti.

Diagnostika. Pēc ekspertu domām, Latvijā VHC izplatība – 1,7% inficēto no kopējā iedzīvotāju skaita – atbilst vidējam līmenim pasaulē – 1–2% no kopējā iedzīvotāju skaita. VHC pārsvarā diagnosticē, veicot vispārējās pārbaudes (donoru asinis, ķirurģiska iejaukšanās, grūtniecēm, HIV inficētajiem). Rutinētu izmeklēšanu uz VHC ģimenes ārsti neveic, kam cēlonis ir laboratorisko izmeklējumu ieviestie limiti. Daļa ekspertu apgalvo, ka ģimenes ārsti negrib vai neprot atpazīt hepatītu C, savukārt Latvijas Infektoloģijas centrs (LIC) tajā pašā laikā apgalvo, ka ģimenes ārsti ir pietiekami izglītoti un nosūta uz LIC pacientus ar aizdomām par VHC. Bieži ir gadījumi, kad VHC atklāj ikgadējo profilaktisko pārbaudītu laikā, ko apmaksā no veselības aizsardzības kopējā budžeta. Lielākā daļa pacientu, kuriem ir hronisks vai akūts VHC, LIC ierodas pēc ģimenes ārsta norīkojuma.

Veselība ministrija atsauca uz līdzekļu trūkumu, lai varētu veikt mērķtiecīgu rutinēto izmeklēšanu uz VHC. Tāpēc galvenā loma šīs slimības diagnosticēšanā ir pacienta atbildībai par savu veselību un ģimenes ārstu kompetencei. Vispārējs VHC skrīnings valstī diez vai būtu efektīvs un noteikti ļoti dārgi izmaksātu.

Visi eksperti ir vienprātīgi, ka VHC diagnostika, tajā skaitā diagnozes apstiprināšana, un tās algoritms ir visaugstākajā līmenī. Diagnosticēšana tiek veikta bez maksas, no pacienta tiek prasīta tikai sākotnējā iemaksa par ārsta apmeklējumu.

Visi eksperti tāpat ir vienprātīgi, ka diagnostiku neietekmē tas, kurai sociālajai grupai pieder cilvēks. Valsts finansiāli nodrošina eksprestestēšanu narkotiku lietotājiem, KSD, viņu kontaktpersonām kaitējuma mazināšanas programmas ietvaros, tomēr pašu programmu ir maz un atbildība par to radīšanu un funkcionēšanu gulstas uz vietējo pašvaldību, nevis uz valsti.

Epidemioloģiskais dienests aktīvi meklē pacientus, kuriem pārbaudītu laikā ir konstatēta inficēšanās ar VHC, taču veikt pilnvērtīgu epidemioloģiskos izmeklējumus un kontroli (piemēram, kontaktpersonu meklēšanu) demokrātiskā valstī ir problemātiski: nevienu nedrīkst ar varu piespiest nodot analīzes.

⁴⁴ Vadlīnijas ekspertu intervētājiem http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/eksp_interv_vadlinijas.doc

⁴⁵ Foundation Open Society Institute finansētais projekts "C hepatīts: vilcināšanās ir bīstama" ("Hepatitis C: hesitation is dangerous"). Projekta apraksts (angļu valodā) http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/LatviaAssociation_HIV.LV_Proposal2.doc

Ārstēšana un profilakse. Infekcijas slimību ārstēšana Latvija ir bez maksas, tomēr hepatītu B un C gadījumā pacientam ir jāmaksā zināms procents zāļu cenas ambulatoras ārstēšanās gadījumā, kas ir ievērojama summa. Trūcīgie un maznodrošinātie pacienti ar VHC pagaidām nepiemaksā neko (2010. gadā tādi bija 300), problēmas rodas cilvēkiem, kuriem ir lielāki ienākumi. Nenožīmīgai pacientu daļai ar zāļu iegādi palīdz vietējā pašvaldība.

Valsts Konstitūcija katram iedzīvotājam garantē medicīniskās palīdzības minimumu⁴⁶. Pat ANO Kopējā norāde № 14 (2000) par tiesību garantiju uz visaugstāko iespējamo veselības līmeni⁴⁷ neuzliek par pienākumu valstij pilnībā nodrošināt medicīnisko palīdzību bez maksas. Kāds būs medikamentu kompensācijas līmenis 2012. gadā, Veselības ministrija nezina, jo tas ir atkarīgs no kopējā veselības aizsardzības budžeta, kas tiks nodots Parlamentā apstiprināšanai ne ātrāk kā 2011. gada decembrī. Izstrādātajai koncepcijai par kompensāciju sistēmas attīstību, kas paredz ievērojamu līdzekļu palielinājumu (32 milj. latu) un inovatīvu medikamentu iekļaušanu tajā, vajadzētu sākt darboties 2012. gadā, taču Veselības ministrija to jau tagad uzskata par nereālu.

VHC ārstēšanas kvalitāti eksperti vērtē no „caurumu lāpīšana ar interferonu” līmeņa līdz novērtējumam „augsts”. Ārstēšana pārsvarā ilgst no 6 līdz 12 mēnešiem, taču pacientu vēlme ārstēties nav liela: vairākums uzskata, ka tikai 1/3 pacientu pabeidz ārstēties. Pacientu organizācija pieļauj, ka ārstēšanos pabeidz ne vairāk kā 5–10% pacientu. Pēc LIC datiem, virusoloģiskā atdeve ārstēšanas gaitā ir tuvu 100%, citi eksperti to vērtē 85% apjomā, taču 40% pacientu pēc ārstēšanās laika gaitā asinīs atkal atklāj hepatīta C vīrusu.

Paradoksāli, bet Latvijā nav VHC pacientu reģistra, nav sistematizētu objektīvu datu, lai varētu novērtēt ārstēšanas ekonomisko efektivitāti, pat nav statistikas par pacientu skaitu, kas sākuši / pārtraukuši / veiksmīgi beigusi ārstēšanos. Ir tikai absolūti precīzi dati par unikālo pacientu skaitu, kas ir nopirkuši zāles, pārdoto medikamentu apjomu un summu, ko valsts tērējusi zāļu kompensācijai.

Daļa ekspertu blakusefektu mēģinājumu vērtē kā neapmierinošu. Veselībai bīstamos gadījumos pacienti nonāk stacionāros, kur viņiem tiek sniegta bezmaksas palīdzība ar piecu latu pacienta iemaksu LIC un 9, 50 latu pacientu iemaksu daudzprofilu slimnīcās. Ambulatoros apstākļos 50% apmērā tiek kompensēti tikai antidepresanti, bet kompensējamus antidepresantus izraksta tikai psihiatrs, taču daudzi pacienti nav gatavi vērsties pēc palīdzības pie psihiatra. Bez maksas psiholoģisku atbalstu sniedz tikai psihoterapeits LIC un viena vienīgā hepatīta C pacientu nevalstiskā organizācija.⁴⁸

⁴⁶ Latvijas Republikas Satversme, 111. pants <http://www.saeima.lv/lv/likumdosana/satversme>

⁴⁷ General Comment No. 14 (2000) "The right to the highest attainable standard of health" (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/CESCR_General_Comment_14_1.zip

⁴⁸ Hepatīta biedrība www.hepatits.lv

Visi eksperti atzīst, ka kompensējamo medikamentu cenas ir ļoti augstas, taču valsts seko, lai tās būtu trešās zemākās Eiropas Savienībā un nebūtu augstākas kā Lietuvā un Igaunijā. Patlaban tiek izskatīta jauna cenu veidošanās shēma, lai cena Latvijā tiktu noteikta kā vidējais aritmētiskais no trim zemākajām cenām Eiropas Savienībā, kas ļautu samazināt eksistējošās pamatcenas (bez PVN) no 5 līdz 10%.

Pagaidām nav ienācis farmācijas kompāniju iesniegums par inovatīvo VHC proteāzes inhibitoru iekļaušanu sarakstā, kaut farmācijas kompānijas veic priekšdarbus.

Visi eksperti ir vienprātis, ka gultu stacionāros VHC pacientu ārstēšanai ir pietiekami. Tāpat finansējums stacionārai ārstēšanai ir pietiekams.

Visi eksperti absolūti kritiski vērtē diagnosticēšanas un VHC ārstēšanas pieejamību leV un izveidojušos situāciju vērtē kā nepieņemamu.

2010. gadā Latvijā tika veiksmīgi īstenota pirmā aknu transplantācijas operācija par personīgiem līdzekļiem slimnīcas zinātnisko pētījumu nolūkā. Valsts nav gatava apmaksāt aknu pārstādīšanu pieaugušajiem (bērniem operāciju apmaksā nekavējoties). LIC norāda, ka nepieciešamība veikt tūlītēju aknu transplantāciju pieaugušajiem ir kā minimums 20 operāciju gadā. Uz 2011. gada maiju kopējais nepieciešamo aknu transplantācijas operāciju skaits bija aptuveni 100.

VHC profilaksi eksperti ir novērtējuši kā nepietiekamu, „neredzamu”, „praktiski neesošu”. Uzsvērts, ka profilaksē praktiski nepiedalās ģimenes ārsti un aptiekas.

Nevalstiskās organizācijas. Vairākums ekspertu VHC pacientu interešu advokāciju novērtē kā „nepietiekamu”, „vāju” un pat „advokācijas vispār nav”. Eksperti piekrīt, ka NVO, kas strādā ar VHC, ir „maz” un tās „nav pietiekami atpazīstamas”. Tiek izcelts aktīvu līderu nepietiekamība advokācijā. Savukārt Veselības ministrija uzskata, ka aktīvas NVO ir nepieciešamas, jo tām ir reālas, demokrātijas paredzētas sviras, lai ietekmētu situāciju, un ka VHC pacientu interešu aizstāvība ir izjūtama. Tajā pašā laikā Veselības ministrija „nevēlas pārāk aktīvas organizācijas”, jo uzskata, ka NVO ir maz konstruktīvas, ka pārsvarā tās sūta pieprasījumus par finansējuma palielināšanu, nevis konkrētus, konstruktīvus priekšlikumus. Visi eksperti uzskata, ka PVO vajadzētu veikt profilaksi, informēt sabiedrību un atbalstīt pacientus. Taču atklājās, ka daļa ekspertu īsti neatšķir terminu „interesu aizstāvība” un „advokācija” atšķirību, un viņiem par advokāciju nekas nav sakāms.

Nākamais biedrības „Apvienības HIV.LV” un Ieslodzījuma vietu pārvaldes kopprojekts, lai veiktu ieslodzīto un notiesāto apmācību HIV / VHC / TB jautājumos un viņus testētu uz HIV un VHC antivielām, plānots 2014. gadā, lai par Eiropas fondu līdzekļiem radītu no narkotikām brīvu cietumu.

Kaut pacientu ar hepatītu NVO labprāt atsaucās uz prasību sniegt ekspresinterviju, īpašu entuziasmu sadarboties ar HIV / AIDS NVO tā neizrādīja.

6. Rekomendācijas

- Veselības ministrijai no 2012. gada 1. janvāra ir jā saglabā valsts kompensācijas līmenis 75% apmērā zālēm hepatīta C ambulatorai ārstēšanai, vienlaikus izskatot jautājumu par valsts kompensācijas līmeņa paaugstināšanu līdz 90% no 2012. gada 1. jūlija.
- Veselības ministrijai jā sagatavo Ministru Kabineta noteikumu Nr. 899 grozījumi, lai Veselības Ekonomikas centrs gadījumā, kad tiek pārtērēts kārtējā gada pirmā pusgada kompensējamo medikamentu budžets sarakstā „B”, varētu uz laiku no 1. septembra līdz 31. decembrim samazināt par 15% saraksta „B” zāļu bāzes cenu.
- Veselības ministrijai jā sagatavo grozījumi Ministru Kabineta noteikumiem Nr. 899, lai paredzētu par 15% samazināt cenu zālēm – oriģināliem, kas ir patentētas pirms vairāk kā 10 gadiem un kurām nav ģenēriķu.
- Latvijas Infektoloģijas centram un Veselības ekonomikas centram izveidot hepatīta C pacientu reģistru un ieviest to darbībā no 2012. gada 1. janvāra.
- Veselības ekonomikas centram jā izstrādā un jā apstiprina medicīniskā tehnoloģija pacientu līdzestības veicināšanai visām pacientu grupām un ieviest to darbībā no 2012. gada 1. jūlija.
- Veselības ekonomikas centram no 2012. gada 1. marta valsts kompensējamo medikamentu sarakstā „C” jā iekļauj hepatīta C vīrusa inovatīvie proteāzes inhibitori 10 ar hepatītu C hroniski slimu pacientu ārstēšanai, ar piebildi, ka 30% no bāzes cenas apmaksā farmācijas kompānijas – šo zāļu ražotājas, plus vēl papildus pilnībā apmaksā vēl 10 pacientu ārstēšanu.
- Latvijas Infektoloģijas centram jā izstrādā un jā reģistrē jaunas detalizētas hepatīta C diagnostikas un etiotropās ārstēšanas vadlīnijas (analoģiskas 2011. gadā reģistrētajām vadlīnijām par hepatītu B⁴⁹), ar norādi, ka ārstēšanai, sākot no 2013. gada 1. jūlija, jā notiek ar jauno inovatīvo medikamentu pielietošanu.
- Latvijas Infektoloģijas centram jā nodrošina cietumi ar eksprestestiem uz HIV antivielām un hepatītu C ne mazāk kā 1500 vienību katra veida testu par līdzekļiem, kas atvēlēti kaitējuma mazināšanai.
- Nevalstiskām organizācijām, sadarbojoties ar valsts struktūrām, jā izveido kompleksa sociālā atbalsta programma pacientiem ar HIV un/vai hepatītu C, un tā jā ievieš no 2013. gada 1. janvāra.
- Veselības ministrijai no 2012. gada 1. janvāra Farmācijas konsultatīvajā padomē jā iekļauj nevalstisko organizāciju pārstāvji, kas nepastarpināti aizstāvēs ar HIV un hepatītu C inficēto intereses.
- Nevalstiskajām organizācijām 2012. gada projekta pieteikumā Globālajam fondam cīņai ar HIV, tuberkulozi un malāriju paredzēt rīcības kompleksu darbam ar HIV /VHC dubultinficētajiem.

⁴⁹ Virushepatīta B diagnostikas un etiotropās ārstēšanas vadlīnijas <http://vec.gov.lv/uploads/files/4dd4c8ea3b03c.pdf>

- Veselības ministrijai, Tieslietu ministrijai un Finanšu ministrijai panākt vienošanos par penitenciārās medicīnas iekļaušanu kopējā veselības aizsardzības sistēmā un šo integrāciju realizēt no 2013. gada 1. janvāra.
- Nevalstiskajām HIV/AIDS organizācijām aktīvi jāmeklē resursi, lai turpinātu HIV / TB / VHC primārās un sekundārās profilakses darbu ieslodzījuma vietās un lai izdotu atbilstošu literatūru pacientiem.
- Nevalstiskajām organizācijām veikt advokācijas pasākumus, veicinot augstāk minēto rekomendāciju izpildi.
- Biedrībai „Apvienība HIV.LV” 2013. gadā jā sagatavo atskaite par situācijas ar hepatītu C progresu Latvijā.

Biedrība „Apvienība HIV.LV” akceptē viņu sagatavoto materiālu brīvu izmantošanu ar obligātu norādi uz informācijas avotu organizācijas mājaslapā www.apvienibahiv.lv

Отчёт о ситуации с гепатитом С (ВГС) и его лечением в Латвии

ВВЕДЕНИЕ

Общество «Объединение HIV.LV», созданное в 2006 году¹, до сих пор рассматривало вопросы, связанные с гепатитом С, только в контексте коинфекции с ВИЧ и фактически не занималось отдельно изучением распространённости, доступности лечения ВГС и адвокацией в этой области, так как деятельность по гепатиту С не предусмотрена уставом организации². В Латвии с 2003 года работает только одна неправительственная организация «Общество гепатита»³, объединяющая пациентов с ВГС и оказывающая пациентам психологическую и юридическую поддержку, а также осуществляющая защиту интересов больных ВГС, адвокацию доступа к лечению, информирование населения о гепатите С. Однако, уставной целью «Общества гепатита» является работа с общим населением страны, а работой с группами, наиболее подверженными риску инфицирования ВИЧ и ВГС, в том числе и рутинным тестированием на антитела к ВГС, занимаются, в пределах финансовых возможностей, программы снижения вреда и неправительственные ВИЧ/СПИД организации. Это и побудило общество «Объединение HIV.LV» в 2010–2011 годах подробно изучить ситуацию с гепатитом С в Латвии, с особым акцентом на группы инфицированных ВИЧ, осужденных, потребителей инъекционных наркотиков и женщин, предоставляющих услуги коммерческого секса.

Данный отчёт является результатом проекта «Гепатит С: промедление опасно» общества «Объединение HIV.LV», реализованного в 2011 году при финансовой поддержке Foundation «Open Society Institute». Проект нельзя рассматривать, как профессиональное исследование, его цели – сбор фактических данных, идентификация проблем и поиск предложений для их решения, а так же возможных направлений адвокации. Проект так же не предусматривал анализа патентного права и прав на интеллектуальную собственность, и взятых Латвией на себя международных обязательств в этой области.

¹ Biedrības “Apvienība HIV.LV” reģistrācijas apliecība <http://www.apvienibahiv.lv/organizācijas-apraksts/apliecība>

² Biedrības “Apvienība HIV.LV” statūti <http://www.apvienibahiv.lv/organizācijas-apraksts/statuti>

³ Hepatīta biedrība <http://www.hepatits.lv/lv/pacientiem/hepatita-biedriba>

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ОТЧЁТА

- ✓ Существующая система финансовых лимитов на лабораторные обследования для семейных врачей не мотивирует их предлагать своим пациентам рутинное обследование на гепатит С, в результате чего инфицированные пациенты не подозревают об этом.
- ✓ У пациентов, решивших начать лечение гепатита С, нет ясной финансовой перспективы сколько им придётся доплачивать за медикаменты в ходе лечения.
- ✓ В Латвии нет регистра пациентов с гепатитом С, что не даёт возможности объективно оценить приверженность к лечению и его эффективность.
- ✓ Основные проблемы в лечении гепатита С в порядке убывания значимости: недостаток государственного финансирования, неудовлетворительный менеджмент побочных эффектов лечения, неприверженность пациентов к лечению.
- ✓ В течение 7 лет межведомственных консультаций так и не принята Концепция медицинского обслуживания заключённых, тюремная медицина не интегрирована в публичное здравоохранение, что фактически лишает заключённых и осуждённых права на приемлемый достижимый уровень физического здоровья.
- ✓ Работа в области первичной и вторичной профилактики гепатита С с общим населением, проводимая государственными и негосударственными институциями, не имеет системного характера и совершенно недостаточна.
- ✓ В тюрьмах не доступны программы снижения вреда от внутривенного потребления наркотиков и не проводится рутинное тестирование на гепатит С за государственный счёт, что приводит к внутритюремному распространению инфекции по незнанию.
- ✓ Интравенное потребление наркотиков женщинами очень сильно переплетено с оказанием ими коммерческих сексуальных услуг, и инфицированность гепатитом С близка к 50%.
- ✓ Тестировавшиеся достаточно критично относятся к себе и осознают потребление наркотиков, как проблему свою и общества в целом.
- ✓ Хорошие знания о рисках, характерные для тестировавшихся, без их практического применения не спасают от инфицирования гепатитом С.
- ✓ Вопреки ожиданиям, прирост случаев коинфекции ВИЧ/ВГС не столь актуален для Латвии, как отдельный прирост случаев инфицирования ВИЧ и гепатита С.
- ✓ В составе Консультативного Совета по фармации при Министерстве здоровья нет представителя неправительственной организации, непосредственно защищающей интересы инфицированных ВИЧ и гепатитом С.

Некоторые рекомендации (полный список рекомендаций смотрите в конце отчёта)

- ✓ Министерству здоровья сохранить с 1 января 2012 года уровень государственной компенсации лекарств для амбулаторного лечения гепатита С на уровне 75%, одновременно рассмотрев вопрос о повышении уровня компенсации до 90% с 1 июля 2012 года.
- ✓ Центру Экономики здоровья включить инновативные ингибиторы протеаз вируса гепатита С в компенсируемый государством список «С» с 1 марта 2012 года для лечения 10 пациентов с хроническим гепатитом С, с условием, что 30% базовой стоимости медикаментов оплачивают фармкомпании – производители этих лекарств плюс дополнительно полностью оплачивают лечение ещё 10 пациентов.
- ✓ Центру Экономики здоровья разработать и утвердить медицинскую технологию повышения приверженности к лечению всех групп пациентов и ввести её в действие с 1 июля 2012 года.
- ✓ Министерству здоровья, Министерству юстиции, Министерству финансов достичь соглашения об интеграции пенитенциарной медицины в систему общего здравоохранения и реализовать интеграцию с 1 января 2013 года.

1. Инструментарий, использованный для составления отчёта

- Анализ доступных статистических данных и публикаций, результатов прошлых проектов организации.
- Добровольное консультирование и тестирование осужденных (заключённые на период следствия не тестировались) на антитела к гепатиту С и ВИЧ в местах лишения свободы, с последующим опросом тех, у кого обнаружены антитела к ВГС, с использованием специально разработанного для данного проекта опросного листа.
- Добровольное консультирование и тестирование женщин, предоставляющих услуги коммерческого секса, на антитела к гепатиту С, с последующим опросом тех, у кого обнаружены антитела к ВГС, с использованием специально разработанного для данного проекта опросного листа.
- Интервьюирование экспертов (врачей, чиновников, работников фармации и НПО) с использованием специально разработанного для данного проекта руководства.
- Анализ доступных статистических данных по добровольному консультированию и тестированию на антитела к гепатиту С в программах снижения вреда.
- Идентификация проблем и разработка рекомендаций.

2. Общая информация

2.1. Распространённость ВГС в Латвии

В 2010 году вновь выявлены 61 (2,71 на 100000 жителей) случай острого ВГС и 1051 (46,74) случай хронического ВГС. Средняя выявляемость ВГС в период с 2005 по 2009 годы составляла 103,2 случая острого ВГС и 1314 случаев хронического ВГС в год.⁴ В первое полугодие 2011 года вновь выявлены 29 случаев острого ВГС и 575 хронического.⁵

В 2008 году Латвийским Центром инфектологии проведено эпидемиологическое исследование с целью установить распространённость гепатита С в Латвии. Исследование показало, что 55200 человек соприкасались с вирусом гепатита С, из них инфицированы 39000 (1,7% населения), из них только 17000 знают о том, что инфицированы.⁶ Новейшие оценки распространённости ВГС с тех пор не проводились.

По данным Латвийского Центра инфектологии на 31 мая 2011 года из 3409 состоящих на учёте инфицированных ВИЧ 1980 пациентов (58,1%) коинфицированы ВГС.⁷

Управление Местами лишения свободы (МЛС) приводит в годовом отчёте следующую статистику по инфекционным заболеваниям, основанную на симптоматических обследованиях или имеющемся задокументированном в системе МЛС анамнезе, в 2010 году: случаев ВИЧ инфекции 657, СПИДа 120, острого ВГС 5, хронического ВГС 405.

Интравенозных потребителей наркотиков в МЛС содержалось 1265 человек, случаев потребления наркотиков зарегистрировано 1789.⁸

Статистических данных по другим группам населения в нашем распоряжении нет.

С 2007 по 2010 годы проводилось Когортное исследование тенденций потребления наркотиков в Латвии⁹, в ходе которого от 53 до 66 процентов потребителей интравенозных наркотиков сами указывали, что они инфицированы ВГС.

⁴ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/2011/Epid.biletteni/Inf_sl_01-12_2010.pdf

⁵ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/2011/Epid.biletteni/Infekcijas_slimibas_06_11.pdf

⁶ <http://lic.gov.lv/index.php?p=780&pp=8952&lang=258>, <http://zinas.nra.lv/maja/veseligs-dzivesveids/53027-latvija-c-hepatita-briesmas.htm>, <http://www.novonews.lv/index.php?mode=news&id=119051>

⁷ Latvijas Infektoloģijas centrs http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/2011-dazadi/hiv_atask_052011.pdf

⁸ Ieslodzījuma Vietu pārvalde http://www.ievp.gov.lv/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=75&lang=lv

⁹ Kohortas pētījums par narkotiku lietošanas tendencēm un paradumiem Latvijā <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e0f33326c3b0.pdf>

2.2. Тестирование и профилактика

Из нормативных актов в области профилактики действует «Практическое руководство по профилактике В гепатита, С гепатита и ВИЧ инфекции в лечебных учреждениях», 2008 г.¹⁰

Общее поручение проводить специфическую профилактику инфекционных заболеваний и обучение специалистов содержится в функциях Государственного Агентства «Латвийский Центр инфектологии».¹¹

При подтверждении диагноза ВИЧ инфекции, обследование на ВГС входит в обязательный перечень. Донорская кровь проверяется на ВГС в обязательном порядке.

С 1 января 2011 года введена система финансовых лимитов на лабораторные обследования («деньги следуют за пациентом»)¹² для семейных врачей, базирующаяся на количестве зарегистрированных в практике пациентов, в результате чего врачи вынуждены следить за экономным расходованием предоставленных ресурсов и не проводят рутинное обследование пациентов на ВИЧ и гепатиты.

Пациентский взнос за приём у семейного врача 1 лат (2 USD), за отбор венозной крови 1 лат, за приём у врача–специалиста 3 лата (6 USD).¹³

В зависимости от наличия ресурсов, рутинное тестирование (тест предлагается всем) на антитела к ВГС проводится в программах снижения вреда и неправительственных организациях. Они же проводят основную работу по первичной профилактике ВГС.

2.3. Диагностика и лечение

В Латвии действуют национальные «Рекомендации по рациональной фармакотерапии вирусного гепатита С в рамках компенсационной системы», 2005 г.¹⁴, в которых предусмотрен полный алгоритм диагностики, назначения и мониторинга лечения. Лабораторные исследования должны проводиться в одной лаборатории одними и теми же методами.

В ходе диагностики устанавливается активность АЛАТ, наличие антител и РНК ВГС, вирусная нагрузка, генотип вируса, исследуется образец биоптата – оцениваются показатели воспаления печени и устанавливается степень фиброза. Лечение, включая выбор и дозировку медикаментов, назначает только консилиум врачей гепатологов–инфекционистов. Консилиум так же должен оценить прогнозируемую приверженность пациента лечению, особенно в случае наркомании и хронического алкоголизма.

¹⁰ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/PublLidz-2009/01vadlinijas_vhb_vhc_hiv_profilakse_arstn_iest.pdf

¹¹ Valsts aģentūras "Latvijas Infektoloģijas centrs" funkcijas un uzdevumi <http://www.lic.gov.lv/index.php?p=773&pp=233&lang=258>

¹² Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/veseliba/Pacientuiemaksas/>

¹³ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/veseliba/Pacientuiemaksas/>

¹⁴ Veselības Ekonomikas centrs <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d08c09c5b481.pdf>

Потребителям наркотиков лечение назначается только в случае прекращения употребления и несомненного желания пациента лечиться, и решение начать лечение обязательно согласовывается с лечащим психиатром или наркологом.

Дополнительными условиями назначения лечения являются: ограничение на употребление алкоголя, снижение массы тела, если индекс массы превышает 25 кг/кв.м, вакцинация против гепатитов А и В, применение надёжных противозачаточных средств.

Лечение 1 и 4 генотипов назначается на 48 недель, других генотипов – на 24 недели. В случае генотипов 1 и 4, спустя 12 недель после начала лечения определяется РНК ВГС количественно: если достигнуто снижение как минимум в 100 раз, лечение продолжается, если нет – прекращается. В случае других генотипов определяется РНК ВГС качественно после 24 недель лечения.

Диагностику ВГС и обследования перед назначением и в ходе лечения свободным пациентам оплачивает государство по направлению семейного врача или инфекциониста. Пациенты без направления, а так же лица, имеющие временный вид на жительство, оплачивают полную сумму. Неотерые цены лабораторной диагностики в августе 2011 г. (государственная¹⁵ / частная¹⁶ лаборатория) в латвийских латах и долларах США: тест на антитела ИФА 4,15 / 4,40 (8,50 / 9); Western Blot 27,93 / 35,00 (51 / 71,7); качественный тест ПЦР 36,82 / 40,15 (75,45 / 82,27); вирусная нагрузка ПЦР 77,07 / 91,65 (157,93 / 187,8); генотипирование с подтипами 115,35 / 128,65 (236,37 / 263,63); генотипирование без подтипов 68,92 / – (141,22 / –). Цены лабораторий, финансируемых из бюджета Минздрава последовательно снижаются с 2009 года. Ранее ситуация была противоположной – цены в частных лабораториях были дешевле.

Минимальная стоимость комплекса обследований перед назначением лечения (включая общие анализы, биохимию, пункцию, сонографию и т.д.) составляет 278 LVL (570 USD).

Лечение хронического гепатита С компенсируется государством с января 2006 года. Уровень компенсации до 28 февраля 2009 года составлял 75%, затем был снижен до 50%, из-за снижения финансирования здравоохранению в условиях экономического кризиса. Затраты государства на компенсацию лекарств составили (в латвийских латах / долларах США¹⁷): 1,15 / 2,35 млн. в 2006 г., 2,69 / 5,51 млн. в 2007 г., 2,66 / 5,45 млн. в 2008 г. и 1,33 / 2,72 млн. в 2009.¹⁸

В 2010 году при уровне компенсации стоимости лекарств государством 50%, лечение пегилированным интерфероном получали 862 и линейным интерфероном 3 пациента с хроническим ВГС, 47 пациентов проходили лечение

¹⁵ Ministru kabineta noteikumi Nr. 528 "Noteikumi par valsts aģentūras "Latvijas infektoloģijas centrs" publisko pakalpojumu cenrādi" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=113052&from=off>

¹⁶ Gulbja laboratorija <http://194.19.248.24:1973/csp/ec/ec.pricelist.cls>

¹⁷ 1 USD = 0,4880 LVL 19.08.2011 <http://www.bank.lv/>

¹⁸ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/ligumpartneriem/budzetaresursi/index.php?doc=391>

острого ВГС линейным интерфероном, затраты государства составили 2 млн. латов¹⁹ (4,1 млн. долларов).

Надо отметить, что после снижения уровня государственной компенсации, представительства фармкомпаний–производителей пегилированных интерферонов оплачивали четверть стоимости лекарства аптеке вместо пациента, пока практика предоставления скидок аптечными сетями и доплат третьей стороной на приобретение компенсируемых государством лекарств не была запрещена Правилами Кабинета министров № 899, как искажающая конкуренцию в секторе фармации и создающая неравенство между пациентами.

Кроме того, пациенты (в том числе и ВГС), которые в установленном порядке признаны социальными службами по месту жительства неимущими и малоимущими, с 1 октября 2009 до 31 декабря 2011 года не доплачивают за компенсируемые государством лекарства – их доля компенсируется из средств Стратегии социальной защиты за средства кредита от Мирового Банка, предоставленного в рамках программы экономической помощи Латвии в условиях экономического кризиса.²⁰

Со вступлением в силу новой редакции Правил № 899, в январе 2011 года создалась абсурдная ситуация, когда малоимущие пациенты получали лекарства для лечения ВГС бесплатно, а пациенты, имеющие хотя бы незначительно превышающий уровень доходов, стали вынуждены платить за лекарства сумму, равную почти двум месячным прожиточным минимумам, который составлял 171,41 LVL (351,25 USD)²¹, а средняя зарплата, после уплаты налогов в 2010 году составляла 316 LVL (647 USD).²² Поэтому временно, с 1 марта до 31 декабря 2011 года, был восстановлен 75%-ный уровень компенсации стоимости лекарств. Динамика числа уникальных пациентов с ВГС, получавших лечение в 2011 году: январь – 737 пациентов с хроническим ВГС, пегилированный интерферон + 8 с острым ВГС, линейный интерферон; февраль 353 + 12 пациентов; март 427 + 10; апрель 385 + 12; май 408 + 6; июнь 407 + 11 + 1 пациент с хроническим ВГС, линейный интерферон.²³

Цена препаратов (включая НДС) для лечения ВГС в рамках компенсационной системы с 1 июля 2011 года составляет (в латвийских латах / долларах США): Roferon-A 14,48 LVL / 29,67 USD за 1 инъекцию; Realdiron 75,04 LVL / 153,77 USD за 5 инъекций; Ribavirin (200 mg) 13,33 LVL / 27,32 USD за 20 капсул; Pegasys (0,135 mg) 127,72 LVL / 261,72 USD за 1 инъекцию, Pegasys

¹⁹ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/files/>

VNC_kompensejamo_zalu_apmaksas_razotaji_2010.xls

²⁰ Ministru kabineta noteikumi Nr.899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=147522&from=off>

²¹ Iztikas minimuma patēriņa grozs vienam iedzīvotājam <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaju-ienemumi-galvenie-raditaji-30268.html>

²² Iedzīvotāju naudas ienēmumi <http://www.csb.gov.lv/iedzivotaju-naudas-ienemumi-videji-menesilatos>

²³ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/files/>

VNC_komp_med_parskati_pieteiceji_01_06_2011.xls

(0,18 mg) + Copegus (200 mg) 589,02 LVL / 1207 USD на 4 недели; Pegintron + Rebetol (200 mg) на 4 недели в дозировке пегинтерферона: 0,05 mg – 278,48 LVL / 570,65 USD; 0,08 mg – 445,55 LVL / 913 USD; 0,1 mg – 556,92 LVL / 1141,23 USD; 0,12 mg – 668,29 LVL / 1369,45 USD; 0,15 mg – 835,35 LVL / 1711,78 USD.²⁴ Таким образом, стоимость лечения пегилированным интерфероном Pegasys составляет 3534 LVL / 7242 USD за 24 недели лечения и 7068 LVL / 14484 USD за 48 недель. Средняя стоимость лечения пегилированным интерфероном Pegintron составляет 3341 LVL / 6847 USD за 24 недели лечения и 6683 LVL / 13695 USD за 48 недель.

Цены на препараты являются третьими низкими в Евросоюзе и не превышают цены на них в Литве и Эстонии. Расчётная финансовая потребность для покрытия стоимости препаратов для амбулаторного лечения ВГС в рамках компенсационной системы в 2011 году оценена в 1,8 млн. латов (3,7 млн. USD), фактически истрачено за 6 месяцев 1,53 млн. латов (3,13 млн. USD).²⁵

Цены лекарств в рамках компенсационной системы пересматриваются два раза в год. Обзор работы компенсационной системы и ценообразования на лекарства в условиях экономического кризиса дан в работе "Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis: Latvia".²⁶ (О латвийской компенсационной системе на русском языке²⁷)

2.4. Пенитенциарная система

В пенитенциарной системе Латвии с июля 2009 года при поступлении в тюрьму человек проверяется только на наличие ВИЧ инфекции, так этот тест оплачивается из средств публичного здравоохранения. Другие диагностические обследования проводятся при наличии выраженных симптомов заболевания, либо при условии полной оплаты их пациентом.

В 2010 году финансирование на лекарства, медицинские товары и диагностические обследования снижено по отношению к 2008 докризисному году на 69,2% и составило 5,3 лата в год на амбулаторное обслуживание одного заключённого. С 2009 года происходит сокращение персонала МЛС и, если в целом в 2011 году персонал сокращён на 19%, то медицинский персонал сокращён на 59,4%.²⁸

²⁴ Veselības Ekonomikas centrs <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e2fb409769ca.pdf>

²⁵ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/ligumpartneriem/budzetaresursi/index.php?doc=2125>

²⁶ Eurohealth, Volume 17, Number 1, 2011 <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL17No1/Vol17No1.pdf>

²⁷ Veselības Ekonomikas centrs: Система компенсации приобретения лекарств <http://vec.gov.lv/RU/spisok-kompensiruemyh-lekarstv>

²⁸ HIV/TB/STS izplatības ierobežošanas koordinācijas Komisija http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokoli/cietumu_medicina.ppt

В 2011 году проходит серия межведомственных консультаций об интеграции тюремной медицины в публичное здравоохранение. За счёт средств публичного здравоохранения в системе МЛС финансируются только лечение ВИЧ-инфекции и туберкулёза (пункт 17.2 Правил Кабинета министров № 1046)²⁹, поэтому никакие другие компенсируемые государством медикаменты, в том числе и для лечения гепатита С, недоступны заключённым и осуждённым, – это самый больной вопрос для всех групп пациентов в МЛС (кроме ВИЧ и ТБ). Диагностика при выраженной симптоматике заболеваний оплачивается из средств пенитенциарной системы по специальным разрешениям.

С 2004 по 2006 год Министерство юстиции и Министерство здоровья разрабатывали Концепцию медицинского обслуживания заключённых, в 2006 году проект Концепции был представлен на заседании Кабинета министров и Министр здоровья предложил продолжить работу над вариантами концепции. В 2010 году было решено работу над Концепцией прекратить. В 2011 году межведомственные консультации возобновлены, ибо разработка этой Концепции предусмотрена пунктом № 22 плана утверждённых правительством Основ по ограничению распространения и контролю над психоактивными веществами и зависимостям с 2011 по 2017 годы.³⁰

3. Описание инструментов сбора количественных данных и полученные в ходе реализации проекта количественные данные

3.1. Тестирование осуждённых

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) осуждённых (заключённые на период следствия не тестировались) на антитела к гепатиту С и ВИЧ в местах лишения свободы в рамках проекта «Гепатит С: промедление опасно» проходило с января по март 2011 года³¹. Протестировано всего 208 осуждённых (планировалось 200), у 109 выявлены антитела к ВГС, из них у 92 осуждённых антитела к ВГС выявлены впервые в жизни. Эти же осуждённые тестировались одновременно на антитела к ВИЧ, выявлены антитела у 6 человек, из них у 4 – впервые в жизни. Коинфицированных ВИЧ/ВГС выявлено 5. В тестировании использовались экспресс-тесты Hexagon для капиллярной крови.

В ходе послетестовой консультации каждому объяснялись значение анализов на антитела, вручалась специально изданная двуязычная (русский и

²⁹ MK noteikumi Nr. 1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766>

³⁰ Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017.gadam <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file57284.doc>, HIV/TB/STS izplatības ierobežošanas koordinācijas Komisija http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokolii/cietumu_medicina.ppt

³¹ Testēšanas rezultātu ieslodzījuma vietās kopsavilkums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/Testšanas_rezultati_cietumi.doc

латышский) брошюра «Гепатит С: брошюра тестирующимся на антитела к гепатиту С»³² Пациенты с впервые выявленными антителами к ВИЧ направлялись в медицинскую часть тюрьмы для забора крови на подтверждающую диагностику (финансируется из средств общего здравоохранения), а пациентам с антителами к ВГС говорилось о необходимости подтверждающей диагностики и пациенты опрашивались по специально разработанной для проекта анкете³³.

Тестирование проводили сертифицированная медсестра и равный консультант, заполняя в двух экземплярах бланк протокола тестирования³⁴, один из которых предназначен для внутреннего делопроизводства и статистики, а второй выдавался на руки тестируемому. Идентификатор клиента выбирался им самим – фамилия, имя или шифр, – только 3 выбрали шифр. Заполненные протоколы тестирования хранятся в недоступном посторонним лицам месте. Отбор осужденных для тестирования был в компетенции МЛС, в соответствии с договором о сотрудничестве с Управлением Местами лишения свободы.³⁵

ДКТ в данном проекте явилось продолжением осуществлённой в 2010 году деятельности в проекте «Сотрудничество и здоровье», в ходе которого с марта по сентябрь были протестированы на антитела к ВГС и ВИЧ 214 осужденных.³⁶ Тогда у 126 были выявлены антитела к ВГС, из них у 90 осужденных антитела к ВГС выявлены впервые в жизни. Те же осужденные тестировались одновременно на антитела к ВИЧ, выявлены антитела у 13 человек, из них у 3 – впервые в жизни. Коинфицированных ВИЧ/ВГС было выявлено 10.

Таким образом, в течение календарного года были протестированы на антитела к ВГС и ВИЧ 422 осужденных, что даёт основание получить достаточно репрезентативные результаты, ибо протестировано 7,9% от средневзвешенного годового числа осужденных (5330 человек) в 6 тюрьмах. 16 осужденных, направленных на тестирование администрациями тюрем, приказ явиться на тестирование исполнили, но от тестирования отказались. Всего у 235 (55,7% протестированных) были выявлены антитела к ВГС, из них у 182 (77,4%) осужденных антитела к ВГС выявлены впервые в жизни. Антитела к ВИЧ выявлены у 19 (4,5% протестированных) человек, из них у 7 (36,8%) – впервые в жизни. Коинфицированных ВИЧ/ВГС было выявлено 15 (3,6% протестированных).³⁷

Высокая выявляемость у осужденных антител к ВГС впервые в жизни в МЛС, в сочетании с факторами большой концентрации интравенозных потребителей наркотиков, большого числа зарегистрированных случаев употребления

³² "C HEPATĪTS: Brošūra cilvēkiem, kuri testējas uz C hepatīta antivielām" / "Гепатит С: брошюра тестирующимся на антитела к гепатиту С" http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_broshura_final.pdf

³⁴ Testēšanas pārskata veidlapa http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2010/atskaite_BKT_blanka.pdf

³⁵ Vienošanās par sadarbību ar Ieslodzījuma Vietu pārvaldi http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/vienoshanas_ar_leVP.doc

³⁶ Testēšanas pārskati pa cietumiem http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2010/Testu_izlietojums_final.doc

³⁷ Testēšanas rezultātu ieslodzījuma vietās kopsavilkums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/Testesanas_rezultati_cietumi.doc

наркотиков и отсутствия программ снижения вреда в системе МЛС, может свидетельствовать о широком распространении новых инфицированных ВГС во время отбытия наказания.

Низкая выявляемость у осужденных антител к ВИЧ впервые в жизни в ходе проведенных обследований, скорее всего, обусловлена тем, что повторный тест на ВИЧ в МЛС не проводится без ясной симптоматики, указывающей на возможность инфицирования, и осужденные могут быть первично протестированы при поступлении в МЛС в периоде «окна».

Однако, риск новых инфицированных ВИЧ во время отбытия наказания, как и в случае с ВГС, очень велик, в связи с тем, что заключённые и осужденные всё чаще используют своё право отказываться от теста под личную подпись: в 2009 году от теста отказались 415 человек, в 2010 году – 763 человека.³⁸

Ход описанных выше проектов общества «Объединение HIV.LV» в МЛС рассматривался на заседаниях Координационной Комиссии по ограничению распространения ВИЧ, ТБ и СТЗ дважды – 23.11.2010 и 16.03.2011. Протоколы заседаний Комиссии и презентации общества опубликованы.³⁹ (Вопросы ВГС этой Комиссией рассматриваются только в контексте ВИЧ, специальных координационных институций по ВГС нет.)

3.2. Тестирование женщин

С декабря 2010 по март 2011 в рамках проекта проведено добровольное тестирование женщин, регулярно или эпизодически предоставляющих услуги коммерческого секса в Риге и окрестностях («уличная проституция»), на антитела к гепатиту С. Всего протестировано 120 женщин (планировалось 100), у 60 из них (50%) выявлены антитела к ВГС. Содержание послетестовой консультации было аналогичным консультации осужденных, вручалась брошюра для тестирующихся, а женщины, у которых выявлены антитела к ВГС, опрашивались по специально разработанной для проекта анкете.⁴⁰ Тестирование и опрос проводили медсёстры, бланк протокола тестирования заполнялся в одном экземпляре для внутреннего делопроизводства и статистики, тестируемые идентифицировались только кодом. На ВИЧ женщины не тестировались.

³⁸ HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas sanāksmes protokols Nr. 14, Rīgā, 16.03.2011 http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokolu/HIVKKprot_nr14_160311.doc

³⁹ HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas un ar to saistītu sēžu protokoli <http://www.apvienibahiv.lv/starpnozaru-komisijas>

⁴⁰ Aptaujas lapa sievietēm (komercsekса pakalpojumu sniedzējām), kam konstatētas antivielas uz HCV http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_anketa_sievietes.doc

С июня по сентябрь 2011 года в Риге проводится эпидемиологическое исследование «Highly active prevention: scale up HIV / AIDS / STI prevention» среди женщин, предоставляющих услуги коммерческого секса, в рамках которого тестируются на ВИЧ, ВГС и другие инфекции, а так же опрашиваются 250 женщин.⁴¹

3.3. Тестирование потребителей наркотиков

Кроме того, от Рижских программ снижения вреда получены дополнительные данные о тестировании на антитела к ВИЧ и ВГС в тот же период, с декабря 2010 по март 2011, интравенозных потребителей наркотиков. Протестированы 174 человека (107 женщин и 67 мужчин), антитела к ВИЧ выявлены у 15 человек (8,6%; в том числе у 12 женщин (11,2%) и у 3 мужчин (4,5%)); антитела к ВГС выявлены у 104 человек (59,8%; в том числе у 52 женщин (48,6%) и 52 мужчин (77,6%)). У 9 протестированных (5,2%) выявлена коинфекция ВИЧ/ВГС.

3.4. Выводы

Как следует из результатов тестирования, интравенозное потребление наркотиков женщинами очень сильно переплетено с оказанием ими коммерческих сексуальных услуг, и инфицированность гепатитом С близка к 50%.

По всей видимости, прирост случаев коинфекции ВИЧ/ВГС не столь актуален для Латвии, как отдельный прирост случаев инфицирования ВИЧ и гепатита С. По имеющимся данным Латвийского Центра инфектологии на 30.06.2009 случаев коинфекции было 1864 (62,1% от числа состоящих на учёте и проходящих обследования инфицированных ВИЧ), на 31.12.2009 – 1888 (61,3%), на 31.12.2010 – 1947 (58,8%), на 31.05.2011 – 1980 (58,1%). Прирост в 116 случаев коинфекции за 2 года является незначительным на фоне более 2 тысяч выявленных новых случаев инфицирования гепатитом С. Это же показывают данные, полученные в ходе проекта. По-видимому, пик выявляемости коинфекции ВИЧ/ВГС уже позади.

⁴¹ BORDERNETwork: Highly active prevention: scale up HIV/AIDS/STI prevention, diagnostic and therapy across sectors and borders in CEE and SEE. http://papardeszieds.lv/en/index.php?option=com_content&view=article&id=135:boardernetwork-highly-active-prevention-scale-up-hivaidssti-prevention-diagnostic-and-therapy-across-sectors-and-borders-in-cee-and-see&catid=11:projects&Itemid=40

4. Обзор результатов опроса осужденных и женщин, предоставляющих услуги коммерческого секса, у которых выявлены антитела к гепатиту С

Опросные листы условно можно разделить на главные блоки: общие данные о респонденте; уровень знаний о гепатите С, лечении и поддержке нормального функционирования печени; возможность прохождения подтверждающей диагностики и допустимых затрат на лечение; необходимые мероприятия профилактики ВГС. В обзоре использованы также данные индивидуальных протоколов тестирования.

Опрошены 109 осужденных⁴² и 60 женщин, предоставляющих услуги коммерческого секса (далее в тексте – КСР)⁴³. (Результаты опросов в каждой группе опубликованы.)

Возраст респондентов среди осужденных: моложе 25 лет 23,8%, от 25 до 35 лет 50,5%, от 35 до 50 лет 24,8%; среди КСР: моложе 25 лет 26,7%, от 25 до 35 лет 61,7%, от 35 до 50 лет 10%. Таким образом, основная масса возможно инфицированных ВГС – молодые люди в возрасте до 35 лет (79,3% от общего числа респондентов).

Впервые в жизни тест на ВГС сделали среди осужденных 63,3%, среди КСР 88,3%. Это свидетельствует о недостаточной доступности тестирования: одно дело, когда услуга сама приходит к клиенту и бесплатна, другое дело, когда услугу надо искать и оплачивать.

Тестирование в программах снижения вреда ранее использовали среди осужденных 1,8%, среди КСР – никто. Причина кроется не только в недостатке программ снижения вреда с возможностью тестирования, но и в том, что экспресс-тесты на антитела к ВГС закупаются для них эпизодически. Ранее тест проходили 36,7% осужденных и 11,7% КСР, то есть 27,8% всех респондентов, причём 53,2% респондентов тестировались последний раз более 5 лет назад. Причиной прошлого тестирования послужили: интравенозное употребление наркотиков у 27,5% осужденных и 71,4% КСР, то есть у 34% всех респондентов, а по медицинским показаниям тестировались только осужденные – 40%.

Мнение самих респондентов, каким образом они могли инфицироваться ВГС: интравенозное потребление наркотиков 73,4%, татуировки 6,5%, не называют или не знают причину 14,8%, а 5,5% осужденных назвали незащищённый секс. Эти данные свидетельствуют, что респонденты достаточно критично относятся к себе, осознают наркоманию, как проблему, и в то же время – соблюдают меры предосторожности при нанесении татуировок. 5,5% респондентов полагают, что инфицировались ВГС в тюрьме.

⁴² Ieslodzīto, kuriem atrastas antivielas pret C hepatītu aptaujas apkopojums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/ieslodzito_aptauja_final.pdf

⁴³ Sieviešu, kuras sniedz seksa pakalpojumu par maksu uz ielām un kam atrastas antivielas pret C hepatītu aptaujas apkopojums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/

67% осужденных намерены пройти подтверждающую диагностику, выйдя на свободу, 7,3% потребуют её сделать у администрации тюрьмы, ещё 7,3% оплатят тюрьме сами, а 14,7% вообще не будут её делать. 81,7% КСР обратятся за подтверждающей диагностикой к семейному врачу, а 11,7% оплатят её сами в частных практиках, 5% будут верить, что они не больны ВГС.

Интересны ответы о намерениях оплатить лечение, если будет необходимо. Осужденные согласны платить за лечение (латов в месяц): 17,4% более 100; 9,2% от 50 до 100; 12,8% от 10 до 50. КСР согласны платить: 10% от 50 до 100, а 31,7% от 10 до 50 латов в месяц. 43,2% всех респондентов не согласны платить за лечение нисколько. То есть большинство респондентов хорошо осознают, что медицина не бесплатна в стране и готовы платить за лечение разумную для своих возможностей сумму.

77% респондентов не жалуются на работу печени, 21% жалобы имели, 13,6% обращались к врачам (в т.ч. тюремным) и 8,6% не могли исполнить предписания врача из-за недостатка денег.

Оценены знания респондентов: о рисках инфицирования ВГС, как очень хорошие и хорошие 66,3%; как средние 20,1%. Знания о лечении ВГС: хорошие 31,3%, средние 40,2%. Знания о здоровье печени: хорошие 26,6%, средние 35,5%. Из этого следует, что достаточно хороший уровень знаний респондентов, без их практического применения не спасает от инфицирования.

Ответственность человека в первичной профилактике. Самой эффективной для того, чтобы не инфицироваться и не инфицировать других ВГС, осужденные считают личную ответственность – 30,3%, в то время как КСР даже не упомянули ничего похожего. 34,9% респондентов считают, что не надо употреблять наркотики, а 18,9% полагают достаточным всегда иметь свой личный шприц. Всего 3,5% хотят больше точечной информации о ВГС. 22% респондентов этот вопрос не интересует.

Ответственность государства в первичной профилактике. От государства респонденты хотели бы такие меры по первичной профилактике ВГС: 34,9% больше денег на различные мероприятия первичной профилактики, 6,5% высказались за расширение доступности диагностики, 5,9% за доступность стерильных шприцев в тюрьме, 16% желают больше специальных кампаний в масс-медиа, 16% полагают, что государство должно больше поддерживать программы снижения вреда. 36% респондентов этот вопрос не интересует.

Ответственность человека во вторичной профилактике. 31,3% респондентов назвали элементы злого образа жизни (не употреблять алкоголь, наркотики, соблюдать диету и др.), лечение ВГС назвали 17,2%, защищённый секс 3,6%. 23% респондентов этот вопрос не интересует.

Ответственность государства во вторичной профилактике. 49,7% высказались за обеспечение бесплатного лечения ВГС, а 5,9% за увеличение финансирования лечению и 13,6% – программам снижения вреда. 3% высказались за бесплатную диагностику ВГС один раз в год. 27% респондентов этот вопрос не интересует.

Таким образом, как минимум пятуо часть респондентов вопросы профилактики не интересуют и они не соотносят профилактику ВГС с личной жизнью.

5. Анализ интервью экспертов

Для интервьюеров было разработано специальное руководство о технической стороне интервью и вопросах, которые должны быть заданы экспертам⁴⁴. В связи с тем, что некоторые эксперты категорически возразили против публикации интервью, а некоторые – даже против упоминания организации, которую они представляли, данный раздел является обобщением высказанных мнений. Все эксперты получили текст своих расшифрованных интервью и выверили его. Интервью взяты у экспертов, предусмотренных проектным предложением⁴⁵, кроме представителя Всемирной Организации здравоохранения в Латвии, сославшегося на нехватку времени и «наличие достаточного количества материалов по этой теме на сайте ВОЗ». Вместо этого, было взято интервью у семейного врача, которое проектом не предусматривалось. Материалы по гепатиту С в Латвии, которые могли бы быть использованы в 2011 году применительно к данному отчёту, на сайте ВОЗ не найдены. Всего проведено интервью с 8 экспертами.

Диагностика. По мнению экспертов, Латвия с распространением ВГС 1,7% от общего населения соответствует среднему общемировому уровню от 1 до 2%. ВГС в основном диагностируется в процессе обязательных проверок (донорская кровь, хирургические вмешательства, беременным, инфицированным ВИЧ). Рутинное обследование на ВГС у семейных врачей не проводится, чему причиной являются введённые лимиты на лабораторные обследования. Часть экспертов утверждают, что семейные врачи не хотят или не умеют опознавать гепатит С, в то же время Латвийский Центр инфектологии (ЛЦИ) утверждает, что семейные врачи достаточно образованы и направляют в ЛЦИ пациентов с подозрением на ВГС, часты случаи обнаружения ВГС в ходе ежегодных профилактических проверок, которые оплачиваются общим здравоохранением, – основная часть пациентов с хроническим и острым ВГС приходят в ЛЦИ по направлению семейного врача.

Министерство здоровья ссылается на отсутствие средств для осуществления целенаправленного рутинного обследования на ВГС, и главная роль в диагностике ложится на личную ответственность пациента за своё здоровье и компетентность семейных врачей. Сплошной скрининг ВГС в стране вряд ли был бы эффективен и обошёлся бы очень дорого.

⁴⁴ Vadlinijas ekspertu intervētājiem http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/eksp_interv_vadlinijas.doc

⁴⁵ Foundation Open Society Institute finansētais projekts "C hepatīts: vilcināšanās ir bīstama" ("Hepatitis C: hesitation is dangerous"). Projekta apraksts (angļu valodā) http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/LatviaAssociation_HIV.LV_Proposal2.doc

Все эксперты едины во мнении, что собственно качество диагностики ВГС, включая подтверждение диагноза, и её алгоритм – самого высшего уровня. Диагностика производится бесплатно, от пациента требуется только начальный пациентский взнос за посещение врача.

Все эксперты также едины во мнении, что на диагностику не влияет принадлежность человека какой-либо социальной группе. Государство финансово обеспечивает экспресс-тестирование для потребителей наркотиков, КСР, их контактных лиц в рамках программ снижения вреда, однако, самих программ мало и ответственность за их создание и функционирование лежит на желании местных властей, а не государства.

Эпидемиологическая служба активно разыскивает пациентов, которым констатировано инфицирование ВГС в ходе проверок, однако ввести полноценное эпидемиологическое расследование и контроль (например, розыск контактных лиц) в демократической стране проблематично: никого нельзя силой заставить сдать анализы.

Лечение и профилактика. Лечение инфекционных заболеваний в Латвии бесплатно, однако, в случае с гепатитами В и С пациент должен платить определённый процент стоимости лекарств для амбулаторного лечения, который составляет значительную сумму. Неимущие и малоимущие пациенты с ВГС пока что не доплачивают ничего (в 2010 году таких было 300), проблема возникает у людей, имеющих более высокие доходы. Незначительному числу пациентов помогают в приобретении лекарств местные власти.

Конституция страны гарантирует каждому своему жителю минимум медицинской помощи⁴⁶. Даже Общее замечание № 14 (2000) ООН по гарантии права на наивысший достижимый уровень здоровья⁴⁷ не обязывает государства обеспечивать медицинскую помощь полностью бесплатно. Каков будет уровень компенсации цены медикаментов в 2012 году Министерство здоровья не знает, ибо это зависит от бюджета общего здравоохранения, который поступит на утверждение в Парламент не ранее декабря 2011. Разработанная концепция развития компенсационной системы, предусматривающая значительное увеличение средств (32 млн. латов) и включение в неё инновативных медикаментов, должна заработать в 2012 году, однако, Министерство здоровья уже сейчас считает это нереальным.

Качество лечения ВГС эксперты оценивают от «залатывание дыр интерферонами» до «высоко». Лечение в основном длится от 6 до 12 месяцев, однако, приверженность пациентов лечению невысока: большинство считают, что только 1/3 пациентов лечение завершают. Пациентская организация полагает, что завершают лечение не более 5–10% пациентов. По данным ЛЦИ вирусологическая отдача в ходе лечения близка к 100%, другие эксперты

⁴⁶ Latvijas Republikas Satversme, 111. pants <http://www.saeima.lv/lv/likumdosana/satversme>

⁴⁷ General Comment No. 14 (2000) "The right to the highest attainable standard of health" (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/CESCR_General_Comment_14_1.zip

оценивают её в 85%, однако, у 40% пациентов, завершивших лечение, с течением времени вирус гепатита С снова обнаруживается в крови.

Парадоксально, но в Латвии нет регистра пациентов с ВГС, нет систематизированных объективных данных для оценки экономической эффективности лечения, даже статистики по количеству пациентов, начавших / прекративших / успешно закончивших лечение. Есть только совершенно точные данные по количеству уникальных пациентов, купивших лекарства, количеству проданных медикаментов и сумме, затраченной государством на их компенсацию.

Часть экспертов расценивает менеджмент побочных эффектов, как неудовлетворительный. В случае опасных для здоровья, пациенты поступают в стационары, где им оказывается бесплатная помощь, с уплатой пациентского взноса 5 латов в сутки в ЛЦИ или 9,50 латов в сутки в многопрофильных больницах. В амбулаторных условиях компенсируются на 50% только антидепрессанты, однако, компенсируемые антидепрессанты назначает только психиатр, а многие пациенты не готовы обращаться за помощью к психиатрам. Бесплатную психологическую поддержку оказывают только психотерапевт в ЛЦИ и одна единственная неправительственная организация пациентов с гепатитом С.⁴⁸

Все эксперты признают, что цены на компенсируемые медикаменты очень высоки, однако, государство следит, чтобы они были третьими нижними в Евросоюзе и не выше, чем в Литве и Эстонии. Сейчас рассматривается новая схема ценообразования, чтобы цена в Латвии определялась как среднее арифметическое от трёх самых низких цен в Евросоюзе, что позволило бы снизить существующие базовые (без учёта НДС) цены от 5 до 10%.

Заявлений от фармкомпаний на включение в список компенсируемых лекарств инновативных ингибиторов протеаз ВГС пока не поступило, хотя предварительную работу фармкомпания проводят.

По мнению всех экспертов коек в стационарах для лечения пациентов с ВГС вполне достаточно. Финансирование для стационарного лечения так же достаточное.

Все эксперты абсолютно критически расценивают доступность диагностики и лечения ВГС в МЛС и расценивают сложившуюся ситуацию, как неприемлемую.

В 2010 году в Латвии успешно проведена первая трансплантация печени за собственные средства для научных исследований больницы. Государство не готово оплачивать трансплантацию печени взрослым пациентам (детям операции оплачиваются незамедлительно). ЛЦИ утверждает, что потребность незамедлительной трансплантации печени взрослым составляет по-минимуму 20 операций ежегодно. Общее число необходимых трансплантаций на май 2011 года составило около 100.

⁴⁸ Hepatīta biedrība www.hepatits.lv

Профилактика ВГС расценена экспертами, как недостаточная, «невидимая», «практически отсутствующая». Подчёркивается, что в профилактике практически не участвуют семейные врачи и аптеки.

Неправительственные организации. Большинство экспертов оценивает уровень адвокации интересов пациентов с ВГС, как «недостаточный», «слабый» и даже «адвокации вовсе нет». Эксперты согласны, что НПО, работающих с пациентами ВГС «мало» и они «недостаточно опознаваемы». Подчёркивается недостаток активных лидеров в адвокации. Министерство здоровья, в свою очередь, полагает, что активные НПО необходимы, ибо у них есть реальные, предусмотренные демократией для влияния на ситуацию, рычаги и что защита интересов пациентов с ВГС ощутима. Вместе с тем, Минстерство здоровья «не желало бы более активных организаций», ибо полагает, что у НПО мало конструктивизма, и в основном они шлют запросы на увеличение финансирования, но не конкретные конструктивные предложения. Все эксперты полагают, что НПО должны осуществлять профилактику, информирование населения, поддержку пациентов. При этом замечено, что часть экспертов плохо понимает различие в терминах «защита интересов» и «адвокация» и по поводу собственно адвокации им сказать нечего.

Ближайший совместный проект общества «Объединение HIV.LV» и Управления Местами лишения свободы для осуществления работы по обучению заключённых и осужденных связанным с ВИЧ/ВГС/ТБ вопросам и их тестированию на антитела к ВИЧ и ВГС запланирован на 2014 год в рамках создания тюрьмы, свободной от наркотиков за средства Еврофондов.

Хотя НПО пациентов с гепатитом охотно откликнулась на просьбу дать экспертное интервью, особого энтузиазма по поводу возможного сотрудничества с ВИЧ/СПИД НПО не было выказано.

6. Рекомендации

- Министерству здоровья сохранить с 1 января 2012 года уровень государственной компенсации лекарств для амбулаторного лечения гепатита С на уровне 75%, одновременно рассмотрев вопрос о повышении уровня компенсации до 90% с 1 июля 2012 года.
- Министерству здоровья подготовить изменения Правил Кабинета Министров № 899, с целью дать право Центру Экономике здоровья, в случае перерасхода бюджета компенсируемых лекарств в списке «В» за первое полугодие текущего года, временно снижать базовую стоимость лекарств списка «В» на 15% на период с 1 сентября по 31 декабря.
- Министерству здоровья подготовить изменения Правил Кабинета Министров № 899, предписывающие снижение на 15% цен на лекарства-оригиналы, запатентованные более 10 лет назад и не имеющие дженериков.

- Латвийскому Центру инфектологии и Центру Экономики здоровья создать регистр пациентов с гепатитом С и ввести его в действие с 1 января 2012 года.
- Центру Экономики здоровья разработать и утвердить медицинскую технологию повышения приверженности к лечению всех групп пациентов и ввести её в действие с 1 июля 2012 года.
- Центру Экономики здоровья включить инновативные ингибиторы протеаз вируса гепатита С в компенсируемый государством список «С» с 1 марта 2012 года для лечения 10 пациентов с хроническим гепатитом С, с условием, что 30% базовой стоимости медикаментов оплачивают фармкомпании – производители этих лекарств плюс дополнительно полностью оплачивают лечение ещё 10 пациентов.
- Латвийскому Центру инфектологии разработать и зарегистрировать новое подробное Клиническое Руководство по диагностике и этиотропному лечению гепатита С (аналогичное зарегистрированному в 2011 году Руководству по гепатиту В⁴⁹), с учётом лечения новыми инновативными медикаментами, до 1 июля 2013 года.
- Латвийскому Центру инфектологии обеспечить тюрьмы экспресс–тестами на антитела к ВИЧ и гепатиту С за счёт средств, выделяемых на снижение вреда, в количестве не менее 1500 единиц тестов каждого вида.
- Неправительственным организациям, совместно с государственными структурами, приступить к созданию комплексной программы социального сопровождения пациентов с ВИЧ и / или гепатитом С и внедрить её с 1 января 2013 года.
- Министерству здоровья включить в состав Консультативного Совета по фармации представителя неправительственной организации, непосредственно защищающей интересы инфицированных ВИЧ и гепатитом С с 1 января 2012 года.
- Неправительственным организациям предусмотреть в заявке Глобальному Фонду по борьбе с ВИЧ, туберкулёзом и малярией 2012 года комплекс мер по работе с коинфицированными ВИЧ / ВГС.
- Министерству здоровья, Министерству юстиции, Министерству финансов достичь соглашения об интеграции пенитенциарной медицины в систему общего здравоохранения и реализовать интеграцию с 1 января 2013 года.

⁴⁹ Virushepatīta B diagnostikas un etiotropās ārstēšanas vadlīnijas <http://vec.gov.lv/uploads/files/4dd4c8ea3b03c.pdf>

- Неправительственным ВИЧ/СПИД организациям активно изыскивать ресурсы для продолжения работы по первичной и вторичной профилактике ВИЧ / ТБ / ВГС в местах лишения свободы и для издания соответствующей литературы для пациентов.
- Неправительственным организациям активно адвокатируют выполнение вышеуказанных рекомендаций всеми законными способами.

Обществу «Объединение HIV.LV» подготовить отчёт о прогрессе по ситуации с гепатитом С и его лечением в Латвии в 2013 году.

REPORT on the HEPATITIS C (HCV) and its TREATMENT SITUATION in LATVIA

INTRODUCTION

The Society «Association HIV.LV», founded in 2006¹, until now has been reviewing hepatitis C problems only in the context of HIV co-infection, and since activities in the field of hepatitis C are not foreseen by its Statutes², actually has not been separately engaged in HCV prevalence, HCV treatment accessibility research or advocacy in its field. Only one non-governmental organisation (NGO), the „Hepatitis Society”³ is working in Latvia (since 2003): it unites HCV patients, supports them psychologically and legally, defends HCV patients’ rights, advocates for treatment accessibility and informs general population on hepatitis C. However, the statutory aim of the „Hepatitis Society” is to work with country’s general population, while work with groups most at risk of getting infected with HIV and HCV (including HCV antibody routine testing) is being performed within the limits of finances by harm reduction programmes and HIV/AIDS NGOs. This has ultimately initiated the Society „Association HIV.LV” in 2010–2011 to substantially investigate the situation with hepatitis C in Latvia, especially accentuating the groups of HIV-infected people, convicted ones, intravenous drug (ID) users and women engaged in commercial sex.

The given report comes as the result of the project „Hepatitis C: Hesitation is Dangerous!”, accomplished in 2011 by the Society „Association HIV.LV”, with the financial support of the Foundation „Open Society Institute”. The report should not be viewed as a professional research; its aims were to collect the factual data, to identify problems and to search for solving suggestions, and also to propose eventual advocacy directions. The project had also not envisaged an analysis of patent rights, rights on intellectual property, and international obligations in this field undertaken by the Latvia State.

THE MAIN CONCLUSIONS OF THE REPORT:

- ✓ The current system of financial limits on laboratory examinations is not motivating general practitioners to propose routine tests of hepatitis C to their patients, thus the infected ones are not suspecting their health status.
- ✓ Patients ready to start hepatitis C treatment are not aware of how much they will have to pay extra for the medication.
- ✓ There is no register of hepatitis C patients in Latvia, which results in non-existence of tools to objectively measure treatment effectiveness or adherence to it.

¹ Biedribas “Apvienība HIV.LV” reģistrācijas apliecība <http://www.apvienibahiv.lv/organizacijas-apraksts/aplieciba>

² Biedribas “Apvienība HIV.LV” statūti <http://www.apvienibahiv.lv/organizacijas-apraksts/statuti>

³ Hepatīta biedrība <http://www.hepatits.lv/lv/pacientiem/hepatita-biedriba>

- ✓ The main problems in hepatitis C treatment (in decreasing order) are: insufficient financing from the State; inadequate management of treatment side effects; non-adherence to treatment.
- ✓ In the course of 7 years of interdepartmental consultations, the conception of medical care for incarcerated persons is still not adopted; prison medicine is not integrated into public health care, which actually prohibits incarcerated and convicted persons their right of adequate healthy well-being.
- ✓ The work in the field of primary and secondary hepatitis C prevention among the general population done by the State and non- State institutions is not systematic and totally insufficient.
- ✓ In prisons ID use harm reduction programmes are not available, and hepatitis C routine tests, covered by the State, are not provided, which leads to an intravenous spread of infection without knowledge.
- ✓ ID use among women is strongly interrelated to commercial sex, and hepatitis C prevalence is close to 50%.
- ✓ The tested persons are fairly conscious about themselves, and aware of drug use as their own problem and that of the society as a whole.
- ✓ A good knowledge characteristic among the tested persons about the risks without practical application of this knowledge does not prevent them from infecting with hepatitis C.
- ✓ Contrary to expectations, the increase of HIV/HCV co- infections is not too topical for Latvia, compared to separate increase in HIV or hepatitis C infection cases.
- ✓ There is no NGO representative in the Consultative Council on Pharmacology (MH), who could directly defend the interests of HIV or hepatitis C infected persons.

Some recommendations *(a full list of recommendations see at the end of this Report)*

- ✓ The MH should maintain the 75% State compensation of out-patient hepatitis C treatments as from January 1, 2012, and consider a compensation of up to 90% starting from July 1, 2012.
- ✓ The Health Economics Centre should include the innovative hepatitis C protease inhibitors into the State compensation list „C” as from March 1, 2012 for treating 10 chronic hepatitis C patients providing that pharmacological companies producing these medications are covering 30% of their basic price, plus are fully covering treatment for 10 more patients.
- ✓ The Health Economics Centre should elaborate and confirm increased treatment adherence medical technology for all the patient groups, and start it from July 1, 2012.
- ✓ The Ministry of Health (MH), the Ministry of Justice (MJ) and the Ministry of Finances (MF) should come to an agreement on the integration of penitentiary medicine into the general health care system, and implement this integration as from January 1, 2013.

1. Methodology of the Report

- An analysis of the available statistical data, publications and the results of previous projects of the Society.
- Voluntary consulting and testing (VCT) of the convicted persons (imprisoned persons under judicial examination were not tested) for hepatitis C and HIV antibodies in places of detention (PD), followed by questionnaires, especially elaborated for the given Project to be filled in by persons with positive HCV antibody tests.
- VCT of women engaged in commercial sex for hepatitis C antibodies, followed by questionnaires, especially elaborated for the given Project to be filled in by persons with positive HCV antibody tests.
- Interviewing experts (doctors, officials, pharmaceutical and NGO representatives) by means of a handbook especially elaborated for the given Project.
- Analysis of the available statistical data from harm reduction programmes on VCT for hepatitis C antibodies.
- Identification of problems and elaborating recommendations.

2. General information

2.1. HCV prevalence in Latvia

In 2010 there were 61 (2,71 per 100000 of population) cases of newly diagnosed acute HCV and 1051 (46,74) chronic HCV.

From 2005 to 2009 the medium was 103,2 of acute and 1314 of chronic HCV cases per year.⁴

In the first half of 2011 there were 29 cases of newly diagnosed acute HCV and 575 chronic HCV.⁵

In 2008, the Infectology Centre of Latvia (LIC) has done an epidemiological investigation to estimate hepatitis C prevalence in Latvia. The investigation has shown that from 55200 persons contiguous to hepatitis C, 39000 (1,7% of general population) have acquired it, but only 17000 knew that they were infected.⁶ Since then there have been no newer investigations.

May 31, 2011 LIC data shows that from 3409 registered HIV infected persons 1980 patients (58,1%) are co-infected with HCV.⁷

⁴ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/2011/Epid.biletteni/Inf_sl_01-12_2010.pdf

⁵ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/2011/Epid.biletteni/Infekcijas_slimibas_06_11.pdf

⁶ <http://lic.gov.lv/index.php?p=780&pp=8952&lang=258>, <http://zinas.nra.lv/maja/veseligs-dzivesveids/53027-latvija-c-hepatita-briesmas.htm>, <http://www.novonews.lv/index.php?mode=news&id=119051>

⁷ Latvijas Infektoloģijas centrs http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/2011-dazadi/hiv_atask_052011.pdf

The Latvian Prison Administration in its yearly Report, 2010 gives the following statistics of infectious diseases (based on symptomatic examinations or existing documented anamnesis in penitentiary system): cases of HIV infection – 657, AIDS – 120, acute HCV – 5, chronic HCV – 405. There are 1265 ID users in PD, and 1789⁸ cases of registered drug use.

There is no other statistical data on other population groups at our disposal.

From 2007 to 2010, a cohort investigation on the tendencies among drug users was held in Latvia.⁹ In its course, 53 to 66% of ID users indicated themselves as HCV-infected ones.

2.2. Testing and prevention

In the field of prevention, a normative Act „Practical Guidelines on hepatitis B, hepatitis C and HIV Infections’ Prevention in Medical Establishments”, 2008¹⁰, is in force. An overall task to provide a specific prevention of infectious diseases and to instruct specialists is set in the functions of the State Agency „The Infectology Centre of Latvia”.¹¹

Upon a positive HIV diagnosis, an HCV test is included in the obligatory list. HCV tests for donors’ blood are a compulsory prerequisite.

Based on the amount of patients registered at a general practitioner, a system of financial limits on laboratory tests („money follows the patient”)¹² is set as of January 1, 2011. As a result, doctors are forced to follow these limits, and are not prescribing HIV and hepatitis routine tests.

Patient’s payment for a visit to a general practitioner is 1 Latvian Lat (2 USD), for a veins blood test: 1 LVL, for a visit to a specialist: 3 LVL (6 USD).¹³

Upon availability of resources, harm reduction programmes and NGOs provide routine tests (offered to everybody) for HCV antibodies. They are also providing the most of primary HCV prevention work.

2.3. Diagnostics and treatment

National „Recommendations on Rational Pharmacotherapy of hepatitis C in the Frame of Compensatory System”, 2005¹⁴ are in place in Latvia. A full algorithm of diagnostics, prescriptions and treatment monitoring is foreseen in it. Laboratory tests are to be implemented at the same laboratory and by the same methods.

⁸ Ieslodzījuma Vietu pārvalde http://www.ievp.gov.lv/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=75&lang=lv

⁹ Kohortas pētījums par narkotiku lietošanas tendencēm un paradumiem Latvijā <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e0f33326c3b0.pdf>

¹⁰ Latvijas Infektoloģijas centrs http://lic.gov.lv/docs/268/PublLidz-2009/01vadlinijas_vhb_vhc_hiv_profilakse_arstn_just.pdf

¹¹ Valsts aģentūras “Latvijas Infektoloģijas centrs” funkcijas un uzdevumi <http://www.lic.gov.lv/index.php?p=773&pp=233&lang=258>

¹² Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/veseliba/Pacientuiemaksas/>

¹³ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/veseliba/Pacientuiemaksas/>

¹⁴ Veselības Ekonomikas centrs <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d08c09c5b481.pdf>

During diagnostics the following tests are provided: ALAT activity, HCV RNS antibody existence, viral load, virus genotype, as well biopsy sample's investigation – indicators of liver inflammation is estimated, and fibrosis level is determined. Treatment, including choice and dosage of medications, is prescribed only by a consultation of hepatologists – infectionists. The consultation also has to estimate the forecasted patients' adherence to treatment, especially in cases of drug use or chronic alcoholism.

Treatment for drug users is prescribed only in cases of stopped drug use and undoubted wish to be treated. The decision to start treatment is obligatorily agreed upon by patients' psychiatrist or narcologist.

Complementary prerequisites to prescribe treatment are: limiting alcohol consumption, decreasing body mass (in cases if BMI > 25 kg/m²), vaccination against hepatitis A and hepatitis B, use of safe contraceptives.

Treatment of I or IV genotypes is prescribed for 48 weeks, for others – 24 weeks. In cases of genotypes I or IV, after 12 weeks of treatment initiation, quantity of HCV RNS is measured: treatment is being prolonged provided a minimum 100 fold decrease is reached, if not – it is stopped. In cases of other genotypes, a qualitative HCV RNS test is being implemented 24 weeks after the treatment initiation.

By general practitioner's or infectionist's assignment HCV diagnostics and examinations prior to and during the treatment of free patients are covered by the State. Patients without an assignment or persons with temporary residence permits are paying a full price. The following are some laboratory diagnostics' costs as of August, 2011 (State¹⁵ /private¹⁶ laboratory) in Latvian Lats (and US Dollars):

IFA antibody test 4,15 / 4,40 (8,50 / 9); Western Blot 27,93 / 35,00 (51 / 71,7); Qualitative PCR test 36,82 / 40,15 (75,45 / 82,27); PCR viral load 77,07 / 91,65 (157,93 / 187,8); Genotyping with subtypes 115,35 /128,65 (236,37 / 263,63); Genotyping without subtypes: 68,92 / – (141,22 / –).

Prices in laboratories, financed by the MH budget are gradually decreasing since 2009. Previously, the situation was contrary – the prices at private laboratories were lower.

The minimal cost of complex investigations prior to treatment prescription (incl. overall analysis, biochemistry, puncture, sonography, etc.) is 278 LVL (570 USD).

Treatment of chronic hepatitis C is compensated by the State since January, 2006. The level of compensation until February 28, 2009 was 75%, afterwards reduced to 50% due to health budget decrease during the economical crisis. To compensate medications the State spent (LVL/USD¹⁷):

1,15 / 2,35 million in 2006; 2,69 / 5,51 – in 2007; 2,66 / 5,45 – in 2008 and 1,33 / 2,72 – in 2009.¹⁸

¹⁵ Ministru kabineta noteikumi Nr. 528 "Noteikumi par valsts aģentūras "Latvijas infektoloģijas centrs" publisko pakalpojumu cenrādi" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=113052&from=off>

¹⁶ Gulbja laboratorija <http://194.19.248.24:1973/csp/ec/ec.pricelist.cls>

¹⁷ 1 USD = 0,4880 LVL 19.08.2011 <http://www.bank.lv/>

¹⁸ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/ligumpartneriem/budzetaresursi/index.php?doc=391>

With a 50% State compensation in 2010, 862 chronic HCV patients received pegylated Interferon, 3 – linear Interferon, 47 acute HCV patients received lineal Interferon, and the State expenditure was 2 million LVL¹⁹ (4,1 million USD).

After the decrease in the State compensation, the agencies of pegylated Interferons producers – pharmaceutical companies – covered ¼ of their price in pharmacies to patients. Later, by the Regulation № 899 of the Cabinet this practice of deductions and grants by a third party for acquisition of State- compensated medications was forbidden as distorting competition in pharmacology sector and as causing inequality among patients.

Besides, from October 1, 2009 to December 31, 2011 patients (incl. HCV patients) who are considered by social departments of their residence as indigent or poor, are not additionally paying for State- compensated medications: their part is compensated by the World Bank credit's resources of Social protection Strategy which was granted in the frame of economic aid to Latvia in the context of economical crisis.²⁰

With the enforcement of the new wording of the Regulations № 899, from January, 2011 an absurd situation started taking place when the poor patients received HCV medication free of charge but patients with a minutely higher income were forced to pay for their medication a sum, totalling almost double monthly subsistence minimum which was 171,41 LVL (351,25 USD)²¹, while the medium wage (after tax reductions) in 2010 was 316 LVL (647 USD).²² Therefore, temporary from March 1 to December 31, 2011, the 75% compensation level was restored. Here is the dynamics in numbers of unique HCV patients, receiving treatment in 2011: January – 737 patients with chronic HCV on pegylated Interferon + 8 patients with acute HCV on linear Interferon; February – 353 + 12 patients; March – 427 + 10; April – 385 + 12; May – 408 + 6; June – 407 + 11 + 1 patient with chronic HCV on linear Interferon.²³

In the frame of compensation system the price (LVL/USD) of medications (incl. VAT) for HCV treatment since July, 2011 is: Roferon-A: 14,48 LVL / 29,67 USD for 1 injection; Realdiron: 75,04 LVL / 153,77 USD for 5 injections; Ribavirin (200 mg): 13,33 LVL / 27,32 USD for 20 capsules;

Pegasys (0,135 mg): 127,72 LVL / 261,72 USD for 1 injection; Pegasys (0,18 mg) + Copegus (200 mg): 589,02 LVL / 1207 USD for 4 weeks; Peginteron + Rebetol (200 mg) for 4 weeks in Peginteron's dosage: 0,05 mg – 278,48 LVL / 570,65 USD; 0,08 mg – 445,55 LVL / 913 USD; 0,1 mg – 556,92 LVL / 1141,23 USD; 0,12 mg – 668,29 LVL / 1369,45 USD; 0,15 mg – 835,35 LVL / 1711,78 USD.²⁴

¹⁹ Veselības Norēķinu centrs http://www.vnc.gov.lv/files/VNC_kompensejamo_zalu_apmaks_razotaji_2010.xls

²⁰ Ministru kabineta noteikumi Nr.899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=147522&from=off>

²¹ Iztikas minimuma patēriņa grozs vienam iedzīvotājam <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaju-ienemumi-galvenie-raditaji-30268.html>

²² Iedzīvotāju naudas ienēmumi <http://www.csb.gov.lv/iedzivotaju-naudas-ienemumi-videji-menesilatos>

²³ Veselības Norēķinu centrs http://www.vnc.gov.lv/files/VNC_komp_med_parskati_pieteiceji_01_06_2011.xls

²⁴ Veselības Ekonomikas centrs <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e2fb409769ca.pdf>

Thus, the cost of treatment with pegylated Interferon Pegasys is: 3534 LVL / 7242 USD for 24 weeks, or 7068 LVL / 14484 USD for 48 weeks. The medium price of treatment with pegylated Interferon Pegintron is: 3341 LVL / 6847 USD for 24 weeks, or 6683 LVL / 13695 USD for 48 weeks.

Prices for medications are the third cheapest in the European Union, and not above their price in Lithuania or Estonia. The calculated financial request for covering the compensatory system's expenses of medications for in-patient HCV treatment in 2011 is estimated 1,8 million LVL/ 3,7 million USD, during 6 months the actual expenditure is 1,53 million LVL/ 3,13 million USD.²⁵

The compensatory system's medication prices are being overlooked twice a year. The overview of compensatory system's operation and of medications' price formation during the economical crisis is given in "Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis: Latvia"²⁶ (basic information about compensatory system in Russian²⁷).

2.4. Penitentiary system

Since July, 2009 in the Latvian penitentiary system by entering a prison, a person is tested only for HIV infection, tests being covered by the public healthcare resources. Other diagnostic examinations are performed, provided there are pronounced symptoms of illness or by patients' full payment.

Compared to the pre-crisis year 2008, in 2010 financing of medications, medical goods and diagnostic examinations has been decreased by 69,2%, and was 5,3 LVL / year for out-patient medical care of one incarcerated person. Since 2009, reduction of PD staff is taking place as well, so, in 2011 it reached 19% (the reduction of medical staff: 59,4%²⁸).

In 2011, series of interagency consultations on prison medicine's integration into the public health care have been held. In the PD only HIV infection's and tuberculosis treatment is covered from the public healthcare sources (Cabinet Regulations № 1046, paragraph 17.2)²⁹, so no other State-compensated medications (incl. those for treatment of hepatitis C) are available to incarcerated and convicted persons. This is the biggest problem for all the patient groups in PD (excluding HIV and TB). Diagnostics in cases of pronounced symptoms of illness is paid by penitentiary system under special permission.

²⁵ Veselības Norēķinu centrs <http://www.vnc.gov.lv/lat/ligumpartneriem/budzetaresursi/index.php?doc=2125>

²⁶ Eurohealth, Volume 17, Number 1, 2011 <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL17No1/Vol17No1.pdf>

²⁷ Veselības Ekonomikas centrs: Система компенсации приобретения лекарств <http://vec.gov.lv/RU/spisok-kompensiruemyh-lekarstv>

²⁸ HIV/TB/STS izplatības ierobežošanas koordinācijas Komisija http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokolciетumu_medicina.ppt

²⁹ MK noteikumi Nr. 1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" <http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766>

From 2004 to 2006, MJ and MH elaborated the Conception of medical care for incarcerated persons; in 2006, a draft Conception was presented at a Cabinet meeting, and Minister of Health proposed to proceed with elaborating the versions of the Conception. In 2010, it was decided to stop this work. However, since elaboration of this Conception is foreseen by the confirmed Government's „Principles of Limiting the Prevalence and Control over Psycho- active Substances and Dependencies, 2011–2017”³⁰ (paragraph #22), the interagency consultations in 2011 have been resumed.

3. Description of gathering instruments of quantitative data; quantitative data obtained in the course of Project implementation

3.1. Testing of convicted persons

In the frame of this Project, VCT for hepatitis C and HIV antibodies of convicted persons (persons incarcerated for the period of investigation were not tested) was implemented in the period of January – March, 2011³¹. From the planned 200, tested were 208 convicted persons; HCV antibodies were discovered in 109 cases, 92 of them were discovered for the first time in patients' lives. These convicted persons simultaneously were tested for HIV: HIV antibodies were discovered in 6 cases, 4 of them were discovered for the first time in patients' lives. HIV/ HCV co-infections were discovered in 5 cases. Testing was provided using capillary blood Hexagon Express-tests.

During the post- test consultation each patient received explanation about antibody tests and was handed a specially published bilingual (Russian/Latvian) brochure „For those testing for Hepatitis C Antibodies”.³² Patients with first-ever discovered HIV antibodies were directed to the prison's Medical department to give blood sample for affirmative diagnostics (financed from resources of public healthcare), while patients with HCV antibodies were recommended affirmative diagnostics and were interviewed using a questionnaire³³, especially elaborated for the given project.

Testing was provided by a certified nurse and a peer consultant; the testing record's form³⁴ was filled out in duplicate: one – for internal records and statistics, the

³⁰ Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017.gadam <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file57284.doc>, HIV/TB/STS izplatības ierobežošanas koordinācijas Komisija http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokolu/cietumu_medicina.ppt

³¹ Testēšanas rezultātu ieslodzījuma vietās kopsavilkums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/Testesanas_rezultati_cietumi.doc

³² "С НЕПАТІТІС: Брошюра цивікам, курі тестєяс уз С гепатіта антиєлєм" / "Гепатит С: брошюра тестирующємся на антитєла к гепатиту С" http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_broshura_final.pdf

³³ Aptaujas lapas ieslodzītajiem, kam konstatētas antivielas uz HCV http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_anketa_ieslodzitie.doc

³⁴ Testēšanas pārskata veidlapa http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2010/atskaite_BKT_blanka.pdf

other – for the person tested. Client's identification was chosen by him / herself – surname, name or code – only three clients chose the code. The filled in testing records are being kept in a place inaccessible to outsiders. In accordance to the cooperation agreement with the Latvian Prison Administration, the selection of convicted persons for testing was the competence of the PD³⁵.

VCT in the given Project was a continuation of activities in the project „Cooperation and Health” (2010) with its 214 convicted persons tested for HCV and HIV antibodies in March – September³⁶. 126 persons with HCV antibodies were then discovered, 90 of them had the diagnosis for the first time in their lives. The same convicted persons were simultaneously tested for HIV antibodies: antibodies were discovered in 13 persons, in 3 of them – for the first time. HIV/HCV co-infections: 10 cases.

Thus, in the course of the calendar year, 422 convicted persons were tested for HCV and HIV antibodies. This gave basis for obtaining fairly presentable results, since in 6 prisons 7,9% of the average weighted amount per 1 year (5330 convicted persons) got tested. 16 convicted persons, directed by prisons' administrations for testing arrived, but refused getting tested. In total, 235 (55,7% of tested persons) were discovered with HCV antibodies, 182 (77,4%) of them – for the first time. HIV antibodies were discovered in 19 (4,5% of tested persons), 7 (36,8%) of them – for the first time. There were 15 (3,6% of tested persons) with HIV/HCV co-infections.³⁷

High first-time exposure in PD of HCV antibodies in convicted persons, in combination with other factors in the PD – big concentration of ID users, big amount of registered cases of drug use and non-existence of harm reduction programmes in the system – may indicate on a high prevalence of new HCV infection cases during imprisonment.

Low first-time exposure of HIV antibodies in convicted persons in the course of our examinations is eventually conditioned by the fact that they may have been primarily tested during the „window” period upon entering PD, and because a repeated HIV test is not provided in PD unless there are clear symptoms indicating an eventual infection. Nevertheless, the risk of getting HIV, as well as HCV-infected during the imprisonment is very high because prisoners and convicted persons are more frequently using their right to officially refuse the test: 415 persons – in 2009, 763 persons – in 2010.³⁸

Activities of the above mentioned Society's „Association HIV.LV” projects in PD were twice reviewed at the meetings of the Coordinative Commission of Limiting the

³⁵ Vienošānās par sadarbību ar Ieslodzījuma Vietu pārvaldi http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/vienoshanas_ar_leVP.doc

³⁶ Testēšanas pārskati pa cietumiem http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2010/Testu_izlietojums_final.doc

³⁷ Testēšanas rezultātu ieslodzījuma vietās kopsavilkums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/Testesanas_rezultati_cietumi.doc

³⁸ HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas sanāksmes protokols Nr. 14, Rīgā, 16.03.2011 http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Komisiju_protokolu/HIVKKprot_nr14_160311.doc

Prevalence of HIV, TB and STD: in November 23, 2010 and March 16, 2011. The minutes of Commission's meetings and Society's presentations are published³⁹. (This Commission is reviewing HCV problems only in the context of HIV, since there are no specialized HCV coordinative institutions).

3.2. Testing in women

In the frame of this Project from December, 2010 to March, 2011 voluntary testing for hepatitis C antibodies was provided for women, regularly or episodically engaged in commercial sex („street prostitution”) in Riga and its surroundings. From the planned 100, tested were 120 women, 60 of which (50%) had HCV antibodies. Post-test consultation was analogous to that in prisons: the tested persons received the brochure, but women with HCV antibodies were interviewed using the questionnaire⁴⁰, especially elaborated for the Project. Testing and the interview was provided by nurses, the form of record was filled out in one copy for inner records and statistics, the tested women were identified only by a code. Women were not tested for HIV.

From June to September, 2011 an epidemiologic research «*Highly active prevention: scale up HIV/AIDS/STI prevention*» among women engaged in commercial sex is taking place. In its course tests for HIV, HCV and other infections are being provided, and 250 women are being interviewed.⁴¹

3.3. Testing of drug users

For the same period (December, 2010 – March, 2010), complementary data on tests for HIV and HCV antibodies in ID users are also obtained from harm reduction programmes in Riga.

From 174 persons tested (107 women and 67 men), HIV antibodies were discovered in 15 cases (8,6%; in 12 women (11,2%) and in 3 men (4,5%)); HCV antibodies were discovered in 104 cases (59,8%; in 52 women (48,6%) and in 52 men (77,6%)). 9 tested persons (5,2%) showed HIV / HCV co-infection.

3.4. Conclusions

Consequent on test results, ID use among women is very strongly intertwined with engagement in commercial sex, and hepatitis C prevalence is close to 50%.

³⁹ HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas un ar to saistītu sēžu protokoli <http://www.apvienibahiv.lv/starpnozaru-komisijas>

⁴⁰ Aptaujas lapa sievietēm (komercseksa pakalpojumu sniedzējām), kam konstatētas antivielas uz HCV http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/HCV_anketa_sievietes.doc

⁴¹ BORDERNETwork: Highly active prevention: scale up HIV/AIDS/STI prevention, diagnostic and therapy across sectors and borders in CEE and SEE. http://papardeszieds.lv/en/index.php?option=com_content&view=article&id=135:bordernetwork-highly-active-prevention-scale-up-hivaidssti-prevention-diagnostic-and-therapy-across-sectors-and-borders-in-cee-and-see&catid=11:projects&Itemid=40

Evidently, for Latvia the increase in HIV / HCV co-infection cases is not as topical as the separate increase of HIV or hepatitis C infection cases. The June 30, 2009 data of the Infectology Centre of Latvia (LIC) shows 1864 co-infection cases (62,1% from the registered and examined HIV-infected persons), on 31.12.2009 – 1888 (61,3%), on 31.12.2010 – 1947 (58,8%), on 31.05.2011 – 1980 (58,1%). Compared to the more than 2000 cases of newly discovered hepatitis C infections, the increase of 116 cases of co-infections in 2 years time seems insignificant. The same is shown by the data obtained during our project. Evidently, the peak of HIV / HCV co-infection exposure has already passed by.

4. Review of the results from interviewing convicted persons and women engaged in commercial sex diagnosed with hepatitis C antibodies

The questionnaires may conditionally be divided into 4 main groups:

- general data of respondents;
- the level of knowledge on hepatitis C, treatment and maintenance of normal functioning of liver;
- the feasibility of affirmative diagnostics and covering the treatment financially;
- the necessary measures of HCV prevention.

Data from the individual records of testing are also used in this Review.

109 convicted persons⁴² and 60 women engaged in commercial sex (further on in this text: CSW)⁴³ got interviewed. (Results from questionnaires of each of the groups are published.)

The median age of respondents among convicted persons was: <25 years – 23,8%, 25 to 35 years – 50,5%, 35 to 50 years – 24,8%; Among CSW: <25 years – 26,7%, 25 to 35 years – 61,7%, 35 to 50 years – 10%. Thus, the largest proportion of persons, eventually HCV-infected are young people up to 35 years old (79,3% from the total amount of respondents).

63,3% of convicted persons and 88,3% of CSW had the HCV test for the first time in their lives. This gives proof of insufficient accessibility of testing. There is a difference if a service “comes to a client” and is free of charge, or if it has to be sought and paid for.

Tests in the frame of harm reduction programmes previously were undergone by 1,8% of convicted persons and by 0% of CSW. There are two reasons for it: insufficiency in harm reduction programmes with testing availability, and episodic purchasing of HCV antibody Express- tests for these programmes. Previously the test was undergone by 36,7% of convicted persons and by 11,7% of CSW, i. e., 27,8% of all respondents; besides, 53,2% of respondents were tested for the last time 5 years ago.

⁴² Ieslodzīto, kuriem atrastas antivielas pret C hepatītu aptaujas apkopojums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/ieslodzito_aptauja_final.pdf

⁴³ Sieviešu, kuras sniedz seksa pakalpojumu par maksu uz ielām un kam atrastas antivielas pret C hepatītu aptaujas apkopojums http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/

The reason of the previous testing was: ID use among 27,5% of convicted persons and among 71,4% of CSW, i.e., among 34% of all the respondents, while testing reasoned on medical indications was implemented only among 40% of convicted persons.

In opinion of respondents the ways of getting HCV infection are: ID use – 73,4%, tattooing – 6,5%, unknown or unmentioned – 14,8%, and unsafe sex – 5,5%. This data shows fairly critical attitude towards themselves among respondents, acknowledging drug use as a problem; and at the same time – being precautious while tattooing. 5,5% of respondents consider having acquired HCV in prisons. 67% of convicted persons are ready to undergo affirmative diagnostics after the release,

7,3% are going to demand it from prison administration, 7,3% more are ready to pay for it in prison, and 14,7% are not going to take the tests. 81,7% of CSW are going to ask the general practitioner for affirmative test, 11,7% are ready to pay for it at private clinics, 5% shall stay aware they are not HCV carriers.

The answers on readiness to pay upon necessity for the treatment are interesting. Convicted persons ready to pay (LVL per month): 17,4% – over 100; 9,2% – 50 to 100; 12,8% – 10 to 50. CSW: 10% – 50 to 100, 31,7% – 10 to 50. But 43,2% of all respondents are not at all ready to pay for the treatment, i.e., the majority of respondents are well aware of non-existence of free medical services in the country, and are ready to pay a reasonable price according to their financial abilities.

77% of respondents are not complaining about the function of their liver, 21% have had complaints; 13,6% have taken medical advice (incl. in prisons) and 8,6% were not able to fulfil doctor's prescriptions because of lack of money.

Respondents' knowledge on risks of getting infected with HCV has been estimated as:

very good and good – 66,3%; average – 20,1%. On HCV treatment: good – 31,3%, average – 40,2%. On the health of liver: good – 26,6%, average – 35,5%. We may conclude that sufficiently good level of respondents' knowledge without its practical application is not protecting from getting infected.

Personal responsibility in primary prevention. Personal responsibility as the most effective issue in not getting infected and not infecting others with HCV is regarded by 30,3% of convicted persons, while CSW have not even mentioned anything like it. 34,9% of respondents believe that drugs should not be used, and 18,9% are of the opinion that always having a personal syringe is sufficient. Only 3,5% of respondents would need more purposeful information on HCV. 22% of respondents are not interested in the given issue.

State responsibility in primary prevention. Respondents would like the following steps from the State in the primary HCV prevention: 34,9% – more money for different primary HCV prevention activities, 6,5% – enlarged availability of diagnostics, 5,9% – availability of sterile syringes in prisons, 16% – more special campaigns in mass media, 16% – a better harm reduction support from the State. 36% of respondents are not interested in the given issue.

Personal responsibility in secondary prevention. Respondents mentioned the following: 31,3% – healthy lifestyle (not using alcohol, drugs, observing diet, etc.), 17,2% – treating HCV, 3,6% – safe sex. 23% of respondents are not interested in the given issue.

State responsibility in secondary prevention. 49,7% – provision of free HCV treatment, 5,9% – increased financing the treatment, 13,6% – harm reduction programmes, 3% – HCV diagnostics free of charge once a year. 27% of respondents are not interested in the given issue.

Thus, at least 1/5 of respondents are not interested in HCV prevention, and they are not relating it to their private lives.

5. Analysis of experts' interviews

For interviewers special guidelines were elaborated on questions to be asked to experts and technicalities of interviews⁴⁴. Since some of the experts flatly refused the publication of interviews or even mentioning their respective affiliation, the given rubric is rather a general conclusion of views expressed. All the experts were handed texts of their respective interviews, and they examined them. Experts, foreseen by the project proposal⁴⁵ were interviewed, excepting the WHO representative in Latvia who referred to lack of time and „enough materials on this issue on the WHO web-site”. Instead, an interview not foreseen by this Project was taken from a general practitioner. Materials actual for 2011 on hepatitis C in Latvia referring to this Report could not be found on the WHO web-site. 8 experts altogether got interviewed.

Diagnostics. In opinion of the experts, Latvia with its HCV prevalence of 1,7% of general population corresponds with the global medium level of 1–2%. HCV is mainly being diagnosed in the process of compulsory check-ups (donors' blood, surgical interventions, pregnancies, HIV-infected patients). General practitioners are not providing routine HCV examinations, the reason being the introduced limits for laboratory tests. Some of the experts are declaring that general practitioners do not want or cannot identify hepatitis C, while LIC declares that they are sufficiently educated and are forwarding perceived HCV patients to LIC, and that cases of discovering HCV during the yearly prophylactic examinations covered by the public healthcare system are frequent, – the majority of patients with chronic or acute HCV are arriving in LIC by a general practitioner's assignment.

The MH is referring to the lack of finances for purposeful routine HCV examinations, and the main role in diagnosing lies upon patients' personal responsibility for his/her health and on general practitioners. Universal HCV screening throughout the country would hardly be effective and would be very expensive.

⁴⁴ Vadlinijas ekspertu intervētājiem http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/eksp_interv_vadlinijas.doc

⁴⁵ Foundation Open Society Institute finansētais projekts "C hepatīts: vilcināšanās ir bīstama" ("Hepatitis C: hesitation is dangerous"). Projekta apraksts (angļu valodā) http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/LatviaAssociation_HIV.LV_Proposal2.doc

All the experts are of the opinion that HCV diagnostics (including affirmative diagnosis) and its algorithm are of the highest quality. Diagnostics is provided free of charge, patient has to pay only the initial patients' payment for attending the physician.

All the experts are also of the opinion that affiliation to any certain social group is not at all influencing diagnostics. In the frame of harm reduction programmes, the State covers express- tests for drug users, CSW, their contact persons; however, there is a lack of these programmes, and responsibility on developing them and their functioning lies upon the wish for them of local authorities, and not the State.

Epidemiological services are actively searching patients who during check-ups were diagnosed as HCV infected, however, introduction of adequate epidemiologic investigation and control (e.g., seeking contact persons) in a democratic country is problematic: no one may be forced to get tested.

Treatment and prevention. While treatment of infectious diseases in Latvia is free of charge, in cases of hepatitis B and C an out-patient has to pay a certain percentage of medications' cost, which amounts to a considerable sum. As for the present, the poor and indigent patients (in 2010 there were 300 of such patients) are exempt from any payment. Those with a higher income are facing problems. A small amount of patients are getting help from local authorities.

The country's Constitution guarantees the minimum medical aid⁴⁶ to each inhabitant. Even the General Comment N^o 14 (2000) of the UNO on the right to the highest attainable standard of health⁴⁷ is not foreseeing the States' obligation to guarantee all the medical care for free. The MH is not aware of the level of medications' compensation in 2012, since it will depend upon the public health care budget to be ratified by the Parliament earliest in December, 2011. An elaborated conception of compensatory system's development foreseeing a considerable increase in the budget (32 million Lats) with inclusion of innovative medications should start operating in 2012; nevertheless, the MH already now considers it as unrealistic.

The quality of HCV treatment is regarded by experts as from „patching with Interferons“ to „high“. In average, the treatment course lasts from 6 to 12 months, however, patients' adherence to it is low: the majority of experts believe that only 1/3 of patients are completing the treatment. Patients' organisation considers that it is completed by maximum 5–10%. According to the data of LIC, the viral output in the course of treatment is close to 100%, other experts are estimating it 80%; yet, with the time being, 40% of patients that have completed the course are getting tested with HCV in their blood again.

⁴⁶ Latvijas Republikas Satversme, 111. pants <http://www.saeima.lv/lv/likumdosana/satversme>

⁴⁷ General Comment No. 14 (2000) "The right to the highest attainable standard of health" (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/CESCR_General_Comment_14_1.zip

Paradoxically, there is no HCV patients' register in Latvia; nor unbiased, systematized data of the economical effectiveness of treatment; not even statistics on patients having started / interrupted / successfully completed the treatment. There is only precise data on the amount of unique patients who have bought medications, on the amount of medications sold, and on the sum of State compensation for them.

A part of the experts are estimating the side effects' management as unsatisfactory. In cases of threat to the health, patients get free aid at hospitals, with a patients' daily payment 5 LVL in LIC or 9,5 LVL in multi-profile hospitals. In ambulatory conditions, patients' compensation (50%) is foreseen only for antidepressants, however, they are exclusively prescribed by psychiatrists, and many patients are not ready to refer to them. Free psychological support is provided only by the LIC psychotherapist and by a sole hepatitis C patients' NGO.⁴⁸

All the experts are of the same opinion that prices for compensation medications are very high, however the State follows their being the third cheapest in the EU, and not higher than in Lithuania or Estonia. To lower the existing basic (VAT excluded) prices for 5 to 10%, a new scheme of price formation is now being reviewed (to fix the price in Latvia as an arithmetic median of the three lowest prices in the EU).

While pharmacological companies are in the process of preparations, there are still no applications from their side for the inclusion of innovative HCV protease inhibitors into the list of compensation medications.

All the experts are of the opinion that in hospitals there is enough of beds for treating HCV patients. Financing for in-patient treatment is also sufficient.

All the experts are totally critical on the availability of HCV diagnostics and treatment in PD, and are regarding this situation as inappropriate.

The first liver transplantation in Latvia was successfully implemented in 2010 (for a scientific research of the hospital and of its own budget). The State is not ready to pay for a liver transplantation to grown-ups (the operation in children is paid without delay). LIC affirms that the need for an immediate liver transplantation in grown-ups is minimum 20 operations per year. The total amount of necessary transplantations in May, 2011 was around 100.

HCV prevention is considered by experts as insufficient, „invisible”, „in fact, non-existent”. They stressed that general practitioners and pharmacies are practically not engaged in prevention.

Non-governmental organisations. Majority of experts are considering the advocating efforts for the interests of HCV patients as „insufficient”, „poor”, or even „non-existent”. Experts are unanimous that NGOs working with HCV patients are „a few” or „insufficiently recognizable”. A shortage of active advocacy leaders is being stressed. MH, in its turn, considers the necessity of active NGOs, since they have real powers predicted by the democracy to influence the situation, and that the protection of interests of HCV patients exists. At the same time, the MH „would not like more active organisations”, since NGOs are mainly sending petitions for increased budget

⁴⁸ Hepatīta biedrība www.hepatits.lv

instead of giving concrete constructive suggestions. All the experts are unanimous that NGOs should be engaged in prevention, public information and patient support. At the same time, a part of experts are not fully aware of the difference between "protection of interests" and "advocacy", and have no comments on advocacy as such.

The next joint Project of the Society and the Latvian Prison Administration envisaging education of prisoners and convicted persons on HIV/ HCV/ TB and their testing for HIV and HCV antibodies is planned for 2014 when a drug-free prison, financed from the European funds, should be developed.

Although hepatitis patients' NGO willingly agreed for an experts' interview, it was not too enthusiastic about an eventual co- operation with HIV/AIDS NGOs.

6. Recommendations

- The MH should maintain the 75% level of State- compensated hepatitis C medications for in-patients as of January 1, 2012; simultaneously considering a higher compensatory level of up to 90% as of July 1, 2012.
- In order to give the Health Economics Centre the right (in case of over-draft during the first half-year of compensatory medicines from the list „B”) to temporarily lower the basic price of medications from the list „B” for 15% during the period of September 1 to December 31, the MH should draft modifications to the Cabinet Regulations № 899.
- The MH should draft modifications to the Cabinet Regulations № 899, with a 15% lowering for the prices of brand medications patented over 10 years ago and not having generics.
- The LIC and the Health Economics Centre should create hepatitis C patients' register and start its operation as from January 1, 2012.
- The Health Economics Centre should elaborate and confirm a medical technology of increased treatment adherence of all patient groups, and start implementing it as of July 1, 2012.
- The Health Economics Centre should include the innovative HCV protease inhibitors in the list „C” of State-compensated medications as of March 1, 2012 for treating 10 chronic HCV patients under a condition that 30% of the basic price of medications are covered by pharmaceutical companies producing these medicines, plus fully paying for treatment of 10 more patients.
- The LIC should elaborate and register new and substantial Clinical Guidelines for diagnostics and etiotropic treatment of hepatitis C (analogous to the Guidelines on hepatitis B⁴⁹, registered in 2011) including treatment with new innovative medications by July 1, 2013.

⁴⁹ Virushepatīta B diagnostikas un etiotropās ārstēšanas vadlīnijas <http://vec.gov.lv/uploads/files/4dd4c8ea3b03c.pdf>

- The LIC should provide prisons with HIV and hepatitis C antibody Express-tests out of harm reduction resources in amount of minimum 1500 of each test.
- NGOs together with the State institutions should start creating a complex programme of social accompaniment of HIV and/or hepatitis C patients, and implement it as of January 1, 2013.
- The MH should include into the Consultative Pharmaceutical Council an NGO representative who would directly protect the interests of HIV and hepatitis C infected persons as of January 1, 2012.
- NGOs should envisage complex measures in working with HIV/HCV co-infected persons into the 2012 application to the GFATM.
- MH, MJ and MF should reach an agreement on integration of penitentiary medicine into the public healthcare system, and implement the integration as from January 1, 2013.
- HIV / AIDS NGOs should actively fundraise to follow on with activities in HIV / TB / HCV primary and secondary prevention in PD, and for publishing respective patient-oriented literature.
- NGOs should actively advocate the implementation of above mentioned Recommendations by all the legal means.
- The Society „Association HIV.LV“ in 2013 should prepare a report on the progress in the situation of hepatitis C and its treatment in Latvia.

The Society „Association HIV.LV“ is unanimously supporting a free usage of its materials, with a compulsory mentioning www.apvienibahiv.lv as the source of information.

Izdevējs: Biedrība *Apvienība HIV.LV*
www.apvienibahiv.lv



Tulkojumi, redaktūra, dizains: Biedrība *Apvienība HIV.LV*

Makets, druka: SIA *Aider dizains*

Rīga, 2011

C hepatīts: vilcināšanās ir bīstama!

Гепатит С: промедление опасно!

Hepatitis C: hesitation is dangerous!

Biedrība *Apvienība HIV.LV*
www.apvienibahiv.lv

Rīga, 2011