**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Κ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Α΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

 **Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

 **(Άρθρο 40 παρ. 1 Κ.τ.Β.)**

Στην Αθήνα, σήμερα, 31 Ιανουαρίου 2024, ημέρα Τετάρτη και ώρα 16.20΄, συνεδρίασε, σε ειδική συνεδρίαση, στην ΑίθουσαΓερουσίας του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κ. Βασίλειου Οικονόμου, με θέμα ημερήσιας διάταξης: «Εθνική Στρατηγική για την εξάλειψη του Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας ως θέματος δημόσιας υγείας».

Στη συνεδρίαση παρέστησαν ο Υπουργός Υγείας, κ. Σπυρίδων-Άδωνις Γεωργιάδης, η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας, κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη, ο Υφυπουργός Υγείας, κ. Μάριος Θεμιστοκλέους και ο Υφυπουργός Υγείας, κ. Δημήτριος Βαρτζόπουλος.

Τα μέλη της Επιτροπής κλήθηκαν να ενημερώσουν ο κ. Θεόδωρος Αγοραστός, Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων (HPV), Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ο κ. Κωνσταντίνος Αθανασάκης, Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Αξιολόγησης των Τεχνολογιών Υγείας στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, η κυρία Μαρία Θεοδωρίδου, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, ο κ. Νικόλαος Δέδες, Πρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας, ο κ. Γεώργιος Καπετανάκης, Προέδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου και η κυρία Μένια Κουκουγιάννη, Διευθύντρια της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας «Καρκινάκι».

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής, αφού διαπίστωσε την ύπαρξη απαρτίας, κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης και έκανε την α΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής.

Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Μαντάς Περικλής, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Οικονόμου Βασίλειος, Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπακώστα – Παλιούρα Αικατερίνη (Κατερίνα), Τσαβδαρίδης Λάζαρος, Παπασωτηρίου Σταύρος, Πλεύρης Αθανάσιος, Ράπτη Ζωή, Σαλμάς Μάριος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη – Βιλιάλη Μαρία – Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Δερμεντζόπουλος Χρήστος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία – Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Καλαματιανός Διονύσιος – Χαράλαμπος, Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Φωτίου Θεανώ, Καζάνη Αικατερίνη, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Μπαράν Μπουρχάν, Πουλάς Ανδρέας, Τσίμαρης Ιωάννης, Μεταξάς Βασίλειος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Κουρουπάκη Ασπασία, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Μπιμπίλας Σπυρίδων, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Φλώρος Κωνσταντίνος και Χουρδάκης Μιχαήλ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ξεκινάμε την ειδική συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, η οποία έχει θέμα την «Εθνική Στρατηγική για την εξάλειψη του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας ως θέμα δημόσιας υγείας». Εδώ οι γιατροί καταλαβαίνουν περί τίνος πρόκειται, αλλά και εμείς που δεν είμαστε γιατροί, νιώθουμε την ανάγκη να αναδείξουμε το ζήτημα αυτό, έχοντας παρακολουθήσει τον κ. Αγοραστό, όλα τα συνέδρια που έχουν γίνει και τις ειδικές εκδηλώσεις.

Πραγματικά, το κίνητρο της εξάλειψης αυτού του καρκίνου είναι πολύ μεγάλο, να μας το εξηγήσουν εδώ οι επιστήμονες που έχουμε καλέσει, οι φορείς, να μας πει ο Υπουργός, ο οποίος έδειξε, από την πρώτη στιγμή ενδιαφέρον για το ζήτημα αυτό, τι σκέφτεται να κάνει ως Κυβέρνηση, ως Υπουργός της Πολιτείας δηλαδή, για το θέμα αυτό, να επιταχύνουμε τους εμβολιασμούς, για να μπορούμε να νιώθουμε, να είμαστε σε ένα ασφαλές περιβάλλον για τα παιδιά μας τα επόμενα χρόνια. Να λέμε τουλάχιστον αυτή η μορφή του καρκίνου δεν υπάρχει και έχει εξαλειφθεί. Αυτό νομίζω θα ήταν μια πολύ μεγάλη επιτυχία και της ιατρικής κοινότητας, αλλά συνολικά της κοινωνίας μας εδώ στην πατρίδα την Ελλάδα, την οποία καλόν είναι να διακρίνεται και για τέτοιου είδους πρωτιές. Δεν θα τις έχουμε, γιατί βλέπω προηγούνται άλλες χώρες, αλλά να είμαστε τουλάχιστον στο δεύτερο κύμα.

Τα μέλη της Επιτροπής θα ενημερώσουν ο κ. Θεόδωρος Αγοραστός, Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ο κ. Κωνσταντίνος Αθανασάκης, Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Αξιολόγησης των Τεχνολογιών Υγείας στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, η κυρία Μαρία Θεοδωρίδου, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, ο κ. Νικόλαος Δέδες, Πρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας, ο κ. Γεώργιος Καπετανάκης, Προέδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου και η κυρία Μένια Κουκουγιάννη, Διευθύντρια της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας «Καρκινάκι».

Να ξεκινήσει ο κ. Αγοραστός την εισηγητική του ομιλία.

**ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων (HPV), Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης):** Ευχαριστώ πολύ, κύριε Οικονόμου, για την πρόσκληση. Κύριε Υπουργέ, κυρία Υπουργέ, κύριε Θεμιστοκλέους, αγαπητοί και σεβαστοί βουλευτές και συνάδελφοι. Είναι τιμή μου να βρίσκομαι σήμερα εδώ, για να αναφερθώ εν τάχει στο θέμα αυτό, της δυνατότητος για πρώτη φορά στην ιστορία της Ιατρικής, η διεθνής κοινότητα να εξαλείψει έναν καρκίνο. Είναι η πρώτη φορά που ένας καρκίνος μπορεί να εξαλειφθεί. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας, όπως ξέρετε πολύ καλά όλοι, αντιμετωπιζόταν κατά την περίοδο από το 1950 περίπου, που εισήγαγε ο Γεώργιος Παπανικολάου το τεστ Παπανικολάου, μέχρι περίπου το 2000, με την δευτερογενή πρόληψη, το τεστ Παπανικολάου.

Βλέπετε την καμπύλη, πώς έπεσαν η επίπτωση και η θνησιμότητα. Απλώς, τα τελευταία 10 - 15 χρόνια, πριν το 2020, υπήρχε μια στασιμότητα, δεν έπεφτε περαιτέρω ο καρκίνος αυτός. Από ό,τι λέει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, οι προοπτικές είναι να ξαναρχίσει να ανεβαίνει και οι χώρες οι οποίες είχαν πολύ καλά αποτελέσματα βλέπουν τώρα τα ποσοστά να ανεβαίνουν. Το βλέπετε με τις κόκκινες και μπλε μπάρες και η Ελλάδα είναι μέσα σε αυτές τις χώρες. Δηλαδή, η προοπτική και για την Ελλάδα, είναι ότι το επόμενο χρονικό διάστημα θα αυξηθούν τα ποσοστά και δεν είναι μόνο τα ποσοστά του διηθητικού καρκίνου. Είναι και όλη η διαδικασία που υποβάλλεται κάθε γυναίκα σε όλα της τα χρόνια, από τα 18-20 μέχρι τα 70, συνεχώς να ελέγχεται και να ελέγχεται για αυτό τον καρκίνο.

Τη δεκαετία του 1970 ο καθηγητής Τζο Χάουζεν ήταν αυτός ο οποίος ανακάλυψε τη σχέση του καρκίνου του τραχήλου μήτρας με έναν ιό, τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Για την ανακάλυψη αυτή, ο καθηγητής Τζο Χάουζεν πήρε το Νόμπελ Ιατρικής το 2008. Αποτέλεσμα αυτής της νέας ιατρικής γνώσης ήταν οι δύο συνταρακτικές καινοτομίες που προέκυψαν, δηλαδή, το πρώτο εμβόλιο εναντίον του καρκίνου. Μέχρι τώρα τα εμβόλια ήταν, όπως ξέρετε, για άλλες λοιμώδεις παθήσεις. Το πρώτο εμβόλιο για να προληφθεί καρκίνος ήταν το εμβόλιο που βασίστηκε ακριβώς, στο θέμα αυτό, ότι ο HPV προκαλεί τον καρκίνο τραχήλου μήτρας.

Η δεύτερη καινοτομία ήταν ότι βρέθηκε ένα τεστ, το οποίο ανιχνεύει αυτόν τον ιό και αυτό το τεστ, ήταν το πρώτο τεστ μοριακό, που δεν ήταν μόνο για μεμονωμένους ασθενείς, αλλά ήταν για όλο τον πληθυσμό. Το 2018, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με τον Γενικό Διευθυντή τον Τέντρος Αντάνομ Γκεμπρεγέζους, ανακοίνωσε μία έκκληση προς όλες τις χώρες να αναλάβουν δράση, ούτως ώστε να εξαλειφθεί αυτός ο καρκίνος, γιατί υπάρχουν τα όπλα για να το επιτύχουμε αυτό. Όταν μιλάει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για εξάλειψη, είναι το elimination, όπως το αναφέρει. Σύμφωνα με την ορολογία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αυτό σημαίνει να υπάρχουν κάτω από 4 περιστατικά ετησίως ανά 100.000 γυναίκες. Άρα, εξάλειψη θα πει κάτω από τέσσερα περιστατικά, ενώ εκρίζωση ή εξαφάνιση είναι κάτω από ένα περιστατικό.

Για να πετύχει, λοιπόν, η παγκόσμια κοινότητα αυτόν το στόχο, την εξάλειψη, πρότεινε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αυτήν την παγκόσμια στρατηγική, που βασίζεται σε τρεις πυλώνες. Ο πρώτος είναι μέχρι το 2030 το 90% των κοριτσιών μέχρι την ηλικία των 15 ετών, να έχει εμβολιαστεί κατά του HPV. Ο δεύτερος πυλώνας είναι το 70% των γυναικών σε ηλικία 35 και 45 ετών, να ελεγχθεί με αυτό το HPV test. Ο τρίτος πυλώνας είναι το 90% των γυναικών, που διαγιγνώσκονται με καρκίνο ή προκαρκίνο του τραχήλου, να τύχουν της σωστής θεραπείας. Υπήρξε τα επόμενα αυτά 3 - 4 χρόνια μία συνταρακτική ομοθυμία και ομοφωνία σε όλες τις χώρες, ούτως ώστε να ακολουθηθεί αυτή η παγκόσμια στρατηγική. Το βλέπετε εδώ πέρα και με συνεχείς εκδηλώσεις.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε και ειδικές νέες κατευθυντήριες οδηγίες, όσον αφορά το screening, δηλαδή τον προσυμπτωματικό έλεγχο, σύμφωνα με τις οποίες, αυτός πρέπει να γίνεται με το HPV τεστ, όπως είπαμε πριν, να ξεκινά στην ηλικία των 30 ετών για τις γυναίκες και να εφαρμόζεται κάθε 5 έως 10 χρόνια. Αυτό ισχύει και σας δείχνω το roadmap για την περιοχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εδώ στην Ευρώπη, όπου αναφέρεται ξανά ότι είναι το HPV DNA test που πρέπει να γίνεται αρχικά. Αναφέρεται, επίσης, ότι αυτό θα γίνεται στις γυναίκες από 30 ετών και άνω κάθε πέντε χρόνια, αλλά επίσης ότι είναι δυνατόν το τεστ αυτό να το παίρνει και μόνη της η γυναίκα. Δηλαδή, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποδέχεται τη μέθοδο της αυτοδειγματοληψίας για το τεστ.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, όπως ξέρετε, από το 2021, ξεκίνησε το γνωστό Europe’s Beating Cancer Plan, το πλάνο, δηλαδή, για την καταπολέμηση του καρκίνου, με «ναυαρχίδες» πάνω σε αυτή την προσπάθεια, στην πρόληψη, τον εμβολιασμό κατά του HPV, στην πρώιμη διάγνωση το HPV testing και στη θεραπεία τις κατάλληλες μεθοδολογίες. Αυτό το βλέπετε ξανά από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέχρι και σήμερα, που βγήκαν οι νέες recommendations από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Επαναλαμβάνονται τα ίδια για τον εμβολιασμό και για το screening. Και εδώ το self-sampling γίνεται αποδεκτό.

Οι περισσότερες χώρες στην Ευρώπη έχουν ήδη αλλάξει τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Θα αναφερθώ κάπως περισσότερο στον προσυμπτωματικό έλεγχο, γιατί η κυρία Θεοδωρίδου, η οποία θα ακολουθήσει ως πλέον αρμόδια, θα μιλήσει λίγο περισσότερο για τον εμβολιασμό. Βλέπετε ότι οι περισσότερες χώρες έχουν ήδη αποδεχθεί το HPV DNA Testιng σαν πρωταρχική μέθοδο ελέγχου. Η ηλικία έναρξης κυμαίνεται από τα 25 έως τα 30 έτη, σπανίως μεγαλύτερη από τα 30. Το πέρας ελέγχου στα 65 με 70 έως 75 έτη. Τα μεσοδιαστήματα ελέγχου είναι, κυρίως και συνήθως, 5 χρόνια. Ελάχιστες χώρες έχουν 3 χρόνια και μερικές έχουν 7 ή και 10 σε μεγάλες γυναίκες. Και η αυτοδειγματοληψία γίνεται, επίσης, αποδεκτή από αρκετές χώρες.

Η κυρία Κουκουγιάννη σας έδωσε αυτό το HPV Prevention Policy Atlas, αυτό που έχετε μπροστά σας. Εγώ σας δείχνω εδώ σε μεγέθυνση τι αναφέρεται μέχρι τον Ιούνιο του 2023. Αναφέρεται, λοιπόν, ότι η Ελλάδα έχει ένα εθνικό πρόγραμμα για εμβολιασμό για αγόρια και κορίτσια. Περιέργως, αναφέρεται εδώ ότι μπορούν και οι φαρμακοποιοί να κάνουν τον εμβολιασμό, δεν έχουμε, όμως, στοιχεία, ούτε registries για τους εμβολιασμούς αυτούς. Το screening γίνεται ευκαιριακά με το τεστ Παπανικολάου μόνο και δεν υπάρχει HPV testing. Σχετικά με την ενημέρωση του πληθυσμού, αυτή όπως βλέπετε κάτω, είναι ανεπαρκής σε όλες τις εκφάνσεις.

Σήμερα, λοιπόν, στην Ελλάδα, έχουμε τον εμβολιασμό, αλλά, δυστυχώς, η εμβολιαστική κάλυψη δεν είναι επαρκής και, όπως είπαμε, ο στόχος είναι 90%. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος γίνεται ακόμα με το τεστ Παπανικολάου. Έχουμε, σχετικά με τη θεραπεία, περιορισμένο αριθμό ογκολογικών κέντρων, ιδιαίτερα στην περιφέρεια και υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης του κοινού πάνω στα καινούργια αυτά θέματα.

Από πλευράς νομοθεσίας, υπάρχει ο νόμος ο οποίος εμπεριέχει το πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης» σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο και αναφέρεται ότι οι βασικές αρχές που διέπουν τις υπηρεσίες υγείας υπέρ των πολιτών είναι η εναρμόνιση προς τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών, η θεμελίωση των δράσεων δημόσιας υγείας σε επιστημονικά τεκμηριωμένες θέσεις και, βέβαια, αναφέρεται και η υποχρέωση της Πολιτείας για προσωποποιημένη ενημέρωση ενός εκάστου πολίτη για τη συμμετοχή του στα προγράμματα αυτά.

Με πρωτοβουλία της Ελληνικής HPV Εταιρείας και το 2022 και το 2023 έγινε μία συλλογή φορέων που ενδιαφέρονται για τα θέματα αυτά – 131 φορείς επιστημονικοί και επαγγελματικοί – και κάναμε μία έκκληση προς την Πολιτεία να προχωρήσει και να εφαρμοστούν και στην πράξη οι οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Όντως, το καλοκαίρι του 2022 ψηφίστηκε στη Βουλή ο νόμος που βλέπετε, ο οποίος είχε μέσα αυτές τις δράσεις, υλοποίηση δράσεως δημόσιας υγείας, προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας, όπου αναφερόταν ότι μέχρι τα 29 έτη συνεχίζει το PAP TEST και από τα 30 και πάνω HPV DNA TEST ανά πενταετία κ.λπ.. Αυτός ο νόμος προχώρησε. Βγήκαν οι ενημερώσεις επί λεπτομερειών, βγήκε η πρόσκληση από τον ΕΟΠΥΥ για να συμμετέχουν οι διάφοροι φορείς, αλλά, δυστυχώς, σταμάτησε και ανεβλήθη η εφαρμογή του νόμου τον Απρίλιο του 2023.

Εν τω μεταξύ, πάρα πολλές χώρες ανά τον κόσμο κάνουν ελέγχους και μοντέλα για το πότε θα μπορέσουν να φτάσουν στο σημείο να εξαλείψουν τον καρκίνο τραχήλου μήτρας η κάθε μία χώρα. Βλέπετε εδώ αυτές τις καμπύλες από τις Ηνωμένες Πολιτείες, από την Αυστραλία, την Κίνα, το Βιετνάμ και τη Νορβηγία. Κάναμε και εμείς μία παρόμοια μελέτη και βλέπετε ότι, εάν μέχρι το 2030, όπως λέει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, καταφέρουμε να φθάσουμε τους στόχους αυτούς, το 90-70- 90, τότε, περί το 2047 και η Ελλάδα θα είναι σε θέση να έχει φτάσει στο όριο αυτό, δηλαδή, της εξάλειψης του καρκίνου του τραχήλου μήτρας ως προβλήματος δημόσιας υγείας.

Αυτός είναι ο πλήρης όρος, είναι εξάλειψη ως προβλήματος δημόσιας υγείας, που σημαίνει κάτω από 4 περιστατικά ανά 100.000 ανά έτος. Εάν τα καταφέρουμε μέχρι τότε, θα έχουμε 1.846 περιστατικά λιγότερα, περίπου 500 θανάτους λιγότερους, μία ελάττωση κατά 67%. Δηλαδή, δύο στις τρεις γυναίκες, οι οποίες σήμερα πεθαίνουν από καρκίνο τραχήλου μήτρας, θα ζουν και θα είναι υγιείς. Το 67% ελάττωση είναι καταπληκτικό νούμερο.

Στις χώρες της Ευρώπης βλέπετε ότι γίνεται μία συνεχής αναφορά στο θέμα αυτό, με συνεχείς νέες προκλήσεις και καινοτομίες. Φερ ειπείν, βλέπετε ότι η Ολλανδία έχει αποδεχθεί, όπως και η Σουηδία, την αυτοδειγματοληψία. Έχει αποδεχθεί, επίσης, ότι τα εργαστήρια που θα κάνουν τα τεστ από πέντε γίνονται τρία. Στη Γαλλία βλέπετε τον Πρόεδρο Μακρόν να πηγαίνει στα σχολεία για να υποστηρίξει τον εμβολιασμό, γιατί η Γαλλία έχει πολύ χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης. Η Φινλανδία, η οποία ήταν η χώρα που με το PAP test είχε καταφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα στον κόσμο, δυστυχώς, βλέποντας τα να ανεβαίνουν άλλαξε το PAP test και εισήγαγε το HPV test και η Ιταλία είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη η οποία συνδέει το πρόγραμμα του προσυμπτωματικού ελέγχου με το αν το κορίτσι ή η γυναίκα είναι εμβολιασμένη ή όχι και λέει ότι αν είναι εμβολιασμένη ξεκινάει στα 30 τον έλεγχο ενώ αν δεν είναι εμβολιασμένη ξεκινάει πιο νωρίς, στα 25.

Αυτό συμβαίνει διότι, όπως βλέπετε, ο κίνδυνος για καρκίνο του τραχήλου μήτρας σε μία μη εμβολιασμένη γυναίκα είναι περί το 4% κατά τη διάρκεια της ζωής της. Εάν η γυναίκα αυτή εμβολιαστεί με το εννιαδύναμο εμβόλιο, ο κίνδυνος από 4% πηγαίνει στο 0,4%. Η Νορβηγία ανέφερε ότι έχει μηδέν αριθμό περιστατικών καρκίνου τραχήλου μήτρας σε γυναίκες 25 έως 27 ετών, το ίδιο και η Σκωτία, το ίδιο περίπου και η Αγγλία και η Σουηδία. Τι ποσοστά, όμως, έχουν αυτές οι χώρες σε εμβολιαστική κάλυψη; Η Νορβηγία 92%, 89% η Σκωτία, 85% η Σουηδία, 72% η Αγγλία.

Η Ελλάδα σύμφωνα με μη επίσημες αναφορές – έχω πάρει την πληροφορία από την έρευνα αγοράς – ότι είναι γύρω στους 42% κάλυψη των κοριτσιών από 9 έως 15. Πιθανόν να ακούσουμε από τον κύριο Αθανασάκη κάτι καινούργιο στο θέμα αυτό. Στην Αμερική στις 25/1 έγινε η σύνοδος στο Λευκό Οίκο πάνω στο πρόγραμμα του Cancer Moonshot του Joe Biden και έγιναν αναφορές και στον εμβολιασμό. Υπόψιν στην Αμερική τον εμβολιασμό για τον HPV τον κάνουν και στα φαρμακεία. Έχει γίνει αποδεκτή η αυτοδειγματοληψία και επίσης μια τεράστια προσπάθεια προώθησης αυτών των καταστάσεων.

Τελειώνοντας, σας λέω ότι αυτό πρέπει να είναι το μοντέλο του συνδυασμού του εμβολιασμού μαζί με το screening και υπάρχουν στόχοι, τους οποίους πρέπει να έχουμε μπροστά μας για την προώθηση του HPV εμβολιασμού, του προσυμπτωματικού ελέγχου και της σωστής θεραπείας. Δεν θέλω να μπω σε λεπτομέρειες. Ευχαρίστως αν θέλετε να τα συζητήσουμε όλα αυτά, αλλά, εν πάση περιπτώσει, καταλήγω λέγοντας ότι ας ακούσουμε αυτά που λέει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Είναι μία ιστορική περίοδος, είναι η πρώτη φορά που ο κόσμος είναι σε θέση να εξαλείψει ένα καρκίνο που είναι τέταρτος σε σειρά συχνότητας στον κόσμο. Υπάρχουν χώρες στη Νοτιοανατολική Ασία και στην Αφρική που ο καρκίνος τραχήλου μητέρες είναι η υπ’ αριθμόν 1 αιτία θανάτου των γυναικών. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ για την προσοχή.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε κύριε Καθηγητά. Πραγματικά, ο αγώνας που έχετε κάνει είναι πολύ σημαντικός και εμείς εδώ από τη Βουλή θέλουμε να τον αναδείξουμε, γιατί είναι ένας αγώνας για τη ζωή χιλιάδων δικών μας ανθρώπων, που πρέπει να τους διασφαλίσουμε ότι, κάνοντας όλο αυτόν τον οδικό χάρτη που έχει υποδείξει η επιστημονική κοινότητα, μπορούμε να έχουμε πολύ καλά αποτελέσματα για τη δημόσια υγεία.

Η κυρία Θεοδωρίδου, η οποία είναι Επίτιμος Καθηγήτρια και η Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, έχει το λόγο.

**ΜΑΡΙΑ ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ (Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών):** Καλησπέρα σας. Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε, αξιότιμε κύριε Υπουργέ, κύρια Αναπληρώτρια και κύριε Υφυπουργέ, αξιότιμοι βουλευτές, είναι μεγάλη τιμή να βρίσκομαι σε αυτό το βήμα, για να αναφερθώ στη λειτουργία της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών και στον εμβολιασμό για τον HPV, που ακούτε κατά καιρούς ότι γίνεται βάσει των συστάσεων της Επιτροπής. Η τοποθέτησή μου είναι μία γρήγορη επανάληψη των όσων σημαντικών είπε ο κ. Αγοραστός, ο οποίος κάλυψε φυσικά το θέμα του HPV και όλων των δράσεων που γίνονται διεθνώς.

Εμένα, θα μου επιτρέψετε, να επικεντρωθώ σε πρακτικό επίπεδο το τι κάνουμε στη χώρα μας, για τον βασικό πυλώνα της εκστρατείας κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και όχι μόνο, δηλαδή, του εμβολιασμού. Θα ήθελα να πω ότι η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, σύμφωνα και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι ένα διεπιστημονικό συλλογικό όργανο που γνωμοδοτεί σε θέματα εμβολιαστικής πολιτικής, με βάση φυσικά την τεκμηριωμένη γνώση της επιστήμης.

Στο έργο της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών περιλαμβάνεται η διαμόρφωση, η επικαιροποίηση και η προσαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών στο γενικό πληθυσμό βρεφών, παιδιών, εφήβων, ενηλίκων, αλλά και για τις ειδικές ομάδες του πληθυσμού, αλλά και για τον σχεδιασμό εμβολιασμών σε περιπτώσεις επιδημιών, πανδημιών και εκτάκτων συμβάντων της δημόσιας υγείας. Η κατάρτιση του εθνικού χρονοδιαγράμματος, δεν είναι κάτι το στατικό. Έχει μια δυναμική εξέλιξη και γίνεται πάντα, με βάση τις διεθνείς συστάσεις, αλλά και τα επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας. Δεν μεταφυτεύεται ένα πρόγραμμα εμβολιασμών από μια χώρα αυτούσια στη δική μας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση του προγράμματος είναι, όπως είπα, τα επιδημιολογικά δεδομένα, η εμβολιαστική κάλυψη για τα διάφορα παθογόνα, οι νέες γνώσεις που αποκτώνται σχετικά με τους εμβολιασμούς, όπως για την αναζωογονητικότητα, αλλά και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, η είσοδος νέων εμβολίων και τα τελευταία χρόνια έχουμε μία αθρόα εμφάνιση νέων εμβολίων, η απόσυρση παλαιών, αλλά και η αξιολόγηση – αυτό είναι πολύ σημαντικό – του κόστους σε σχέση με το όφελος.

Αυτή η εικόνα είναι μόνο το χρονοδιάγραμμα των παιδιών και εφήβων. Υπάρχει ανάλογο και των ενηλίκων, όπως και των ατόμων με ειδικά υποκείμενα προβλήματα, για να δείξουμε το εξής. Πρώτον, έχουμε ένα εξαιρετικά πλούσιο εμβολιαστικό πρόγραμμα, συγκρινόμενο με όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Οι κίτρινες μπάρες είναι οι συστάσεις και η κατάλληλη ηλικία για τους εμβολιασμούς. Οι τιρκουάζ είναι ο χρόνος που μπορεί να γίνει η αναπλήρωση των εμβολίων. Οι μπλε είναι οι ειδικές ομάδες προς εμβολιασμό. Τα λευκά τετράγωνα είναι εκεί που δεν ενδείκνυται ο εμβολιασμός. Επομένως, έχουμε ένα παζλ, που κάθε γιατρός – και εδώ είναι ο παιδίατρος – καλείται να επιλύσει, όπως και κάθε γονιός να ακολουθήσει αυτό το χρονοδιάγραμμα.

Σε αυτόν εδώ το συγκριτικό πίνακα, βλέπετε αυτό που προανέφερα. Η χώρα μας σε σχέση και με τις άλλες χώρες, τα πράσινα τετραγωνάκια είναι τα εμβόλια που χορηγούνται με αποζημίωση, το πορτοκαλί είναι εκεί που υπάρχει συμμετοχή και το γαλάζιο είναι εκεί που πληρώνει το άτομο που εμβολιάζεται, ο γονιός. Εμείς έχουμε ένα θαυμάσιο πρόγραμμα, διότι και το μόνο πορτοκαλί τετραγωνάκι που βλέπετε έχει καταργηθεί εδώ και δύο χρόνια, δηλαδή και αυτό χορηγείται το εμβόλιο του κορωνοϊού χωρίς συμμετοχή.

Επομένως, πρόγραμμα έχουμε θαυμάσιο, εμβόλια υπάρχουν, γίνονται, όμως, τα εμβόλια στον βαθμό που θέλουμε; Διότι δεν πρέπει να συγχέουμε εμβόλια και εμβολιασμούς. Τον εμβολιασμό θέλουμε, δηλαδή, την εμβολιαστική κάλυψη που ακούσατε και από τον ίδιο τον κ. Αγοραστό πριν, που υπολειπόμαστε. Το ποσοστό του πληθυσμού που ανοσοποιείται με εμβόλιο έναντι ενός λοιμώδους νοσήματος – αυτός είναι ο ορισμός της εμβολιαστικής κάλυψης και θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα – αποτελεί έναν πάρα πολύ σημαντικό και ευαίσθητο δείκτη για την αξιολόγηση των αναγκών του εμβολιασμού του πληθυσμού, τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εμβολιασμού, όπως και την αναγνώριση προβλημάτων τα οποία πρέπει με τις κατάλληλες παρεμβάσεις να διορθωθούν. Επομένως, η εμβολιαστική κάλυψη, όσο το δυνατόν ψηλότερη, θα πρέπει να είναι ο κύριος στόχος μας.

Το ποσοστό που δίνεται τώρα για τα διάφορα εμβόλια, στηρίζεται σε παλαιότερες μελέτες με μία αδύναμη μεθοδολογία και για αυτό αποτελεί ένα επίτευγμα το να εφαρμόζεται ήδη από ένα χρόνο και κάποιους μήνες το ηλεκτρονικό μητρώο καταγραφής των εμβολίων, με στόχο να υπάρξει ένα αξιόπιστοregistry**,**  που να μπορεί τα στοιχεία που μας δίνει να μας εκπροσωπούν και σε όλες τις χώρες που το ζητούν κάθε χρόνο σχετικά με την ενημέρωση για το πώς πάνε τα λοιμώδη νοσήματα στη χώρα μας. Λέω ότι δημιουργήθηκε και εφαρμόζεται το πρόγραμμα αυτό της ηλεκτρονικής καταγραφής των εμβολίων, αλλά η εξέλιξή του, η εφαρμογή του, είναι αργή, διότι είναι ένας επιπλέον φόρτος στους γιατρούς να περνάνε όλα τα στοιχεία. Πιστεύω, ότι με τη συνεχή ενημέρωση αυτό θα επιτευχθεί και έτσι θα έχουμε ένα αρχείο με αξιόπιστη εμβολιαστική κάλυψη. Την χρειαζόμαστε.

 Έρχομαι τώρα στο θέμα του ιού του HPV και του εμβολιασμού. Ακούσατε ένα ποσοστό περίπου 43%, που είπε ο κ. Αγοραστός. Το περίπου είναι ακριβώς, διότι δεν έχουμε τα στοιχεία. Ο HPV μπήκε στη ζωή μας, το εμβόλιο το 2008 και είναι ένα από τα παραδείγματα των εμβολίων που συνάντησε μεγάλη διστακτικότητα από τους γονείς. Είναι ένας παράγων που δικαιολογεί και την βραδεία θα έλεγα αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης. Οι λόγοι είναι πολλοί, απλώς θέλω να αναφέρω εν τάχει, οι παιδίατροι, όπως και η κυρία Λινού, γνωρίζουν. Το πρώτο ήταν, ότι φοβόντουσαν ότι κάνοντας το εμβόλιο για έναν ογκοποιό ιό μπορεί να δημιουργηθεί όγκος στο παιδί τους. Το δεύτερο και είναι συνηθισμένο, αν δεν βλέπουν τον κίνδυνο από ένα λοιμώδες νόσημα, αλλά τους μιλάει κανείς για μια πρόβλεψη δεκαετίες και μετά να μην έχουν το ίδιο ενδιαφέρον, και φυσικά η εφηβική ηλικία, που ξέρουμε πόσο δύσκολη είναι να τη φέρει κανείς σε ένα ιατρείο για να κάνει και να πείσει τον έφηβο για εμβολιασμό.

Είπα προηγουμένως ότι η εξέλιξη του χρονοδιαγράμματος δεν είναι στατική, αλλά είναι δυναμική και μπορείτε να δείτε πως από το 2008 μεταβλήθηκαν οι συστάσεις από την Εθνική Επιτροπή για τον εμβολιασμό, με κύρια σημεία την μεταβολή της ηλικίας ή την μεταβολή ακόμη και των δόσεων, διότι είναι κατανοητό ότι, όσο η επιστήμη προοδεύει, παρέχει πληροφορίες για το πόσο αποτελεσματικό, πόσο ανοσογόνο είναι το εμβόλιο, επομένως πόσο ευκολότερα μπορούμε να κάνουμε τα εμβολιαστικά σχήματα.

Επιπλέον, είχαμε και την τροποποίηση, τη βελτίωση του ίδιου του εμβολίου, που άρχισε από 2δύναμο, 4δύναμο και έχει φτάσει στις μέρες μας το είναι ένα 9δύναμο, δηλαδή να περιέχει 7 ογκογόνους ιούς και τους 2 ιούς που είναι για τα κονδυλώματα. Η σημαντική τομή στο θέμα του εμβολιασμού ήταν αυτή που έγινε προ έτους, με την εισαγωγή, την ενσωμάτωση και των αγοριών στο χρονοδιάγραμμα, όπως και την μείωση της ηλικίας από τα 11 - 12 που ήταν η ηλικία εμβολιασμού, στην ηλικία των 9 ετών. Αυτό φυσικά έγινε όπως γίνονται και όλες οι τροποποιήσεις, με συγκεκριμένες επιστημονικές γνώσεις, τεκμηριωμένες μελέτες, ότι και η ανοσογονικότητα είναι καλύτερη στη μικρότερη ηλικία. Είναι καλύτερο να γίνεται σε ηλικία που δεν έχει ακόμη εκτεθεί το άτομο στον ιό και οπωσδήποτε είναι ευκολότερο να γίνει ο χειρισμός του παιδιού, ο εμβολιασμός.

Δεν έχουμε καλή εμβολιαστική κάλυψη. Βραδέως βελτιώνεται. Σύμφωνα με στοιχεία από την ΗΔΙΚΑ, έχουμε μία αύξηση από την ηλικία έναρξης του εμβολιασμού σε μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά και ένα ποσοστό εμβολιασμού το οποίο είναι αρκετά βελτιωμένο όσο αφορά τον ο εμβολιασμό των αγοριών. Αποτελεί, δηλαδή, μία εντύπωση ότι, μαζί με τον εμβολιασμό των αγοριών, αυξήθηκε και η αποδοχή και ο εμβολιασμός των κοριτσιών. Τους στόχους του παγκόσμιου οργανισμού υγείας 90-70-90 το έχουμε δει και ίσως θα είναι καλό να το βλέπουμε και κάθε μέρα στα μάτια μας, για να μπορέσουμε να πετύχουμε αυτόν τον στόχο.

Η Εθνική Επιτροπή στην τελευταία της συνεδρίαση έχει, ουσιαστικά, διαμορφώσει μία πρόταση επέκτασης του εμβολιασμού, όμως η επισημοποίηση της αποδοχής αυτών των προτάσεων πρέπει να περάσει από τη διαδικασία της αξιολόγησης, από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και από την πολιτική ηγεσία, που, όμως, διαθέτει ευήκοα ώτα για ό,τι αφορά την πρόληψη. Μέγιστη, λοιπόν, εμβολιαστική κάλυψη, ηλεκτρονικό μητρώο εμβολιασμών σαν στόχοι, ενημέρωση, επικοινωνιακή στρατηγική, οικονομική στήριξη και ο καθένας μας να αναλάβει ένα μερίδιο ευθύνης για την ενημέρωση και για την προώθηση του εμβολίου. Η διαφάνεια αυτή νομίζω είναι χαρακτηριστική, ότι ένας εμβολιασμός αποτελεί μία μικρή νίκη. Ευχαριστώ πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟ Υ(Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Εμείς ευχαριστούμε. Θέλω να ευχαριστήσω τους συναδέλφους, καταρχάς, που ήρθαν σήμερα εδώ, 25 βουλευτές πραγματικά ήταν καλή η παρουσία και δείχνει το ενδιαφέρον που υπάρχει για το θέμα.

Ο κ. Αθανασάκης έχει το λόγο.

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ (Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Αξιολόγησης των Τεχνολογιών Υγείας στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής):** Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε, αξιότιμε κύριε Υπουργέ, αξιότιμη κυρία Αναπληρώτρια, αξιότιμε κύριε Υφυπουργέ, αξιότιμοι κυρίες και κύριοι βουλευτές, αγαπητοί συνάδελφοι, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι ο πιο συχνός καρκίνος στην Ελλάδα. Η θλιβερή αυτή πρωτιά ανήκει, προς το παρόν, στον καρκίνο του πνεύμονα. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας δεν είναι ούτε ο πιο ακριβός καρκίνος στην Ελλάδα. Η θέση αυτή ανήκει επί του παρόντος στον καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας, όμως, έχει ένα συγκεκριμένο μοναδικό χαρακτηριστικό, θα έλεγε κανείς. Είναι ένας καρκίνος ο οποίος, με τις κατάλληλες πολιτικές υγείας, μπορεί να προληφθεί και να εξαλειφθεί ολοκληρωτικά τα επόμενα χρόνια και αυτό συνιστά μια ευκαιρία την οποία το σύστημα υγείας της χώρας μας δεν μπορεί και δεν πρέπει να χάσει.

 Δίχως αμφιβολία και παρά τη σχηματική υπερβολή της εισαγωγής μου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό πρόβλημα, τόσο της δημόσιας υγείας, όσο και ατομικής και οικογενειακής φύσης. Στη χώρα μας κάθε χρόνο διαγιγνώσκουμε περίπου 700 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και κάθε χρόνο, δυστυχώς, χάνουμε περίπου 300 γυναίκες από τη νόσο. Κάθε μία από τις περιπτώσεις αυτές συνεπάγεται μια σημαντική κοινωνική απώλεια, απώλειες σε όρους παραγωγικότητας, γιατί ένα μεγάλο ποσοστό των διαγνώσεων αφορά σε γυναίκες οι οποίες είναι στην ακμή της παραγωγικής τους ηλικίας.

Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι περίπου τα 50 έτη, άρα ένα πολύ σημαντικό ποσοστό των διαγνώσεων είναι και κάτω από την ηλικία των 40 ετών. Είναι απώλεια σε όρους προσωπικού και οικογενειακού φορτίου. Η νόσος μειώνει την ποιότητα ζωής της πάσχουσα κατά περίπου 40% σε σχέση με μια γυναίκα χωρίς τη νόσο, με ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται σε όρους ατομικούς, σε όρους ψυχολογικούς, σε όρους οικογενειακού βάρους και, βεβαίως, είναι μια απώλεια σε όρους κόστος για το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, τώρα πλέον το Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους δέκα πλέον δαπανηρούς καρκίνους στην Ελλάδα, με μια αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια.

 Απέναντι σε αυτό το ανησυχητικό και εντεινόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας, η πρόοδος της επιστήμης έρχεται να δώσει μια αποφασιστική απάντηση. Επιτρέψτε μου να μοιραστώ μαζί σας μια ιστορική στιγμή. Στις 22 Γενάρη φέτος, πριν από 10 μέρες, ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα μιας μελέτης η οποία έγινε με στόχο να αξιολογηθεί το πρόγραμμα εμβολιασμού της Σκωτία έναντι του HPV. Ξεκίνησε περίπου την ίδια χρονιά με την Ελλάδα. Η μελέτη διαπίστωσε, μεταξύ άλλων, ευρημάτων πως ο αριθμός των καταγεγραμμένων περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε κορίτσια που εμβολιάστηκαν πλήρως κατά την ηλικία των 12 ή 13 ετών είναι μηδέν. Επαναλαμβάνω, είναι μηδέν. Δεν βρέθηκε ούτε μία περίπτωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε κορίτσια που εμβολιάστηκαν πλήρως όταν ήταν 12 ή 13 ετών στη Σκωτία. Ο εμβολιασμός, λοιπόν, έναντι του HPV είναι ένας από τους δύο βασικούς πυλώνες για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

 Η χώρα μας είναι μια χώρα με σημαντικό εμβολιαστικό κεφάλαιο, ιδίως στο πληθυσμό των παιδιών. Λέω πολύ συχνά στους συναδέλφους μου, αν θέλετε να βρείτε μια στατιστική όπου η Ελλάδα με το Λουξεμβούργο είναι στην ίδια θέση, δείτε τους εμβολιασμούς των παιδιών. Είμαστε στην ίδια θέση στα βασικά εμβόλια, από τις πρώτες. Τα τελευταία χρόνια, λοιπόν, η χώρα έχει κάνει σημαντικά βήματα και στο πεδίο των εμβολιασμών γενικότερα, αλλά και στην κατεύθυνση του εμβολιασμού έναντι του HPV. Με βάση στοιχεία της ΗΔΙΚΑ, τα οποία, παρεμπιπτόντως, είναι ένα σημαντικό εθνικό κεφάλαιο το οποίο πρέπει να εκμεταλλευτούμε, το 2023 συνταγογραφήθηκαν και χορηγήθηκαν 302.300 εμβόλια έναντι του HPV.

Αυτό είναι μια πάρα πολύ μεγάλη αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια και οφείλεται στο γεγονός ότι πλέον ο εμβολιασμός έχει επεκταθεί και στα αγόρια. Εμβολιάσαμε περίπου 55.000 κορίτσια, το υψηλότερο νούμερο των τελευταίων 7 ετών. Η μέση κάλυψη πια ανέρχεται σε περίπου 57%, σε κάποιες ηλικιακές ομάδες υπερβαίνει και το 70%. Δεν είμαστε ακόμα στο 90% που θέτει ως στόχο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αλλά παρουσιάζουμε μια θετική εξέλιξη. Το μικρό θαύμα, βεβαίως, συντελέστηκε στην περίπτωση των αγοριών. Το 2023 εμβολιάστηκαν έναντι του HPV περίπου 76.000 αγόρια και αυτό ακολουθεί τη σύσταση του 2022, την επέκταση της σύστασης του εμβολιασμού και στα αγόρια.

Βεβαίως, όπως είπε προηγουμένως και η Πρόεδρος, πιθανότατα συμπαρέσυρε και τους εμβολιασμούς στα κορίτσια. Τα αποτελέσματα αυτά, βεβαίως, μας κάνουν αισιόδοξους για το μέλλον. Απαραίτητο συμπληρωματικό στοιχείο στο πεδίο των εμβολιασμών στη χώρα είναι η κατάρτιση μιας εθνικής εμβολιαστικής πολιτικής, μιας εθνικής πολιτικής για τον εμβολιασμό, όπου με κανόνες επιστημονικής τεκμηρίωσης και κοινωνικής ομοφωνίας, η οποία είναι απαραίτητη, θα τεθούν μείζονα ζητήματα της εμβολιαστικής πολιτικής, μεταξύ αυτών, βεβαίως, το ποιοι πρέπει να είναι εμβολιαστικοί στόχοι, σε ποιους πληθυσμούς στόχους, πώς θα επιτύχουμε τους στόχους αυτούς και ποιες θα είναι οι πολιτικές μας. Αυτό θα μπορούσε να είναι τυπικό υπόδειγμα για όλες τις πολιτικές υγείας που θα εφαρμόσουμε στη χώρα.

Βεβαίως, όπως ανέφερε ο καθηγητής, κ. Αγοραστός, προηγουμένως, τον έτερο πυλώνα για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί ο πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος. Διακρίνουμε, σε αντιδιαστολή με τον έλεγχο αυτό, με τον ευκαιριακό έλεγχο, ο οποίος βασίζεται στην ατομική πρωτοβουλία, άρα, λοιπόν, καθορίζεται από μια σειρά από κοινωνικούς παράγοντες. Ο πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος είναι μία ουσιαστική κρατική παρέμβαση για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Είναι μια κρατική παρέμβαση, η οποία πρέπει να έχει ως στόχο, όπως όλα αυτά τα στοιχεία της δημόσιας υγείας, την ισότητα στην πρόσβαση και, στην ουσία, την ισότητα τις ίσης ευκαιρίας στην υγεία, καθιστώντας καθολικά διαθέσιμο τον έλεγχο εν είδει δημόσιου αγαθού, σαν ένα οιονεί δημόσιο αγαθό. Αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό, ώστε να εξομαλυνθούν οι υγειονομικές ανισότητες, που είναι το πρώτο θέμα στην ατζέντα της Υγείας αυτή τη στιγμή παντού στην Ευρώπη.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Σωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο Τραχήλου της Μήτρας, το οποίο σύντομα θα ξεκινήσει, είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό βήμα για τη χώρα. Θα πρέπει να θυμόμαστε, όμως, ότι το πρόγραμμα είναι, στην ουσία, μια κοινωνική δημόσια πολιτική και ως τέτοια οφείλει να αξιολογείται διαρκώς ως προς το επίπεδο επίτευξης των προσυμφωνημένων στόχων. Με χαρά σας μεταφέρω ότι η εφαρμογή του προγράμματος προβλέπει μια ειδική διαδικασία αξιολόγησης στη βάση δεικτών και αυτό είναι μια τακτική προς τη σωστή κατεύθυνση, η όποια πρακτική πρέπει να ενδυναμωθεί και να γενικευθεί και σε άλλες πολιτικές υγείας, ιδίως πολιτικές δημόσιας υγείας.

Ως επόμενο βήμα, αυτό το οποίο χρειάζεται να εξασφαλίσουμε είναι η μακροπρόθεσμη οικονομική βιωσιμότητα του προγράμματος στη μετά RRF εποχή, δηλαδή, να βρούμε τους πόρους, ώστε αυτό να μπορεί να είναι οικονομικά βιώσιμο τα επόμενα χρόνια, ενδεχομένως από πηγές όπως π.χ. η φορολόγηση των επιβλαβών συνηθειών για την υγεία και η κατεύθυνση των πόρων προς την προς τη δημόσια υγεία και ειδικά τον προσυμπτωματικό σωματικό έλεγχο. Οι δύο αυτές κατακτήσεις αποτελούν κεφάλαιο, το οποίο πρέπει να αποτελέσει παράδειγμα εφαρμογής τεκμηριωμένων μακροπρόθεσμων πολιτικών, οι οποίες θα υπερβαίνουν τον πολιτικό κύκλο. Η χώρα, τουλάχιστον στο επίπεδο πολιτικής στην Υγεία, πρέπει να περάσει στην άσκηση πολιτικής με βάση δεδηλωμένους στόχους, οι οποίοι θα παρακολουθούνται και αν χρειάζεται θα αναθεωρούνται είτε οι ίδιοι στόχοι είτε οι πολιτικές.

Η πολιτική μέσω στόχων είναι ένα βασικό θέμα διαφάνειας και κοινωνικής λογοδοσίας στα σύγχρονα συστήματα υγείας, το οποίο μπορεί να συνδράμει στη διατήρηση της βασικής αποστολής. Χρειάζεται να θυμόμαστε, να κατανοούμε και να λέμε ρητά ποια είναι η αποστολή του Συστήματος Υγείας, η οποία, βεβαίως, είναι η διατήρηση του επιπέδου υγείας και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής.

Κλείνοντας την τοποθέτησή μου αυτή, θα ήθελα να μην παραλείψω, αντιθέτως, θα ήθελα να εστιάσω σε ένα τελευταίο σημείο. Στη συζήτηση αυτή οφείλουμε να μην ξεχνούμε τις γυναίκες που διαγνώστηκαν ή πρόκειται να διαγνωστούν με τη νόσο. Το μονοπάτι του καρκίνου, όπως ξέρουμε και όπως βλέπουμε από τα ερευνητικά δεδομένα, είναι ένα δύσκολο μονοπάτι, το οποίο όμως μπορεί να έχει ευτυχή κατάληξη, αρκεί στο σύστημα να διαμορφώσουμε τις συνθήκες για να συμβεί αυτό. Η χώρα έχει σημαντικές κατακτήσεις στο πεδίο του καρκίνου, έχει σημαντικό αριθμό εξαίρετων επιστημόνων. Υιοθετεί συνέχεια νέες μορφές φροντίδας, έχει διασφαλίσει υψηλή πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες υγείας όπως π.χ. τα φάρμακα. Οφείλουμε, όμως, να έχουμε ανοιχτά μάτια και στη συζήτηση αυτή να δούμε κατάματα, να αναγνωρίσουμε και να εντοπίσουμε διαχρονικές υστερήσεις του Συστήματος Υγείας.

Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα – πάλι από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας του 2015 – το ταξίδι των ασθενών με καρκίνο στο Σύστημα Υγείας διακρίνεται από εμπόδια στην πρόσβαση γεωγραφικής ανισοκατανομής, αναγκών για μετακίνηση των πασχόντων στα διάφορα σημεία παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ασυνεχιών της φροντίδας, καθώς και υστερήσεις οι οποίες αφορούν στην ανταποκρισιμότητα του Συστήματος στις προσδοκίες των πολιτών.

 Μείζον θέμα διαχρονικού χαρακτήρα εδώ και 40 χρόνια είναι η υψηλή ιδιωτική δαπάνη. Το πρόβλημα είναι ότι πια παρατηρούμε ιδιωτική δαπάνη ακόμα και σε περιπτώσεις όπου οι φροντίδες που παρέχονται στους ασθενείς είναι θεωρητικά ασφαλισμένες. Τονίζω το «θεωρητικά», γιατί και στα ερευνητικά δεδομένα, αλλά και γινόμενοι κοινωνοί μηνυμάτων από τις ενώσεις των ασθενών, βλέπουμε χρεώσεις ακόμα και σε φροντίδες οι οποίες είναι θεωρητικά ασφαλισμένες. Αυτό είναι κάτι το οποίο χρειάζεται να αλλάξουμε, καθώς οι όροι κοινωνικής αλληλεγγύης στους οποίους είναι χτισμένα τα συστήματα υγείας, μεταξύ αυτών και το δικό μας, επιβάλλουν την οικονομική προστασία του ασθενούς ιδίως σε σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα.

Σημαντικά, βεβαίως, βήματα θα πρέπει να κάνει το σύστημα υγείας, ολοκληρώνοντας την ασφαλιστική αποζημίωση της υποστηρικτικής φροντίδας, η οποία τώρα είναι εξ ολοκλήρου σχεδόν ιδιωτική δαπάνη, αλλά και στην αποζημίωση σημαντικών συνοδών εργαλείων της σύγχρονης θεραπευτικής πρακτικής, όπως οι εξετάσεις βιοδεικτών. Ειδικά για τους βιοδείκτες αυτό το οποίο χρειαζόμαστε είναι η εφαρμογή μιας σταθερής διαδικασίας ασφαλιστικής αξιολόγησης αυτών και ένταξής τους στα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Τέτοιες σχετικές προτάσεις υπάρχουν στη δημόσια σφαίρα.

Η ευκαιρία να ελέγξουμε πλήρως ένα διαδεδομένο καρκίνο για πρώτη φορά στην ιστορία βρίσκεται μπροστά μας. Είναι μια ευκαιρία που δεν πρέπει να χαθεί και η οποία μπορεί να αποτελέσει και η διαχείριση που μπορούμε να εφαρμόσουμε με τους κατάλληλους χειρισμούς τον οδηγό για τη διαχείριση και των υπόλοιπων μορφών καρκίνου, στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για τη νόσο. Η βιωσιμότητα και η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας διέρχονται από τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων. Τα συστήματα υγείας στο μέλλον θα μπορέσουν να μείνουν στα πόδια τους αν καταφέρουν να διαχειριστούν τη χρόνια νοσηρότητα. Νομίζω ότι η συζήτηση αυτή που κάνουμε σήμερα προσθέτει σημαντικά σε μια συλλογική προσπάθεια, η οποία πρέπει, εν τέλει, να μετουσιωθεί σε μια εθνική στρατηγική για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Εμείς ευχαριστούμε.

Το λόγο έχει ο κ. Υπουργός.

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ - ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ (Υπουργός Υγείας)**: Κύριε Πρόεδρε, κατ’ αρχάς θέλω να επαινέσω την Επιτροπή για την πρωτοβουλία να γίνει η σημερινή συζήτηση. Να ευχαριστήσω όλους τους επιστήμονες που προσκλήθηκαν και ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση της Επιτροπής να μιλήσουμε για αυτό το θέμα, τους εκπροσώπους των ασθενών για την παρουσία τους εδώ.

Γενικά η πρόληψη θα έπρεπε αυτονοήτως να αποτελεί τη βασική πολιτική κάθε σοβαρού κράτους, υπό την έννοια ότι το αγαθό της υγείας είναι ιερό, αναφαίρετο και σπουδαίο σε όλους μας. όλοι πρέπει να έχουμε πρόσβαση στη θεραπεία της όποιας ασθένειας προκύπτει στη ζωή μας, αλλά είναι για όλους πολύ καλύτερα να μην χρειαστούμε καμία θεραπεία, εφόσον θα έχουμε κάνει τα αδύνατα δυνατά για να μην νοσήσουμε. Ασφαλώς στην ανθρώπινη φύση, δυστυχώς, μέσα είναι και η ασθένεια. Έτσι είμαστε φτιαγμένοι. Όμως, η πρόοδος της ανθρωπότητας και η επιστήμη μάς έχει δώσει εργαλεία για να μπορούμε σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από όταν στο παρελθόν αυτά να τα αντιμετωπίζουμε.

Θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την κυρία Θεοδωρίδου και όλη την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, για την πολύ καλή δουλειά που κάνετε σε μία περίεργη εποχή. Διότι η εποχή του Covid, όχι μόνο στην Ελλάδα – για να μην αδικούμε τον εαυτό μας – αλλά παγκοσμίως, οδήγησε αυτή την πολύ μεγάλη σύγκρουση μεταξύ εμβολιαστών και αντιεμβολιαστών. Είχαμε μία σχετική συζήτηση με συνάδελφο από την «ΝΙΚΗ» σε προηγούμενη επίκαιρη ερώτηση. Μάλιστα, αναγκάστηκα μετά τη συζήτηση να κάνω και μια μελέτη πάνω στα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για την πορεία των αιφνίδιων θανάτων στην Ελλάδα τα τελευταία δύο χρόνια που βαίνει αισθητά μειούμενη, κάτι το οποίο έχει εξαιρετικό ενδιαφέρον.

Κανένας από τους πολέμιους των εμβολίων δεν κατάφερε να απαντήσει επιστημονικά μέχρι σήμερα. Το εμβόλιο για το Covid είναι σήμερα το πιο δοκιμασμένο εμβόλιο στην ανθρώπινη ιστορία. Μόνο στον ελληνικό πληθυσμό, αν το κάνουμε ένα στατιστικό απλό δείγμα, στα 11 εκατομμύρια ανθρώπους που ζούμε στην Ελλάδα, τα 10 εκατ. έχουμε εμβολιαστεί. Και όχι μία φορά, κατ’ ελάχιστον τρεις. Κάποιοι και έξι, αλλά εγώ θα πω κατ’ ελάχιστον τρεις.

Εάν αυτό το εμβόλιο ήταν τόσο φοβερά καταστροφικό, με τόσο εκπληκτικές παρενέργειες για την υγεία, γύρω μας θα βλέπαμε ανθρώπους να πεθαίνουν σαν τα κοτόπουλα. Στους δε στατιστικούς δείκτες των θανάτων εν γένει και των αιφνίδιων θανάτων, θα βλέπαμε, προφανώς, τεράστια επίπτωση, αφού – στατιστικά αν το πάρουμε - σχεδόν όλοι έχουμε εμβολιαστεί, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Στην Ελλάδα όχι μόνο δεν έχουμε αύξηση, αλλά μείωση. Σάς παραπέμπω στα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ. Κατά συνέπεια και μόνο αυτό θα έπρεπε να έχει πείσει τον κάθε στοιχειωδώς λογικά σκεπτόμενο άνθρωπο ότι οι θεωρίες περί της μεγάλης ζημιάς των εμβολίων θα είχαν πάει περίπατο. Δεν συμβαίνει, γιατί οι άνθρωποι συνηθίζουν να πολώνονται ιδεολογικά και να πιστεύουν σε διάφορες συνωμοσίες.

Οφείλω, όμως, να πω ότι αυτή η σύγκρουση έχει βλάψει γενικά την αντίληψή μας για τα εμβόλια εν γένει. Όχι για τα εμβόλια για τον Covid πια, αλλά για την έννοια του εμβολίου και για τη χρησιμότητα των εμβολίων στην προστασία της δημόσιας υγείας των ανθρώπων. Είμαστε, λοιπόν, εδώ, σήμερα, να σάς παρουσιάσουμε, εκ μέρους της Κυβέρνησης συνολικά, το σχέδιο δράσης που έχουμε για τον καρκίνο και θα αναφερθώ και ειδικότερα για τα εμβόλια για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η Κυβέρνησή μας έχει ένα ολιστικό σχέδιο για την πρόληψη και διαχείριση του καρκίνου, το οποίο ξεκινάει με την προγραμματισμένη σύνταξη ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο, το οποίο περιλαμβάνει παρεμβάσεις, εκ των οποίων κάποιες έχουν ήδη σχεδιαστεί, ενώ άλλες έχουν ήδη ξεκινήσει να υλοποιούνται. Οι παρεμβάσεις καλύπτουν την πρωτογενή πρόληψη, τη δευτερογενή πρόληψη, καθώς και τη θεραπεία και διαχείριση των ασθενών.

Στην πρωτογενή πρόληψη, πρωταρχική μας επιδίωξη είναι να βοηθήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερους συμπολίτες μας από το να μην νοσήσουν. Για το σκοπό αυτό, στοχεύουμε στη μείωση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στον καρκίνο, αλλά και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία και είναι η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η κατάχρηση του αλκοόλ και φυσικά το κάπνισμα. Έτσι, έχουμε σχεδιάσει δράση αντιμετώπισης καθενός από αυτούς τους παράγοντες, ενώ, παράλληλα, στοχεύουμε στην πρόληψη των καταστάσεων που συνδέονται με την εμφάνιση των κυριότερων μορφών καρκίνου.

Ιδίως η παχυσαρκία αποτελεί έναν από τους κρισιμότερους παράγοντες κινδύνου που σχετίζεται με την εμφάνιση των κυριότερων μορφών καρκίνου, αλλά και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η παχυσαρκία αποτελεί μία από τις κυριότερες απειλές δημόσιας υγείας, τη χώρα μας, καθώς έχουμε υψηλό ποσοστό υπέρβαρων ή παχύσαρκων ενηλίκων στην Ευρώπη, 57,6% εμείς, έναντι 52,7% η Ευρώπη. Επίσης, στα παιδιά μας οι υψηλότερες θέσεις, με 1 στα 3 παιδιά να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα.

Για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και την αύξηση της φυσικής άσκησης, έχουμε ήδη ξεκινήσει συνεργασία με τη UNICEF, ένα από τα μεγαλύτερα και πιο ολοκληρωμένα προγράμματα καταπολέμησης παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, παρεμβάσεις στο σχολείο για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της άσκησης στα παιδιά και τις οικογένειές τους. Περιλαμβάνει ενημέρωση για τοπικά προϊόντα, εκπαίδευση, μαγειρική και προώθηση υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών, συμβουλευτική για δωρεάν υπηρεσίες σε γονείς και υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά από παιδιάτρους και διατροφολόγους, αλλά και ειδικές δωρεάν υπηρεσίες που ενσωματώνουν τη νέα τεχνολογία σε παιδιά που έχουν ήδη αναπτύξει διαβήτη και υπέρταση εξαιτίας παχυσαρκίας. Παράλληλα, στοχεύουμε στη μείωση της παχυσαρκίας ενηλίκων, με αντίστοιχο πρόγραμμα που έχουμε σχεδιάσει σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αναμένεται να ξεκινήσει εντός του έτους.

Για τη μείωση κατανάλωσης του αλκοόλ, σχεδιάζουμε ενημερωτική εκστρατεία για την ευαισθητοποίηση των συμπολιτών μας και τη μείωση κατανάλωσης ειδικά στους νέους, που αποτελεί, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, την ομάδα-στόχο υψηλής προτεραιότητας. Συνολικά επενδύουμε πάνω από 50 εκατ. ευρώ μέχρι το 2025 για προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που βοηθούν στη μείωση της νόσου με καρκίνο.

Στη δευτερογενή πρόληψη, στόχος μας είναι η διενέργεια μαζικών προληπτικών εξετάσεων σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Η επιδίωξή μας είναι να βοηθήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερους συμπολίτες μας να εντοπίσουν έγκαιρα τις επικρατέστερες μορφές καρκίνου από πρώιμες εκδηλώσεις, οι οποίες υπάρχουν πολύ νωρίτερα από την εμφάνιση συμπτωμάτων που θα οδηγούσε κάποιον τελικά στο γιατρό. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι πολύ σημαντική, καθώς επιτρέπει την αύξηση του προσδόκιμου ζωής ή και την ίδια τη θεραπεία της νόσου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη φορά που η χώρα μας διενεργεί πληθυσμιακά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Ως τώρα οι πολίτες πήγαιναν στο γιατρό είτε για προληπτικές εξετάσεις, είτε συχνότερα, αφού είχαν παρατηρήσει κάποιο σύμπτωμα, που ήταν, όμως, ήδη αργά για τον καρκίνο. Η μεμονωμένη προληπτική εξέταση, δε, συνεπάγεται βελτίωση των δεικτών υγείας σε εθνικό επίπεδο. Αυτό επιτυγχάνεται μόνο με τα οργανωμένα πληθυσμιακά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, τα οποία πλέον εφαρμόζονται για πρώτη φορά στη χώρα μας.

Σε αυτό το πλαίσιο, έχουμε ήδη ξεκινήσει το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού «Φώφη Γεννηματά». Το πρόγραμμα αφορά σε 1,3 εκατομμύρια γυναίκες ηλικίας 50 έως 69 ετών και προσφέρει δωρεάν εξέταση ψηφιακής μαστογραφίας, δωρεάν επίσκεψη στο γιατρό για τις γυναίκες που θα έχουν ευρήματα και δωρεάν διενέργεια υπερηχογραφήματος. Μέχρι στιγμής έχουν ήδη διενεργηθεί πάνω από 300.000 μαστογραφίες και έχουν εντοπιστεί έγκαιρα με συμπτώματα πάνω από 20.000 γυναίκες, δηλαδή μία ολόκληρη πόλη. Πρόσφατα αναθεωρήθηκαν οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες και πλέον το πρόγραμμα αφορά σε γυναίκες ηλικίας 45 έως 84 ετών. Έχει αυξηθεί, δηλαδή, το ηλικιακό εύρος. Επεκτείνουμε τα ηλικιακά όρια και συμπεριλαμβάνουμε ακόμα περισσότερες γυναίκες στο πρόγραμμα. Επίσης, ξεκινάει άμεσα το πρόγραμμα πρόληψης.

 Ερχόμαστε στο θέμα της σημερινής ειδικής συζήτησης, για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το οποίο αφορά σε 2,5 εκατομμύρια γυναίκες ηλικίας 21 έως 65 ετών και προσφέρει δωρεάν τις εξής προληπτικές εξετάσεις, μοριακό τεστ HPV DNA, για γυναίκες 30 έως 65, εξέταση Test PAP, κολποσκόπηση, βιοψία και φυσικά εξέταση από εξειδικευμένο γιατρό. Το πρόγραμμα έχει προσαρμοστεί σύμφωνα με νεότερα επιστημονικά δεδομένα, ώστε να παρέχει τη δυνατότητα επαναληπτικής εξέτασης για τις γυναίκες στις οποίες συστήνεται, οι οποίες θα έχουν, φυσικά, τη δυνατότητα να κάνουν επαναληπτικές εξετάσεις εντελώς δωρεάν, σύμφωνα με το είδος των ευρημάτων, όπως έχουν καθοριστεί από την αρμόδια Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων Δημόσιας Υγείας.

Το πρόγραμμα αυτό, μάλιστα, εντάσσεται στο πλαίσιο μιας ευρύτερης και ολοκληρωμένης στρατηγικής για τον εμβολιασμό κατά της HPV. Έτσι, έχει επεκταθεί ο εμβολιασμός και στα αγόρια και ήδη καλύπτεται για το έτος 2024 και θα συνεχιστεί και το 2025 να καλύπτεται. Η χώρα μας έχει υιοθετήσει τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που οφείλεται στον ιό HPV. Έτσι, βασική μας επιδίωξη είναι έως το 2030 να πετύχουμε, πρώτον, τον εμβολιασμό του 90% των κοριτσιών ηλικίας έως 15 ετών με το εμβόλιο κατά του ιού HPV, δεύτερον, την αύξηση του εμβολιασμού των αγοριών, τρίτον, τη συμμετοχή του 70% των γυναικών στο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου – τα προγράμματα αυτά ξεκινούν τώρα και συνεχίζονται – και, τέταρτον, την πρόσβαση σε έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία τουλάχιστον 90% των γυναικών με προ καρκινικές αλλοιώσεις ή καρκίνο του τραχήλου που θα ανιχνευθούν από το πρόγραμμα.

Επίσης, το πρώτο εξάμηνο του τρέχοντος έτους αναμένεται να ξεκινήσει και το πρόγραμμα για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, το οποίο απευθύνεται σε 3,8 εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 έως 65 ετών και περιλαμβάνει δωρεάν εξέταση κολονοσκόπησης, αλλά και συμπληρωματικές μεθόδους αυτοεξέτασης προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, σύμφωνα πάντα με τις συστάσεις Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων Δημόσιας Υγείας.

Σχεδιάζουμε επίσης υλοποίηση πιλοτικού προγράμματος πρόληψης για τον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου του πνεύμονα για άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο σε τουλάχιστον 4 μεγάλα νοσοκομεία της χώρας. Η χώρα μας μάλιστα θα είναι από τις πρώτες στην Ε.Ε. που θα υλοποιήσουν τέτοιο πρόγραμμα. Επίσης, βρίσκεται σε τροχιά υλοποίησης το πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του δέρματος, το οποίο ενσωματώνει την τεχνολογία της τεχνητής νοημοσύνης. Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί σε συνεργασία με τοπικές δομές υγείας και απευθύνεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι αλιείς, οι γεωργοί, οι κτηνοτρόφοι και όλοι όσοι ασκούν κατά βάση χειρωνακτική εργασία και εκτίθενται στους παράγοντες κινδύνου.

Συνολικά, επενδύουμε πάνω από 200 εκ. ευρώ μέχρι το 2025 για προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης που αφορούν τον καρκίνο και στην πλειονότητά τους προέρχονται από το Ταμείο Ανάκαμψης και ανθεκτικότητας, ενώ για κάποια αξιοποιούμε και τα κοινοτικά κονδύλια από το ΕΣΠΑ. Θέλω εδώ να απαντήσω σε κάτι που άκουσα. Ασφαλώς σχεδιάζουμε πώς θα δοθούν τα προγράμματα αυτά και μετά το Ταμείο Ανάκαμψης, διότι τώρα μαθαίνουμε πώς γίνεται και καταγράφουμε τις πραγματικές μας ανάγκες. Κάνουμε ένα γενικό screening όλου του πληθυσμού και αυτό θα είναι ένας θησαυρός πληροφοριών για τη χώρα για πολλά χρόνια μπροστά, γιατί με την υλοποίηση του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς θα έχουμε και καταγραφή όλων εξετάσεων σε όλους τους ανθρώπους εξατομικευμένα και άρα θα βλέπουμε ακριβώς την κατάσταση της υγείας τους και καταλαβαίνετε ότι αυτό θα αποτελέσει εργαλείο μας για άσκηση δημόσιας πολιτικής για πολλά επόμενα χρόνια.

Τέλος, στη θεραπεία και παρακολούθηση των ασθενών, αναμένεται να ξεκινήσει το προσεχές διάστημα η ανέγερση του μοναδικού αντικαρκινικού νοσοκομείου στη Βόρεια Ελλάδα και συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη, με το βλέμμα στραμμένο στην πρόληψη, την πρώιμη διάγνωση και διαχείριση νόσου. Πρόκειται να έχει δυναμική 400 έως 450 κλινών, 100 μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, μονάδα εντατικής θεραπείας και σύγχρονα χειρουργεία. Είναι ένα έργο με χρηματοδότηση άνω των 250 εκ ευρώ, προερχόμενη από συμπράξεις ιδιωτικού και δημοσίου τομέα και θα αποτελεί την πιο σύγχρονη, πρωτοποριακή και καινοτόμα δομή, συνδεδεμένη με όλα τα διεθνή πρότυπα Υγείας, που θα παρέχει κορυφαίες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες σε ασθενείς από ολόκληρη τη Βόρεια Ελλάδα.

 Αναπτύσσουμε επίσης ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα φροντίδας ογκολογικών και αιματολογικών ασθενών με στόχο την υποστήριξαν ασθενών με καρκίνο από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι την θεραπεία την αποκατάστασή τους.

Αλλάζουμε το πλαίσιο των τοπικών μονάδων υγείας. Η επιδίωξη μας είναι να κάνουμε ενέσιμες θεραπείες στην κοινότητα, ενώ εξετάζουμε τη δυνατότητα να γίνονται και χημειοθεραπείες στην κοινότητα. Να πω εδώ ότι ήδη ολοκληρώθηκε σχετικό πρόγραμμα για τη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο στο σπίτι από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» μέσα στα πλαίσια του έργου του ΟΔΙΠΥ. Θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα και το λέω για τον κ. Πλεύρη, τον πρώην Υπουργό Υγείας, που επί θητείας του ξεκίνησε το σχετικό πιλοτικό πρόγραμμα, με εξαιρετικά αποτελέσματα στους δείκτες που απάντησαν οι ασθενείς για το πώς βίωσαν την εμπειρία αυτή και την ευχαρίστηση τους ή όχι από το πρόγραμμα.

Τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά καλά και φυσικά στο ΝΟΣΠΙ και τη μεγάλη του έναρξη τους επομένους μήνες, αυτό θα πάρει γενικό χαρακτήρα. Ψηφίστηκαν διατάξεις που αφορούν την ανακουφιστική φροντίδα. Είναι η ολιστική φροντίδα μέσω της οποίας μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας με γιατρό, νοσηλευτή, ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό, επιδιώκει τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο με την κάλυψη τόσο των οργανικών όσο και των ψυχικών, κοινωνικών και πνευματικών τους αναγκών, καθώς και των αναγκών όλων των μελών της οικογενείας τους.

Κάθε χρόνο περίπου 45.000 - 50.000 ογκολογικοί ασθενείς και οι οικογένειες τους χρειάζονται υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας. Δημιουργούμε σύστημα νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι, το ΝΟΣΠΙ, για στοχευμένες ευαίσθητες ομάδες ασθενών με χρόνιες αναπηρίες που περιλαμβάνει και καρκίνο. Περιλαμβάνει τη διαμόρφωση πλήρους θεσμικού πλαισίου, στελέχωση εκπαίδευσης προσωπικού, λειτουργία οκτώ κέντρων αναφοράς για περιστατικά παιδιών και ενηλίκων. Συνολικά επενδύουμε 270 εκατομμύρια ευρώ μέχρι το 2025 για προγράμματα θεραπείας και παρακολούθησης, που αφορούν, μεταξύ άλλων, και τον καρκίνο.

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονίσουμε πως είναι η πρώτη φορά που η χώρα μας έχει ένα τόσο ολοκληρωμένο και συνεκτικό σχέδιο αντιμετώπισης του καρκίνου με προγράμματα και δράσεις που έχουν ήδη σχεδιαστεί και πολλά από αυτά υλοποιούνται ήδη σώζοντας ζωές καθημερινά. Θα ήθελα εδώ, για λόγους ιστορικής δικαιοσύνης, να αναφερθώ ιδιαίτερα στη δουλειά που κάνει η Αναπληρώτρια Υπουργός. Την ευχαριστώ πολύ για αυτό. Το πρόγραμμα πηγαίνει πάρα πολύ καλά. Πιστεύω ότι τον Μάρτιο θα έχουμε την πλήρη έναρξη του προγράμματος για τον καρκίνο της μήτρας, που πιστεύω ότι θα αλλάξει την εικόνα αυτής της ασθένειας στην Ελλάδα, με έναν τρόπο που δε μπορούμε να το φανταστούμε σήμερα.

Το ότι η Κυβέρνηση μας αποφάσισε να εντάξει ένα τόσο μεγάλο κομμάτι πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης, δείχνει και την πραγματική μας πίστη για το πώς η πρόληψη θα έπρεπε να είναι δέκα χρόνια προτεραιότητα μας και μπορώ να σας πω ότι για το Εθνικό Σύστημα Υγείας η πρόληψη είναι ίσως η μοναδική του ελπίδα να ανταπεξέλθει στις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες που έρχονται και θα πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι για αυτό που έρχεται.

Ο πληθυσμός, όχι μόνο ο ελληνικός – αλλά εμάς μας ενδιαφέρει ο ελληνικός – γηράσκει, ταυτόχρονα ζει περισσότερο, που σημαίνει ότι ο ίδιος πληθυσμός αυξάνει τις ανάγκες σε παρεχόμενη φροντίδα υγείας, γιατί γηράσκουμε και ζούμε περισσότερο μεν, αλλά χρειαζόμαστε περισσότερες θεραπείες για νοσήματα που τελικά θα έρθουν στη ζωή μας και χρειαζόμαστε περισσότερα καινοτόμα φάρμακα και καινοτόμες θεραπείες που κατά τη διάρκεια της ζωής μας εφευρίσκονται από την επιστημονική κοινότητα αλλά χρειάζονται περισσότερους πόρους από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, για να μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε.

Άρα, εάν καταφέρουμε, μέσω των προγραμμάτων της πρόληψης, να καθυστερήσουμε σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό την έναρξη που κάποιος συμπολίτης μας θα χρειαστεί τελικά τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αυτό συνολικά θα προκαλέσει μικρότερες δαπάνες και θα μπορούσε να εξισορροπήσει την αύξηση δαπανών που η γήρανση του πληθυσμού αναπόφευκτα φέρνει.

Στα πλαίσια αυτά, κύριε Πρόεδρε, και οι συνεδριάσεις της Βουλής είναι εξαιρετικά χρήσιμες. Θα ήθελα, πραγματικά, να παρακαλέσω όλες τις Πτέρυγες της Βουλής να συμμετάσχουν σε αυτά τα προγράμματα. Δεν φτάνει ούτε η διαφημιστική καμπάνια που θα κάνουμε, ούτε να το λέει το Υπουργείο, η Κυβέρνηση. Θα πρέπει να είναι μια συνολική προσπάθεια της κοινωνίας να πειστεί ο πληθυσμός να κάνει χρήση αυτών των προγραμμάτων που πλέον τα δίνουμε εντελώς δωρεάν, αλλά για να έχουν επίπτωση δεν φτάνει αυτό, αλλά πρέπει οι συμπολίτες μας να προσέλθουν να εξεταστούν. Πρέπει να κάνουν χρήση των δωρεάν εξετάσεων. Είναι σημαντικό να εξεταστεί ο πληθυσμός, διότι με αυτόν τον τρόπο θα σώσουμε ζωές και το να σώσουμε ζωές πρέπει να είναι πάνω από την όποια πολιτική ή ιδεολογική αντιπαράθεση.

Θα περιμένω να ακούσω τον κύριο Δέδε, διότι η Ένωση των Ασθενών, είναι το πιο εντυπωσιακό πράγμα που έχω δει μέχρι τώρα στη θητεία μου, στο Υπουργείο Υγείας. Θέλω να σας συγχαρώ, πραγματικά, όλους όσοι συμμετέχετε στην Ένωση. Ευχαριστώ.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΔΕΔΕΣ (Πρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας ):** Ευχαριστούμε για τα καλά σας λόγια. Κύριε Πρόεδρε της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, αξιότιμοι Υπουργοί, μέλη του Κοινοβουλίου, κυρίες και κύριοι καθηγητές, καταρχάς θα ξεκινήσω και εγώ συγχαίροντας τον κύριο Οικονόμου για την πρωτοβουλία αυτή, για αυτή την εκδήλωση και, βεβαίως, να ευχαριστήσουμε την Επιτροπή για την σταθερή πρόσκληση των εκπροσώπων των ασθενών. Η παρουσία όλων των Υπουργών και του κυρίου Θεμιστοκλέους στην αρχή, δείχνει την τεράστια σημασία που δίνει η πολιτική ηγεσία, στα θέματα της πρόληψης και βεβαίως και η παρουσία και του πρώην Υπουργού, με τον οποίο είχαμε και πολύ στενή συνεργασία.

Θα σχολιάσω ορισμένα από τα θέματα τα οποία ακούσαμε. Οι τίτλοι των ζητημάτων που θέλω να αναφερθώ είναι, πρώτον, τα δεδομένα κάλυψης και ο εμβολιαστικός ρυθμός, το γεγονός ότι χρειαζόμαστε ξεκάθαρους στόχους. Ακούστηκαν κάποιοι και αναφέρατε, βεβαίως, κύριε Υπουργέ, και εσείς ότι υιοθετούμε, αν κατάλαβα καλά, τους στόχους της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, γιατί νομίζω η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει βάλει πιο υψηλούς στόχους για το σκανάρισμα των ομάδων στόχων.

Ένα πολύ σημαντικό θέμα, που αποτελεί και κεντρικό πυρήνα του ρόλου της Ένωσης Ασθενών είναι η προαγωγή της εγγραματοσύνη σε θέματα υγείας, τα εμβολιαστικά προγράμματα και πώς αυτά μπορούν να είναι λίγο πιο ισχυρά και, βεβαίως, ποιος είναι ο ρόλος εντέλει των συλλόγων ασθενών. Θα ξεκινήσω με τα δεδομένα κάλυψης. Ακούσαμε, λοιπόν, ότι τα τελευταία χρόνια υπήρχε μεγάλη αύξηση στον εμβολιασμό κοριτσιών και αγοριών. Θεωρώ, λοιπόν, ότι είναι πολύ σημαντικό το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να κάνει μια ομάδα, η οποία θα καθίσει λίγο να το δει, να δούμε λίγο, πραγματικά ποιες είναι οι ηλικιακές αυτές ομάδες, πόσα είναι τα κορίτσια και τα αγόρια και τι θα έπρεπε να κάνουμε και ποιος θα έπρεπε να είναι ο στόχος.

Θεωρούμε, όπως αναφέρθηκε και ο Υπουργός ότι ο Covid, από τη μία μεριά, έδειξε ένα παράδειγμα επιτυχούς εμβολιαστικού προγράμματος, από την άλλη, ανέδειξε όλη αυτή τη δυσπιστία, η οποία ολοένα και εμφανίζεται παγκοσμίως, απέναντι στα εμβόλια. Για αυτό το λόγο θεωρούμε ότι είναι σημαντικός ο ρόλος και των ενώσεων ασθενών και συνολικά της Ένωσης Ασθενών, στην προαγωγή της εγγραματοσύνης και στην κινητοποίηση των πολιτών, για όλους τους προσυμπτωματικούς ελέγχους που χρειάζονται και γενικότερα για τις εξετάσεις.

Ένα πράγμα το οποίο έχουμε ακούσει και από μέλη της Επιτροπής, ίσως να αναγνωρίσετε και την πηγή της αναφοράς, ένα μέλος, λοιπόν, μου έλεγε κάποια στιγμή ότι το εμβολιαστικό πρόγραμμα επαγγέλλεται και, από εκεί και πέρα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες πρωτοβουλίες. Είναι ένα παθητικό πρόγραμμα, για το οποίο, βεβαίως, στηριζόμαστε στους παιδιάτρους, να το προτείνουν στους γονείς και, φυσικά, ανάλογα και τις ηλικίες, γιατί στο συγκεκριμένο εμβόλιο στο οποίο αναφερόμαστε ήταν για την εφηβική, τώρα έχει γίνει και για την προεφηβική ηλικία. Δεν είναι ξεκάθαρο πότε και σε ποια ευκαιρία θα ζητηθεί ή θα προταθεί.

Βλέποντας τις προτάσεις του εμβολιασμού της Εθνικής Επιτροπής, είναι μια σειρά από εμβόλια που βλέπω ότι είναι σε αυτή την ηλικία των 9-10-11 και μάλιστα μου έκανε εντύπωση έχει μία σειρά από προτάσεις προς τους γονείς, αλλά και προς την Πολιτεία, για το πώς θα μπορούσε να πετύχει την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης. Δηλαδή, δίνει με πολύ συγκεκριμένες προτάσεις με ποιο τρόπο μπορούμε να το κάνουμε. Σε αυτό, λοιπόν, βεβαίως, είμαστε διατεθειμένοι, να παίξουμε και εμείς τον ρόλο, που μας αντιστοιχεί.

Εδώ, θα έχει ίσως ενδιαφέρον, αναφέρθηκε εδώ και ο Υπουργός νωρίτερα ότι όταν θα υπάρξει ο ηλεκτρονικός φάκελος, θα μπορούμε με πολύ πιο ενεργητικό τρόπο να βλέπουμε και να απευθυνόμαστε στους πολίτες και εδώ θα μπορούσε, βεβαίως, να παίξει και ένα ρόλο ο προσωπικός γιατρός. Άλλη μια φορά, δηλαδή, πρέπει να κάνουμε μια ενοποίηση όλων των πολιτικών, που θα μπορούσαν να συνδράμουν προς αυτή την κατεύθυνση.

Να αναφερθώ λίγο στον ρόλο των συλλόγων των ασθενών. Πολλοί σύλλογοι ασχολούνται με πρωτοβάθμια πρόληψη, οπότε είναι κάτι το οποίο μπορούμε στα πλαίσια της συνεργασίας με την Ένωση ή με την ΕΛΛΟΚ και το «Καρκινάκι», συνειδητοποιώ όσους χαιρετισμούς δεν έκανα, δεν χαιρέτησα τους συναδέλφους μου που παρίστανται εδώ, ότι έχουν αναληφθεί πολλές πρωτοβουλίες. Άλλωστε, βλέπετε και το προϊόν της δουλειάς των συναδέλφων με έρευνες και με παρεμβάσεις και σε συνεργασία με τον κύριο Αγοραστό, που έχει γίνει όλα αυτά τα χρόνια.

Υπάρχουν σύλλογοι οι οποίοι χρόνια τώρα ασχολούνται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο στις δικές τους κατηγορίες και εκεί ένα ρόλο που μπορούμε να παίξουμε, θεωρώ, είναι στη βοήθεια για την ενδυνάμωση και στήριξη των ευάλωτων πληθυσμών. Στην περίπτωση στην οποία συζητάμε, ευάλωτοι πληθυσμοί συμπεριλαμβάνουν άτομα τα οποία εργάζονται στο χώρο του σεξ, άνθρωποι από άλλα έθνη, δηλαδή μετανάστες, πρόσφυγες που έχουν πρόβλημα στην ενημέρωση. Εκεί θεωρούμε, λοιπόν, ότι μπορούμε να παίξουμε, επίσης, έναν ρόλο. Άρα συνολικά θα έλεγα ότι είναι πολλοί.

Φυσικά, έχουν ξεκινήσει τα προγράμματα. Μάλιστα, ήταν εδώ πέρα στις 3 Νοεμβρίου του 2021, που ο Πρωθυπουργός εξήγγειλε στα πλαίσια της ημερίδας για το προσυμπτωματικό έλεγχο το πρόγραμμα «Φώφη Γεννηματά» και είναι το πρώτο πρόγραμμα το οποίο όλοι μας έχουμε αγκαλιάσει και θεωρούμε ότι έχει δείξει πόσο σημαντικό είναι να υπάρχει ακριβώς αυτή η συνεργασία. Αυτές ήταν οι σκέψεις μου και θεωρώ ότι έχουμε κάθε ευκαιρία να διερευνήσουμε τρόπους με τους οποίους μπορούμε να παίξουμε και εμείς κάποιον ρόλο για να πείσουμε τους Έλληνες πολίτες ότι τα εμβόλια είναι ασφαλή και ότι θα πρέπει οπωσδήποτε να τα αξιοποιήσουμε για να μπορέσουμε να εξαλείψουμε και τον καρκίνο της μήτρας, του φάρυγγα και του οστού. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Πραγματικά, κύριε Δέδε, στα πλαίσια των ημερίδων της Επιτροπής μας τα προηγούμενα 4,5 χρόνια, έγιναν πολύ ωραίες εξαγγελίες και ανακοινώσεις από τους καθηγητές και από εσάς τους φορείς και νομίζω ότι θα τη συνεχίσουμε. Θα κάνουμε την έκδοση από τη Βιβλιοθήκη της Βουλής των εργασιών αυτών στις ημερίδες και θα παρουσιάσουμε το βιβλίο αυτό σε μια ειδική εκδήλωση, γιατί είναι το αποτέλεσμα της δικιάς μας δουλειάς. Ευχαριστούμε, κύριε Υπουργέ. Ο λόγος στον κύριο Καπετανάκη, Πρόεδρο της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου. Έχετε και το συνέδριό σας το Σάββατο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗΣ (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου):** Κύριε Πρόεδρε, ευχαριστούμε πολύ για την πρόσκληση να είμαστε εδώ σήμερα. Ευχαριστούμε πολύ και τους υπουργούς που είναι εδώ πέρα και θέλω να πω ότι πραγματικά ακούσαμε πράγματα τα οποία είναι πολύ σημαντικά. Οι δηλώσεις, οι εξαγγελίες που έκανε ο κύριος Υπουργός είναι πολύ θετικές και χαιρόμαστε που είμαστε σε αυτή την κατεύθυνση και εμείς επιθυμούμε να βοηθήσουμε σε αυτό τον δρόμο. Η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου είναι το δευτεροβάθμιο όργανο των οργανώσεων ασθενών με καρκίνο, με μέλη 46 οργανώσεις σε όλη την Ελλάδα. Είναι ο κεντρικός φορέας που εκπροσωπεί τους ασθενείς με καρκίνο και τις οικογένειές τους.

Όμως, γενικότερα, όπως είπε και ο κύριος Δέδες νωρίτερα, οι οργανώσεις ασθενών δεν εκπροσωπούν μόνο τους ασθενείς. Εκπροσωπούν την κοινωνία των πολιτών, διότι ένα μεγάλο μέρος από το έργο που κάνουμε έχει να κάνει με την πρόληψη, έχει να κάνει με την ενημέρωση του πληθυσμού, έχει να κάνει με τον τρόπο ζωής, έχει να κάνει με πράγματα τα οποία ακούσαμε πριν λίγο και είναι κάτι το οποίο εμείς δουλεύουμε επί χρόνια και σε αυτό μπορούμε να συνεισφέρουμε από κάθε μετερίζι που μπορεί να μας ζητηθεί.

Όταν ξεκίνησε το Ευρωπαϊκό Σχέδιο κατά του Καρκίνου, στον πυλώνα για την πρόληψη έλεγε «prevent what is preventable», δηλαδή να προλάβουμε αυτό που μπορεί να προληφθεί. Ένα από αυτά, λοιπόν, είναι οι καρκίνοι που σχετίζονται με τον ιό HPV, τον ιό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σωστά ειπώθηκε ότι είναι και άλλοι καρκίνοι οι οποίοι μπορεί να μην εξαλειφθούν, αλλά θα μειωθούν σημαντικά.

Σχετικά με το πού είμαστε ως χώρα, τα είπαν οι προλαλήσαντες όλα. Εδώ θα προσθέσω, κυρία Υπουργέ, ότι αύριο θα ανακοινώσουμε το European Cancer Pulse για την Ελλάδα, το οποίο δείχνει ότι οι Ελληνίδες έχουν αυτοαναφέρει σε ποσοστό 80% ότι τα τελευταία τρία χρόνια έχουν κάνει έλεγχο, πράγμα που είναι μεγαλύτερο από το μέσο ευρωπαϊκό όρο και είναι πολύ θετικό και δείχνει την επιτυχία αυτού του έργου.

Για να μπορέσουμε, όμως, να πιάσουμε τους στόχους, πρέπει να γίνουν κάποια πράγματα, ίσως περισσότερα και διαφορετικά. Ειπώθηκαν κάποια πράγματα για τη Σκωτία, για τη Νορβηγία που έκαναν κάποιες κινήσεις τα προηγούμενα χρόνια. Εγώ άκουσα πριν από δύο μήνες τον Καθηγητή Γιοακίμ Ντίλνερ από το Κέντρο για την Εξάλειψη Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας στο Πανεπιστήμιο Καρολίνσκα, ο οποίος είπε ότι όταν ξεκινήσαμε συστάσεις και οργανώσαμε καμπάνιες ενημέρωσης φτάσαμε σε επίπεδο εμβολιασμού του 25%. Όταν στείλαμε προσκλήσεις για προσωπικά ραντεβού για εμβολιασμό στις τοπικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το ποσοστό πήγε στο 50% και όταν στείλαμε προσκλήσεις μέσω των νοσοκόμων των σχολείων και πραγματοποιήσαμε εκεί τους εμβολιασμούς, το ποσοστό έφτασε στο 90%. Μέχρι σήμερα, λοιπόν, κάποιες μορφές, όπως ο τύπος 18, είχε εξαλειφθεί στη Σουηδία και, βέβαια, είναι ένα πρόγραμμα το οποίο τρέχει, άρα αυτό είναι μια καλή πρακτική.

Σήμερα, 31 Ιανουαρίου, λίγο νωρίτερα η κυρία Στέλλα Κυριακίδη, Επίτροπος Υγείας, δημοσίευσε την πολυαναμενόμενη πρότασή της για την ανανεωμένη σύσταση του Συμβουλίου, Council Recommendation, σχετικά με τους καρκίνους που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό. Ειδικά για τον εμβολιασμό για το HPV σήμερα, αναφέρθηκε στη σύσταση, ενίσχυση των εθνικών προσπαθειών για την επίτευξη του στόχου του ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης κατά του καρκίνου, για τον πλήρη εμβολιασμό τουλάχιστον 90% του πληθυσμού στόχου κοριτσιών και τη σημαντική αύξηση του εμβολιασμού των αγοριών και, μεταξύ άλλων, τι πρέπει να γίνει.

Προσφορά εμβολιασμού σε κορίτσια και αγόρια εφηβικής και προεφηβικής ηλικίας στα σχολεία, αντιμετώπιση διαρθρωτικών φραγμών στις μειονεκτούσες ομάδες – είναι κάτι πάρα πολύ σημαντικό αυτό και για τον εμβολιασμό και για το screening – επέκταση συστάσεων και την κάλυψη μέσω στοχευμένων εκστρατειών κάλυψης νεαρών ενηλίκων που δεν έχουν εμβολιαστεί. Ακούσαμε ότι και η επέκταση του προγράμματος θα πάει μέχρι και το 2025, πάρα πολύ θετικό για αυτό που λήγει το 2024 και έχει και κάποιες άλλες συστάσεις, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στο σημερινό κείμενο, το οποίο η Βελγική Προεδρία θέλει να ψηφίσει μέχρι το τέλος της.

Τι πιστεύουμε εμείς ότι πρέπει να γίνει; Βασικά, το τι πρέπει να γίνει το ξέρουμε, το έχουμε κάνει. Έχουμε κάνει ένα καταπληκτικό πρόγραμμα, το «Φώφη Γεννηματά» και έχουμε κάνει και ένα εμβολιαστικό πρόγραμμα για τον COVID. Εάν αυτά τα δύο τα προσαρμόσουμε και τα εστιάσουμε στο HPV, πιστεύουμε ότι μπορούμε να πετύχουμε τους στόχους που θέλουμε. Άρα χρειάζεται να γίνει screening συστηματικό, όπως γινόταν για τον μαστό, με κάποια τέτοια μορφή. Αυτή είναι η δική μας πρόταση και άποψη.

Το δεύτερο είναι ότι θα πρέπει να υπάρξει ένα συστηματικό εμβολιαστικό πρόγραμμα, το οποίο και αυτό θα πρέπει να γίνει με κάποιον τρόπο που θα βασίζεται στα πρότυπα που έγινε για τον COVID. Πιστεύουμε ότι εάν αυτά τα δύο πράγματα μπορέσουν να συνδυαστούν, θα φτάσουμε σε πολύ καλά αποτελέσματα και εκεί, βεβαίως, θα βρούμε και τους τρόπους πώς αυτά θα μπορέσουν να ενσωματωθούν και να γίνουν πράξη στο σύστημά μας. Φυσικά, μιλάμε για δωρεάν πρόσβαση σε όλο τον πληθυσμό των παιδιών. Βέβαια, εδώ θα είναι χρήσιμο, κατά τη δική μας γνώμη, να καταγράψουμε δεδομένα, να δούμε εάν υπάρχει άρνηση και γιατί υπάρχει άρνηση, εάν υπάρχει προβληματισμός και πού έγκειται ο προβληματισμός, να αξιολογήσουμε αυτά τα δεδομένα και να μπορέσουμε να κάνουμε ίσως τις προσαρμογές κατά τη διάρκεια.

Τι θα επιτύχουμε με αυτά; Ισότητα μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Η διενέργεια εμβολιασμού φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Τα προγράμματα εμβολιασμού μεγάλης κλίμακας εξισορροπούν τους κινδύνους για την υγεία που αντιμετωπίζουν οι διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Ισότητα μεταξύ των γενεών, επίσης, και αυτό το έχω δανειστεί, δεν είναι δικό μου. Τα καλά οργανωμένα προγράμματα εμβολιασμού μπορούν να επιτύχουν υψηλά ποσοστά κάλυψης, τα οφέλη των οποίων επεκτείνονται τόσο στις σημερινές όσο και στις μελλοντικές γενεές. Έτσι, τα επιτυχημένα προγράμματα ενισχύουν τη διαγενεακή αλληλεγγύη.

Σχετικά με το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και έγκαιρης ανίχνευσης πιστεύουμε ότι πρέπει να είναι δωρεάν η καθολική πρόσβαση, η εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης όλων για τους ελέγχους, όμως θα πρέπει να διασφαλίσουμε την ποιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων. Εδώ θεωρούμε ότι είναι ένα επίσης κρίσιμο σημείο, το οποίο δεν πρέπει να μείνει ελεύθερο και θολό. Θα πρέπει να υπάρχει διαπίστευση σε κέντρα, σε τεστ αξιόπιστα, που θα μπορούν να κάνουν πραγματική δουλειά και να μην μπούμε σε έναν άλλο κυκεώνα.

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, η αντιμετώπιση ανισοτήτων και οι ευάλωτοι πληθυσμοί, που είναι πάρα πολύ σημαντικό, γυναίκες, ανέφερε και ο Νίκος νωρίτερα, άτομα τα οποία εργάζονται σε χώρους οι οποίοι έχουν μεγαλύτερους κινδύνους και σε απομακρυσμένες περιοχές, εκεί χρειάζεται ειδική μέριμνα. Δεν ξέρω αν θα είναι κινητές μονάδες, αν θα υπάρξει τηλεϊατρική, αν θα υπάρξουν άλλα συστήματα, αλλά χρειάζεται ειδική μέριμνα σε αυτές τις περιοχές και να υπάρχει και φυσικά η διαρκής υπενθύμιση του follow up.

Το τελευταίο που θέλω να σταθώ είναι η θεραπεία, η αντιμετώπιση και η επιβίωση. Πρέπει να διασφαλίσουμε ότι οι άνθρωποι, αυτές οι γυναίκες κυρίως, γιατί μιλάμε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αλλά θέλω να το επεκτείνω, θα έχουν πρόσβαση στην καλύτερη δυνατή θεραπεία. Πρέπει να εστιάσουμε στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, την πρόσβαση σε θεραπείες και την ψυχολογική υποστήριξη. Η επίπτωση του καρκίνου στην ψυχική υγεία των ανθρώπων έχει υποτιμηθεί μέχρι σήμερα. Θα πρέπει κατά τη γνώμη μας να υπάρξει και εκεί εστίαση και να αναπτυχθεί κάποια δράση, η οποία θα μπορέσει να φέρει κάποιο αποτέλεσμα και φυσικά η επανένταξη στην εργασία και την κοινωνία.

Την Κυριακή, 4 Φεβρουαρίου, είναι η Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου. Είναι μία μέρα στην οποία προσπαθούμε πάντα να αναδείξουμε τα θέματα που υπάρχουν, προσπαθούμε να δούμε την αντιμετώπιση του καρκίνου ολιστικά. Δεν είναι μόνο η νόσος, είναι ο άνθρωπος και αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό και, φυσικά, στα πλαίσια αυτά προσπαθούμε να έχουμε λιγότερους καρκίνους, άρα να έχουμε το πρώτο βήμα και το πιο σημαντικό, που είναι η πρόληψη. Αυτά τα λίγα είχα να πω. Σας ευχαριστώ πολύ που με ακούσατε και εύχομαι να μπορέσουμε να έχουμε κάποια βήματα σύντομα.

Στο σημείο αυτό έγινε η β΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής.

Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Μαντάς Περικλής, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Οικονόμου Βασίλειος, Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπακώστα – Παλιούρα Αικατερίνη (Κατερίνα), Τσαβδαρίδης Λάζαρος, Παπασωτηρίου Σταύρος, Πλεύρης Αθανάσιος, Ράπτη Ζωή, Σαλμάς Μάριος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη – Βιλιάλη Μαρία – Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Δερμεντζόπουλος Χρήστος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία – Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Καλαματιανός Διονύσιος – Χαράλαμπος, Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Φωτίου Θεανώ, Καζάνη Αικατερίνη, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Μπαράν Μπουρχάν, Πουλάς Ανδρέας, Τσίμαρης Ιωάννης, Μεταξάς Βασίλειος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Κουρουπάκη Ασπασία, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Μπιμπίλας Σπυρίδων, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Φλώρος Κωνσταντίνος και Χουρδάκης Μιχαήλ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Το λόγο έχει η κυρία Κουκουγιάννη.

**ΜΕΝΙΑ ΚΟΥΚΟΥΓΙΑΝΝΗ (Διευθύντρια της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας «ΚΑΡΚΙΝΑΚΙ»):** Καλησπέρα, κύριε Πρόεδρε, κυρία Αναπληρώτρια, κύριε Υπουργέ, κυρίες και κύριοι που είσαστε σήμερα εδώ, σας ευχαριστούμε που μας δίνετε σήμερα το βήμα της Βουλής για να μιλήσουμε για ένα καρκίνο που μπορούμε να προλάβουμε, αλλά και που αποτελεί ακόμη και σήμερα ταμπού. Ιδιαιτέρως θέλω να ευχαριστήσω τον κ. Οικονόμου για την ευαισθησία του σε αυτά τα ζητήματα και τη διάθεση να είναι πάντα δίπλα μας στην προάσπιση της υγείας των παιδιών μας, γιατί εγώ σήμερα θα σας μιλήσω για τα παιδιά και το μοναδικό ίσως τρόπο που αποδεδειγμένα μέχρι σήμερα έχουμε να τους προφυλάξουμε από τον καρκίνο.

Οι προηγούμενοι ομιλητές παρουσίασαν στοιχεία, μας μίλησαν για την πρόληψη, για τους προσυμπτωματικούς ελέγχους για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, που έχουμε τα όπλα σήμερα το να εξαλείψουμε, αυτό το έχουμε καταλάβει όλοι. Ακούσαμε, όμως ότι έχουμε πολλή δουλειά ακόμη να κάνουμε ως χώρα, γιατί, παρότι έχουμε το εμβόλιο που προσφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή κάλυψη έναντι του συγκεκριμένου καρκίνου, αλλά και άλλων καρκίνων που ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων προκαλεί, τα ποσοστά εμβολιασμού στη χώρα μας παραμένουν χαμηλά.

Οι περισσότεροι έχετε πάρει τον ανανεωμένο χάρτη για τις πολιτικές υγείας για τον HPV του Forum του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για τα Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά Δικαιώματα που είναι στη διάθεσή σας, ο οποίος αποτυπώνει εύγλωττα την κατάσταση στην Ευρώπη και τη θέση της Ελλάδας έναντι των άλλων ευρωπαϊκών χωρών και δείχνει ακριβώς τον δρόμο που έχουμε να διανύσουμε.

Mε την ένταξη φυσικά των αγοριών στο Εθνικό Εμβολιαστικό Πρόγραμμα για παιδιά και εφήβους, που ακούγοντας όλους εμάς η προηγούμενη ηγεσία του Υπουργείου Υγείας έφερε και στη χώρα μας, ακολουθώντας το παράδειγμα και άλλων ευρωπαϊκών χωρών, ανοίξαμε σίγουρα το δρόμο για περισσότερες νίκες σε αυτή τη μάχη.

Χρειάζεται, όμως, να ενημερωθούν πληρέστερα οι οικογένειες, ώστε να εμβολιάσουν τα παιδιά τους – αγόρια και κορίτσια – χωρίς δισταγμούς και αναβολές. Από την ημέρα που νόσησε η κόρη μου με καρκίνο, με ένα άλλο είδος καρκίνου, αιματολογικό, γνωρίζω ότι σχεδόν ότι στο σύνολο των παιδικών καρκίνων δεν έχουμε πρόληψη. Όπου σταθώ και όπου βρεθώ λέω σε όλους «υπάρχει ένα εμβόλιο που μπορεί να προλάβει έναν καρκίνο, είναι δυνατόν να αναρωτιόμαστε αν θα το κάνουμε στα παιδιά μας;».

Ξέρετε πώς είναι να ακούς ότι το παιδί σου έχει καρκίνο; Ξέρετε ποιο είναι το πρώτο πράγμα που αναρωτιέσαι; Τι δεν έκανα σωστά. Ως μητέρα, λοιπόν, θα σας πω με απόλυτη σιγουριά ότι ποτέ, μα ποτέ, όσο χρονών και να φτάσουν τα παιδιά μας, δεν θέλουμε να ακούσουμε κάτι τέτοιο. Ως μητέρα, επίσης, θα πω και σε εσάς που αποφασίζετε για τις πολιτικές υγείας σε αυτή τη χώρα, ότι πρέπει να αυξήσουμε την εμβολιαστική κάλυψη έναντι του ιού HPV. Το εμβόλιο δεν έχει φύλο, δεν αφορά μόνο τα αγόρια ή μόνο τα κορίτσια, ούτε έχει σχέση με τον σεξουαλικό προσανατολισμό τους. Είναι κάτι το οποίο ακούμε πολύ συχνά. Αφορά όλα τα παιδιά, αφορά την υγεία, αφορά το σεβασμό στο σώμα μας, αφορά το σεβασμό στον άλλο.

Η Πολιτεία πρέπει και μπορεί να συμβάλλει σε αυτή την προσπάθεια. Είναι ανάγκη να υπάρξει μια πανελλαδική καμπάνια ενημέρωσης για το εμβόλιο. Χρειάζεται να πείσουμε κάθε οικογένεια, σε κάθε άκρη της Ελλάδας, να εμβολιάσει τα παιδιά της και στην καμπάνια αυτή οι παιδίατροι μπορούν να παίξουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο. Οι παιδίατροι μπαίνουν στα σπίτια μας και συνομιλούν με τους γονείς, μα ακόμα και με τους εφήβους και με τα παιδιά. Είναι η κύρια πηγή ενημέρωσης, κάτι το οποίο έδειξε και μια πανελλαδική έρευνα που έτρεξε ο οργανισμός «ΚΑΡΚΙΝΑΚΙ» το 2022 και σύμφωνα με την οποία ένας στους τέσσερις γονείς που δεν έχει εμβολιάσει τα παιδιά του δήλωσε ότι δεν ήξερε ότι έπρεπε να τα εμβολιαστεί και το 6,5% μας είπαν ότι ο παιδίατρός τους τους πρότεινε να μην το κάνουν στα αγόρια. Παρόλα αυτά, η πιο αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης παραμένει ο παιδίατρος και ο γυναικολόγος για τη μαμά.

Η εξάλειψη των καρκίνων που προκαλεί ο ιός HPV πρέπει να είναι εθνική προτεραιότητα. Έχετε ακούσει και έχουμε ακούσει όλοι από τα χείλη του ίδιου του Πρωθυπουργού, αλλά και από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας επανειλημμένα, τη σημασία που αποδίδουν στην πρόληψη. Κλείνοντας, λοιπόν, θα ήθελα να σταθώ από το βήμα της Βουλής και να πω, ότι το μήνυμά μας είναι, ότι η πρόληψη είναι στο χέρι μας. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Εμείς ευχαριστούμε. Πραγματικά, στις συνεδριάσεις της Επιτροπής μας, οι εκπρόσωποι των ασθενών είναι πάντα παρόντες και παρούσες, διότι νομίζω είναι οι πρώτοι που πρέπει να μιλήσουν, οι γιατροί, οι επιστήμονες και μετά εμείς.

Ολοκληρώσαμε με τους ομιλητές. Το λόγο έχει τώρα ο κ. Τσίμαρης.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ:** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κυρία αναπληρώτρια Υπουργέ, κύριε Υφυπουργέ, κυρίες και κύριοι, ευχαριστούμε τους προσκεκλημένους της Επιτροπής και τις τοποθετήσεις τους. Σήμερα καλούμαστε στο ΕΣΥ, το οποίο βρίσκεται στα όρια της αντοχής του, να υιοθετήσουμε και να εφαρμόσουμε πολιτικές που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε. Αυτές αφορούν ένα νέο σύγχρονο πρότυπο δημόσιας υγείας, στο οποίο θα περιλαμβάνονται τρεις διακριτοί τομείς, η πρόληψη της ασθένειας, η προστασία της υγείας και η προαγωγή της υγείας.

Οι βασικές αξίες που διέπουν και τους τρεις τομείς της δημόσιας υγείας είναι αυτές της ισότητας, της καθολικής προσβασιμότητας, της βιωσιμότητας, της αλληλεγγύης και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, άρα για την εξυπηρέτηση των αξιών αυτών απαιτείται διακυβερνητική συνεργασία σε ανώτατο δυνατό επίπεδο, καθώς και η συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών, που όλοι οι προλαλήσαντες ανέφεραν και, φυσικά, η άμεση και ουσιαστική εμπλοκή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και ευρύτερων επιστημονικών και κοινωνικών εταίρων.

Το πρόβλημά μας είναι το Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας, που θα κληθεί να εφαρμόσει αυτές τις πολιτικές και πρέπει να λάβουμε τα δεδομένα για να ξέρουμε πώς θα αξιολογήσουμε, πώς θα προσαρμοστούμε και τι θα αλλάξουμε. Διαθέτουμε αναλογικά τους λιγότερους γενικούς γιατρούς από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίοι μπορούν να ευαισθητοποιήσουν τον κόσμο προς τις πολιτικές αυτές. Δεν λειτουργεί ακόμα ο θεσμός του προσωπικού οικογενειακού γιατρού, 80% των πρωτοβάθμιων αναγκών της Υγείας καλύπτονται από τον ιδιωτικό τομέα και ο ένας στους τέσσερις Έλληνες δηλώνει δυσκολία πρόσβασης στις αναγκαίες υγειονομικές υπηρεσίες.

Η έκθεση του ΟΟΣΑ του 2023 αναφέρει ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η προσβασιμότητα των Ελλήνων και να είναι τετραπλάσιος σε σχέση με τον μέσο ευρωπαϊκό μέσο όρο ο πληθυσμός που δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, με το κυριότερο πρόβλημα να είναι το κόστος στην πρόσβαση, το οποίο είναι περίπου υπερδιπλάσιο μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων χαμηλού και υψηλού εισοδήματος.

Άρα πρέπει να λάβουμε υπόψη τις κοινωνικές ανισότητες που θα κληθούμε να εφαρμόσουμε αυτά τα προγράμματα, άρα πρέπει να εξασφαλίσουμε την ίση προσβασιμότητα στην ιατρική περίθαλψη για να πετύχουμε αυτό που επιθυμούμε. Θα πρέπει, δηλαδή, να υπάρξει δέσμευση ότι θα έχουμε μια δίκαια εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ως προβλήματος δημόσιας υγείας. Θα πρέπει να ξέρουμε ότι αφορά και άλλους καρκίνους, όπως το αιδοίο, τον κόλπο, του πέους, τον πρωκτό και το στοματοφάρυγγα και θα πρέπει με αυτό τον τρόπο να προσεγγίσουμε τις όποιες ανισότητες.

Δεν θέλω να κουράσω, θέλω να θέσω διάφορα ερωτήματα, στα οποία θα ήθελα απάντηση από την κυρία Υφυπουργό. Ξέρουμε ότι έχουμε επιλέξει κάποιο μοντέλο πρόληψης που ακολουθούμε. Θέλω να μας πείτε, ποια θα είναι η εμβολιαστική κάλυψη πανελλαδικά ανά περιοχή τώρα, αν την ξέρουμε και ανά κοινωνικές ομάδες. Αν έχουμε θέσει ήδη, γιατί το πρόγραμμα είχε ανακοινωθεί ήδη από το 2022, στόχους - ορόσημα με τους οποίους θα παρακολουθούμε την πρόοδο και την επίτευξη των στόχων και αν έχουμε κάνει ήδη από τώρα πολιτικές για αναπροσαρμογή.

Ξέρουμε ότι το εμβολιαστικό πρόγραμμα θα αφορά γυναίκες και παιδιά, έφηβες μέχρι 16 χρονών, αλλά γνωρίζουμε ότι ακόμα και μια δόση εμβολίων, πόσο μάλλον 2 δόσεις είναι ευεργετικές και για άτομα μέχρι 45 χρονών. Εάν θα τα έχουμε αυτά στην επικοινωνία μας επιπρόσθετα και αν θα δίνουμε το δικαίωμα σε οποίους επιθυμούν να εμβολιαστούν, εφόσον το έχουν κάνει και σε μεγαλύτερες ηλικίες, που το κάνουν και άλλες χώρες και είναι καλή πρακτική και το κυριότερο είναι ποιες ενέργειες θα κάνετε και θα εφαρμόσετε για την αντιμετώπιση της έλλειψης επαρκούς αριθμού εξειδικευμένων ογκολογικών κέντρων για την ενδεδειγμένη θεραπεία και την προσωπική φροντίδα των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Γυναίκες που θα διαγνωστούν στην πορεία μέχρι που θα πετύχουμε αυτούς τους στόχους, πώς αντιμετωπίζετε την πρόσβασή τους και τη γρήγορη και ισότιμη αντιμετώπισή τους; Ευχαριστώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Η κυρία Αθανασίου έχει το λόγο.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ:** Κύριε Πρόεδρε, ευχαριστούμε τους καλεσμένους μας για την πολύ σημαντική ενημέρωση. Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, ο αριθμός των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, παρόλες τις προληπτικές και θεραπευτικές μεθόδους, δεν έπαψε να μειώνεται. Ωστόσο, εξακολουθούμε να καταγράφουμε ετησίως τουλάχιστον 3.000 νέα περιστατικά. Η εκτίμηση είναι ότι το 65% περίπου αυτών των γυναικών δεν είχε υποβληθεί ποτέ σε προληπτικό έλεγχο και ότι σε ποσοστό 30% έως 35% είχαν εσφαλμένα καθησυχαστεί από ψευδώς αρνητικά τεστ Παπανικολάου.

Έτσι, όταν προκύψει η διάγνωση του καρκίνου γίνεται αξιολόγηση της έκτασης της νόσου. Αυτή η αξιολόγηση αποτελεί γνώμονα για τη θεραπεία, η οποία συνίσταται κυρίως στη χειρουργική επέμβαση και στην ακτινοθεραπεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό το θεραπευτικό σχήμα μπορεί να συνοδεύεται και από χημειοθεραπεία. Όταν ο καρκίνος είναι πολύ σε πολύ αρχικό στάδιο και περιορίζεται στον τράχηλο. η επέμβαση στη νέα και άτοκο γυναίκα μπορεί να περιοριστεί σε απλή εκτομή της αλλοίωσης, με προσεκτική παρακολούθηση. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας εκτελείται απλή ολική υστερεκτομή. Στις προχωρημένες μορφές η αντιμετώπιση απαιτεί ευρύτερη χειρουργική επέμβαση με αφαίρεση λεμφαδένων και πιθανώς ακτινοθεραπεία.

Στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου για την έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων στον τράχηλο της μήτρας, η ιστολογική εξέταση, η κολποσκόπηση και η κυτταρολογική εξέταση υπήρξαν οι μέθοδοι διαγνωστικής προσέγγισης των παθολογικών αλλοιώσεων του τραχήλου. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας η εισαγωγή και η εφαρμογή στα πλαίσια μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου του τεστ Παπανικολάου είχε ως συνέπεια μία σημαντικότατη μείωση στην επίπτωση και στη θνητότητα από τον καρκίνο του τραχήλου, γεγονός το οποίο αποτελεί το πλέον επιτυχημένο παράδειγμα εφαρμογής προληπτικής εξέτασης σε μαζική κλίμακα.

 Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται στα αρχικά στάδια του καρκίνου του τραχήλου, ενώ η ακτινοθεραπεία είναι θεραπεία κυρίως σε μεγαλύτερα στάδια. Ιδιαίτερα σε νέες γυναίκες με επιθυμία τεκνοποίησης μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία η εξαίρεση του όγκου με κωνοειδή εκτομή. Σε άλλες περιπτώσεις του πρώτου σταδίου καθώς και στο στάδιο 2 διενεργείται ριζική υστερεκτομή. Ωστόσο, ως επιπλοκές της επέμβασης αναφέρονται η αιμορραγία, φλεγμονές, κακώσεις των ουρητήρων ή και της ουροδόχου κύστεως, καθώς και η δημιουργία συριγγίων και οιδημάτων. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως στα προχωρημένα στάδια της νόσου, καθώς και σε ασθενείς όπου διαπιστώνεται ευρεία έκταση του όγκου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει συνήθως σεξουαλικά ενεργές γυναίκες ηλικίας 35 έως 50 χρόνων. Πρόκειται για ένα τύπο καρκίνου που μπορεί εύκολα να διαγνωστεί μέσω του τεστ ΠΑΠ από πολύ αρχικό στάδιο και να θεραπευτεί πλήρως, ενώ μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό μέσω της πραγματοποίησης εμβολιασμού κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV κατά την εφηβική ηλικία.

Στο σημείο αυτό θα μου επιτρέψετε να επισημάνω τα εξής. Και το εμβόλιο είναι πολύ καλό και εγώ προσωπικά ως γυναικολόγος το είχα συνταγογραφήσει πολλές φορές και οι θεραπείες είναι σωτήριες και συνεχώς εξελίσσονται. Ωστόσο, η πρόληψη είναι αυτό στο οποίο η Πολιτεία οφείλει να επιμείνει και είναι η ενημέρωση στους νέους για την ουσία της σεξουαλικής επαφής, αλλά και το νόημα και την ομορφιά της ψυχικής και ύστερα της σωματικής επαφής. Η σεξουαλική αγωγή πρέπει να είναι το μάθημα κυρίως για την ενημέρωση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων ασθενειών όπως και πώς να αποφεύγεται μια ανεπιθύμητη κύηση.

Οι αλόγιστες επαφές, ειδικά στην εφηβική ηλικία, οδηγούν σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες οι οποίες οδηγούν στις περισσότερες περιπτώσεις σε άμβλωση ή όπως θέλετε να το λέτε, διακοπή κύησης. Έτσι κόβεται το νήμα μιας ανθρώπινης ύπαρξης και πέρα από τα προβλήματα που η έγκυος αντιμετωπίζει κατά τη διάρκεια και μετά την πράξη αυτή, δεν είναι λίγες οι εκτρώσεις που οδηγούν σε θάνατο είτε σε στειρότητα της εγκύου, είτε και σε ψυχολογικά προβλήματα, αφού η αφαίρεση μιας ανθρώπινης ζωής θα αποτελεί βάρος σε όλη της τη ζωή.

Επειδή πολύ σωστά άκουσα σήμερα εδώ για τον σεβασμό, η επαφή δεν μπορεί να είναι μόνο σωματική. Δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην ικανοποίηση της σεξουαλικής ορμής. Έτσι καταστρέφεται ολόκληρη η ψυχοσωματική οντότητα του προσώπου. Παύει πλέον να είναι πρόσωπο και καταντά σκεύος ηδονής. Η ένωση, λοιπόν, δύο προσώπων θα πρέπει πρώτα να είναι ψυχική και έπειτα σωματική και να διέπεται πρώτα από σεβασμό προς το πρόσωπο του συντρόφου, εκείνον το σεβασμό το οποίο προτάσσει αγάπη. Η προετοιμασία αυτή ξεκινά από μικρή ηλικία. Στο στάδιο της εφηβείας χτίζεται η προσωπικότητα για αυτό θα πρέπει οι έφηβοι να μη βιάζονται να γνωρίσουν τον έρωτα. Είναι σημαντικό για τον κάθε άνθρωπο να μάθει να ωριμάζει πρώτα.

Η ενημέρωση αφορά και τα δύο φύλα. Τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα όπως π.χ. HPV, AIDS, ηπατίτιδες, εφηβική εγκυμοσύνη, εκτρώσεις, ερωτικές απογοητεύσεις, ψυχολογικά προβλήματα, αυτοκτονίες, απομόνωση, αισθήματα ενοχής, αποτυχίες στο σχολείο, λανθασμένες επιλογές συντρόφου, αναγκαστικοί εκβιαστικοί γάμοι, διαζύγια, εγκαταλελειμμένα παιδιά, πάθη, θυμοί, ζήλιες, φόνοι, αισθήματα ανικανοποίητου, αίσθημα κορεσμού, ταραχή, υποδούλωση, εξευτελισμοί και τόσα άλλα, συνοδεύουν πάρα πολλές φορές την κατάχρηση του δώρου του γενετήσια ενστίκτου, εάν αυτό χρησιμοποιηθεί άκαιρα, πρόωρα, επιπόλαια. Η Πολιτεία οφείλει να καθοδηγήσει υπεύθυνα τους νέους να χρησιμοποιούν αυτό το γενετικό ένστικτο τους με την ιερότητα που του αρμόζει, διότι είναι πράγματι ιερό και όχι φθηνό για να ξοδεύετε άσκοπα επιπόλαια και εν τέλει καταστροφικά.

Με την ιδιότητά μου, λοιπόν, ως γυναικολόγου, μπορώ να βεβαιώσω ότι η πρόληψη, κυρίως συνίσταται, πέραν του εμβολίου, και στην παιδεία των νέων μας να δαμάσουν το γενετήσιο ένστικτό τους και να το απολαύσουν σε καιρό κατάλληλο, με το κατάλληλο πρόσωπο και κάτω από τις κατάλληλες προϋποθέσεις σωματικές αλλά κυρίως ψυχικές. Τότε, όντως, τούτο θα αποτελέσει ευλογία με τη σφραγίδα της Χάριτος του Θεού. Επιβάλλεται, λοιπόν, να επικεντρωθούμε στην ενημέρωση των παιδιών ήδη από το δημοτικό. Τότε θα έχουμε μεγάλη γνώση τόσο σωματικών όσο και ψυχικών ασθενειών, μη εξαιρουμένης και της μείωσης της εμφάνισης περιπτώσεων καρκίνου της μήτρας. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Από τι ηλικία ξεκινάνε οι έφηβοι είπατε;

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ :** Αφού ξεκινάνε τη σεξουαλική αγωγή, από το δημοτικό από τότε.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Από το δημοτικό να ξεκινάνε;

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ :** Όχι, λέω η ενημέρωση. Εγώ έπαθα σοκ, κύριε Πρόεδρε, όταν στο Λοιμωδών είχαν έρθει κοριτσάκια δεκατεσσάρων χρονών και σε ένα πάρτι είχαν αλλάξει πέντε συντρόφους ερωτικούς το βράδυ. Επειδή εγώ έκανα και τη γυναικολόγο ανθρώπων που έκαναν τη ζωή το βράδυ, έχω πάρα πολύ καλή εμπειρία από αυτά και όποτε θέλετε θα τα πούμε.

Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει κανονικά; Μετά τα 17-18 θα έπρεπε να είναι ενήμερες. Το εμβόλιο, που εγώ σαν γιατρός το έγραφα, θα έπρεπε ήδη να είχε ξεκινήσει στην ηλικία των 12 ετών, γιατί τα αντισώματα έχουν πολύ μεγάλο τίτλο μετά από 5-7 χρόνια, οπότε υπολογίζαμε ότι αν στα 17-18 χρόνια είχαν ερωτικές επαφές, τότε είχαμε έναν τίτλο με αρκετή μεγάλη καμπύλη και έτσι αποφασίσαμε να το κάνουμε στην μικρή ηλικία των 12 ετών. Σας ευχαριστώ, πολύ.

 **ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής) :**Τον λόγο, έχει η κυρία Θεανώ Φωτίου.

**ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ:** Ευχαριστώ πάρα πολύ για όλα όσα ακούσαμε. Πρέπει, να πω ότι έχω διαβάσει με πολλή προσοχή το τρίτο Ετήσιο Συνέδριο στην ατζέντα της Ελλάδας για την καταπολέμηση του καρκίνου. Ορισμένοι από τους κυρίους και κυρίες βρίσκονται εδώ μέσα. Μέσα σε αυτό το χρόνο, όπου ένας χρόνος πέρασε, δεν άκουσα τι καινούργιο κάνουμε πέρα από τον εμβολιασμό. Σας άκουσα με πολλή προσοχή, είναι 100.000 κορίτσια και 70.000 αγόρια. Κάτι τέτοιο είπατε. Ωραία.

Δεδομένου ότι κάθε ηλικιακή βαθμίδα έχει 74.000 παιδιά, τότε να δούμε σε ποια παιδιά απευθυνόταν αυτός ο εμβολιασμός. Το πολύ καλό αποτέλεσμα των 100 χιλιάδων και 70 χιλιάδων υποβαθμίζεται, διότι μιλάμε για ένα εκατομμύριο παιδιά και στις δύο διαφορετικές ηλικίες. Η κυρία Θεοδωρίδου, η οποία κουνάει το κεφάλι της, το ξέρει καλά αυτό και δεν προσπάθησε να το εξωραΐσει. Επομένως, το πρώτο, είναι ότι είμαστε ακόμα πολύ πίσω. Είμαστε πολύ πίσω, αν λάβουμε υπόψη μας τη γενική εικόνα των τεράστιων ακάλυπτων ιατρικών αναγκών των πολιτών της χώρας μας. Αυτά είναι προβλήματα κόστους, πρόσβασης, χρόνου, καθυστερήσεων, εάν φανταστούμε ότι αυτά είναι στο 8,1% έναντι του 1,7% που είναι ο μέσος ευρωπαϊκός όρος.

 Η ελληνική μελέτη «ΣΥΣΤΡΑΤΑ» έδειξε και εσείς τα ξέρετε καλύτερα από εμένα ότι οι παράμετροι, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, το επάγγελμα, το εισόδημα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, στην πρόσβαση των ασθενών στο HPV τεστ και κατ’ επέκταση στην έγκαιρη διάγνωση. Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι πρέπει να αλλάξουμε και να στηρίξουμε άμεσα, ένα νέο μοντέλο για την πρόληψη, την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Το γεγονός ότι σύμφωνα με το παρατηρητήριο «Breast Cancer Index», που αφορά τον καρκίνο του μαστού, η χώρα μας καταλαμβάνει την 25η θέση ανάμεσα σε 28 χώρες. Όσον αφορά αυτή την αντιμετώπιση, εμείς είμαστε οι τελευταίοι στην Ευρώπη, με αποτέλεσμα να με καθιστά πολύ ανήσυχη για την πραγματική πολιτική βούληση ώστε να αντιμετωπίσουμε, ως Κράτος, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με βάση την ανθρωποκεντρική, ογκολογική περίθαλψη και φροντίδα.

 Δηλαδή, όπως μας συστήνει η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, με πολιτικές που εντάσσουν και δίνουν υπόσταση στην κοινωνική και οικονομική διάσταση που έχει ο καρκίνος, ξεπερνάμε τη στενή θεώρηση της νόσου και εστιάζοντας στον άνθρωπο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Προφανώς, οι πυλώνες πάνω στους οποίους στηρίζεται η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι γνωστή. Νομίζω ότι όλοι συμφωνούμε ότι ο εμβολιασμός, ο προδιαγνωστικός έλεγχος, το τεστ HPV, καθώς και οι επαναστατικές ανακαλύψεις, όπως η διάγνωση αλλά και η θεραπεία μέσω βιοδεικτών, για την οποία δεν ακούσαμε τίποτα σήμερα, θα πρέπει να είναι στη διάθεση όλων των γυναικών.

Τι συμβαίνει με τους βιοδείκτες; Μόνο οι πλούσιες γυναίκες θα μπορούν να έχουν αυτή την πρόσβαση; Γιατί δεν μιλάτε καθόλου για αυτό και οι ειδικοί και η Κυβέρνηση; Μου κάνει πολύ μεγάλη εντύπωση.

**ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων (HPV),Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης):** Δεν υπάρχει βιοδείκτης άλλος από εκείνους που ακούσατε.

**ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ:** Καλώς, κύριε Αγοραστέ. Εγώ δεν είπα για την πρόληψη. Εγώ είπα και για την κατάσταση, γιατί, ξέρετε, θα προλάβουμε για τα κορίτσια που είναι 18 έως 11 ετών και 19 έως 24 ίσως. Εντωμεταξύ, πεθαίνουν οι άνθρωποι. Εν τω μεταξύ, έχουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και ξέρετε ότι σε αυτές τις περιπτώσεις, οι βιοδείκτες αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα ολοκληρωμένα και πολύ ορθά. Δεν άκουσα να λέτε τίποτα για αυτό το θέμα, στο οποίο έχει προχωρήσει όλη η Ευρώπη και αυτό μόνο είναι ακριβό, είναι προσωπικό.

 Επίσης, είδατε ότι όλοι, μα όλοι, λέτε ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η νέα ανακάλυψη χρειάζεται μια Κυβέρνηση που να έχει μια άλλη αντίληψη για το ζήτημα της υγείας. Το είπατε, να μη θεωρεί κόστος το θέμα αυτό, αλλά να το θεωρεί επένδυση. Το είπανε και από τους «Ασθενείς». Αλλά για να έχουν αποτέλεσμα οι δράσεις πρόληψης, πρέπει να εντάσσονται σε ένα συνολικό σχέδιο καθολικής και ισότιμης κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών, μέσα από τη συνεχή ενδυνάμωση του ΕΣΥ. Βλέπουμε ακριβώς το ανάποδο να κάνετε, την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αυτό και αν έχει διαλυθεί. Το θεσμό του Οικογενειακού Γιατρού, μη πω τι έχει γίνει με αυτό το θέμα και τη Φροντίδα σε επίπεδο Κοινότητας.

Έχοντας, λοιπόν, ως αφετηρία την αναγκαιότητα ανάπτυξης σχεδιασμένων και οργανωμένων παρεμβάσεων ολοκληρωμένης φροντίδας, εκείνο που αβίαστα μπορούμε να διαπιστώσουμε είναι ότι η ελλειμματικότητα των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών σε σύγκριση με τις ανάγκες είναι τεράστια στη χώρα μας και φοβάμαι ότι όλα αυτά που λέμε σήμερα εδώ, πολύ σωστά καθ’ όλα, δεν αντιστοιχούν με την υπόθεση του Εθνικού Συστήματος Υγείας που βρίσκεται το Πρωτοβάθμιο Σύστημα Φροντίδας Υγείας που ανέπτυξα και νομίζω ότι, δυστυχώς, βρισκόμαστε πολύ πίσω από αυτό. Αλλά δεν είναι λιγότερο σημαντικό ότι η οποιαδήποτε στρατηγική, για να μπορεί να υλοποιηθεί, πρέπει να οργανωθεί από έναν ανεξάρτητο φορέα, όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Νεοπλασιών, το οποίο παραμένει ανενεργό, μετά τη θέσπισή του το 2019 και σας ρωτώ, με αυτό τι γίνεται;

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Δεν κάνουμε κοινοβουλευτικό έλεγχο, κυρία Φωτίου, σήμερα.

**ΘΕΑΝΩ ΦΩΤΙΟΥ:** Τα άκουσα. Πέντε πράγματα να μη ρωτήσω; Τι ακριβώς κάνουμε; Εμάς μας καλέσατε για να μας πείτε για την Εθνική Στρατηγική για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας. Εθνική Στρατηγική για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας δεν άκουσα. Άκουσα άλλα πράγματα, τα οποία ήταν πολύ ενδιαφέροντα και τα οποία μπορεί να αποδώσουν το 2046 που εγώ θα έχω πεθάνει και δεν θα προλάβω να το δω. Μέχρι τότε οι γυναίκες έχουν προβλήματα στον τράχηλο της μήτρας. Πέστε μου, λοιπόν, τι θα κάνετε για όλες αυτές τις γυναίκες, σε όλα τα επίπεδα; Αυτό ρωτάω.

 **ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Είναι ο μήνας αφιερωμένος παγκόσμια για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σήμερα εμείς επιδιώκουμε να βγάλουμε θετικά μηνύματα ότι η Ελληνική Βουλή αναγνωρίζει και βλέπει την αναγκαιότητα. Κάθε κόμμα θα πει τα δικά του, αλλά δεν είναι κοινοβουλευτικός έλεγχος, διότι δεν έχουμε νομοσχέδιο. Δεν είναι νομοσχέδιο αυτό για να κάνουμε ερωτήσεις επί τούτου. Ότι θέλετε πέστε, αλλά εγώ λέω το πνεύμα της εκδηλώσεως σήμερα, της ειδικής συνεδριάσεως.

Τον λόγο έχει ο κ. Ανδρέας Παναγιωτόπουλος, μέσω Webex.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ**: Ευχαριστώ πολύ. Να δώσω συγχαρητήρια, κύριε Πρόεδρε, για την πρωτοβουλία, γιατί πραγματικά είναι αξιόλογη, όπως και οι ομιλητές όσοι μας παρουσίασαν όλο τον σχεδιασμό. Βεβαίως, ας πούμε ότι αυτός είναι το πρώτο βήμα και εύχομαι η συζήτηση αυτή να προχωρήσει, ούτως ώστε να αποκτήσουμε έναν ολοκληρωμένο εθνικό σχεδιασμό. Βάζουμε τον πρώτο θεμέλιο λίθο της καμπάνιας και της εκστρατείας, που ονομάζεται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που ονομάζεται οικογενειακός γιατρός.

Εάν αυτά δεν θεμελιωθούν, δεν μπορούμε να έχουμε επαρκή δημόσια υγεία, δεν μπορούμε να έχουμε παρέμβαση μέσα στην κοινωνία. Αυτό το είδαμε, βέβαια, πραγματούμενο και κατά την περίοδο του Covid, όπου είχαμε τα μεγάλα προβλήματα με τους εμβολιασμούς και αναπτύχθηκε ένα αντιεμβολιαστικό κίνημα στην κοινωνία, όχι μόνον εδώ, αλλά ιδιαίτερα εδώ. Η Κυβέρνηση προσπάθησε με τον «χωροφύλακα», ουσιαστικά, να επιβάλει το εμβόλιο. Δεν γίνεται αυτό. Για αυτό τώρα χρειάζεται η εφαρμογή κατ’ ουσίαν, του οικογενειακού γιατρού, του παιδιάτρου, της μονάδας εκείνης της οικογενειακής, που θα πιάνει τη μητέρα, το παιδί, τον πατέρα, την οικογένεια ολόκληρη και θα μπορεί να ανταποκριθεί.

Αντιλαμβάνεστε, λοιπόν, ότι εάν δεν ξεκινήσουμε από εκεί, όλο αυτό θα μείνει στα χαρτιά ή στον «αυτόματο» και ότι πιάσουμε. Βεβαίως, αυτός ο εθνικός σχεδιασμός να μην στηρίζεται απλά και μόνον σε προγράμματα κατά καιρούς, αλλά να θεμελιωθεί και να ενσωματωθεί στον κορμό του Ελληνικού Κράτους, στον κορμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ως βάσεις για να μπορέσουμε να έχουμε τα αποτελέσματα που θέλουμε. Να σώζουμε κόσμο, να βελτιωθεί η ποιότητα της υγείας και της ζωής των πολιτών.

Δεν θα πω περισσότερα, γιατί τραβάει μακριά η συζήτηση της σημερινής συνεδρίασης. Ευχαριστώ όλους όσους μας παρουσίασαν τα επιστημονικά δεδομένα και τον σχεδιασμό αυτό, που ελπίζουμε να ολοκληρωθεί και να πάρει σάρκα και οστά, για να μη μείνει απλώς σε εξαγγελίες.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Μετ’ εμποδίων η τοποθέτηση του αγαπητού μας κ. Παναγιωτόπουλου. Είναι και ο τομεάρχης υγείας του ΣΥΡΙΖΑ, για αυτό πρέπει να τον ακούμε με προσοχή.

Το λόγο έχει ο κ. Παπαδόπουλος.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**: Κύριοι Υπουργοί, κύριοι συνάδελφοι ευχαριστούμε για τις εμπεριστατωμένες ομιλίες. Επειδή ο Υπουργός αναφέρθηκε στη «ΝΙΚΗ» και σε εμάς, εμείς δεν είμαστε, κύριε Πρόεδρε, αντιεμβολιαστικό κίνημα. Κάθε άλλο, εμείς σεβόμαστε όλους τους συναδέλφους, υποκλινόμαστε στο μέγεθος ενός Έντουαρ Τζένερ, ενός Ρόμπερτ Κοχ, ενός Λουί Παστέρ, που εμβολίασαν και βοήθησαν την ανθρωπότητα και έσωσαν την ανθρωπότητα. Τα παιδιά μας και όλοι είναι εμβολιασμένοι.

Στο συγκεκριμένο, όμως, εμβόλιο του Covid, λόγω της mRΝA τεχνολογίας, η οποία δεν έχει πάρει έγκριση ακόμα – το ξέρετε ότι δεν έχει πάρει έγκριση- και ότι εγκαθιστά ένα γονίδιο που βάζει και τα κύτταρα μας γίνονται βιοαντιδραστήρες τοξικών ουσιών, δηλαδή ιών κτλ., είχαμε τις ενστάσεις μας. Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για να το συμπεριλάβει αυτό ως εμβόλιο, άλλαξε και τον ορισμό του εμβολίου. Κλείνει η παρένθεση.

Ο κύριος Υπουργός αφιέρωσε το πιο μεγάλο μέρος στο να απαντήσει σε εμάς, γιατί αυτό τον «έτσουξε» φαίνεται, την προηγούμενη φορά που μιλήσαμε. Ένα εμβόλιο γίνεται αποδεκτό όταν υπάρχουν μελέτες, όταν είναι αποτελεσματικό και όταν δεν έχει παρενέργειες. Αυτό το εμβόλιο για το οποίο μιλάμε και στα τρία αυτά παίρνει σχεδόν 0.

Τώρα, σε ό,τι αφορά τη θνητότητα σύμφωνα με παγκόσμιους οργανισμούς και όχι τη θνητότητα από τα Greek Statistics και από τις κυβερνήσεις του Predator και των υποκλοπών, έχει ανακοινωθεί παγκόσμια θνητότητα και η Ελλάδα είναι στο 18% για τον προηγούμενο χρόνο. Κλείνω την παρένθεση για τον Covid και έρχομαι στο συγκεκριμένο εμβόλιο.

Το συγκεκριμένο εμβόλιο είναι αποτελεσματικό και το ξέρουμε, απλώς υπάρχει διεθνής μεγάλη συζήτηση για αυτό το εμβόλιο. Συμφωνώ με την κυρία Φωτίου ότι η στρατηγική που περιμέναμε να ακούσουμε εδώ ήταν η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος και ότι, όντως, το human papillomavirus, έχει περίπου 100 υποτύπους και το εμβόλιο περιλαμβάνει 9 και αυτοί πάλι με την πάροδο του χρόνου βρίσκουν τρόπο και μεταλλάσσονται.

Ήθελα, επίσης, να πω, ότι συμφωνούμε ότι πρέπει να εμβολιαστούν και τα αγόρια και κορίτσια. Παγκοσμίως, όμως – το έδειξε και ο κ. Αγοραστός σε μια διαφάνεια – έπεσε η θνητότητα από το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, αλλά έχει πιάσει ένα πλαφόν και βλέπουμε ότι, όσο και να αυξάνεται η εμβολιαστική κάλυψη, δεν πέφτει. Δύο ερωτήματα ακόμα. Το ένα αφορά το κόστος, για το οποίο δεν άκουσα τίποτα. Κάπου είδα στο διαδίκτυο ότι είναι περίπου στα 150 ευρώ η δόση. Το δεύτερο είναι αν συμφωνούν οι επιστημονικές εταιρείες για το αν πρέπει να γίνεται το εμβόλιο σε μία δόση ή σε δύο δόσεις και σε ποια ακριβώς ηλικία. Σας ευχαριστώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Και εμείς σας ευχαριστούμε.

Το λόγο έχει η κυρία Κουρουπάκη.

**ΑΣΠΑΣΙΑ ΚΟΥΡΟΥΠΑΚΗ:** Ευχαριστώ κύριε Πρόεδρε και, επίσης, ευχαριστούμε πολύ για την ενημέρωση. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών και αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, παγκοσμίως. Στην Ελλάδα καταγράφονται περίπου 700 νέα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ετησίως και 280 θάνατοι από τη νόσο.

Γνωρίζουμε ότι για τη συγκεκριμένη νόσο, καθοριστικό ρόλο παίζει και η σεξουαλική συμπεριφορά, όπως η πρώιμη σεξουαλική επαφή και οι σεξουαλικές σχέσεις με διαφορετικούς συντρόφους. Οι διαχρονικές αξίες υποχωρούν, με εμφανή αποτυπώματα στην ψυχική και σωματική υγεία των νέων. Πανσεξουαλισμός, εναλλαγή συντρόφων, αδυναμία θεμελίωσης υγιών και σταθερών σχέσεων.

Η πρόληψη θα έπρεπε πρώτα και κύρια να κατευθύνεται στην αντιμετώπιση των φαινομένων αυτών, που οδηγούν την ελληνική κοινωνία στην παρακμή και στο χείλος της δημογραφικής κατάρρευσης. Ο γάμος και η οικογένεια βάλλονται από όλες τις πλευρές. Το κυνήγι των εμπειριών και η μετάθεση της δημιουργίας οικογένειας στο μέλλον, προβάλλονται ως αυτονόητες εκδηλώσεις του δικαιωματισμού.

Δυστυχώς, η κυρίαρχη αντίληψη είναι αυτή της αέναης φυγής προς τα εμπρός. Πρόκειται για μια αντίληψη ανορθολογική και προσηλωμένη, με σχεδόν μεταφυσική βεβαιότητα, στην πεποίθηση ότι η επιστήμη και η τεχνολογία μπορούν πάντοτε να βρίσκουν λύσεις στα προβλήματα που εμείς οι ίδιοι δημιουργούμε.

Οι εμβολιασμοί και οι ιατρικές θεραπείες αποτελούν χρήσιμα εργαλεία στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Δεν γίνεται, όμως, να χρησιμοποιούνται ως πανάκεια για τα κουκουλώματα της κοινωνικής παθογένειας. Θέλουμε η κοινωνία να λαμβάνει τα σωστά μηνύματα. Ναι στην πρόληψη, ναι στην ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ένα μεγάλο ναι, όμως και στις διαχρονικές αξίες, που κατευθύνουν στις υπεύθυνες και υγιείς σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Ευχαριστώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Και εμείς σας ευχαριστούμε.

Το λόγο έχει η κυρία Κεφαλά.

**ΓΕΩΡΓΙΑ (ΤΖΩΡΤΖΙΑ) ΚΕΦΑΛΑ:**  Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Να πω και εγώ για ένα θέμα το οποίο νομίζω ότι δεν το θίξαμε καθόλου και θα ήθελα πάρα πολύ να το θέσω και να το συζητήσουμε, αν είναι εφικτό. Να ευχαριστήσω όλους εσάς και τους ομιλητές μας για την ενημέρωση. Να πούμε, λοιπόν, ότι είμαστε υπέρ, βέβαια, του εμβολιασμού, χωρίς να πιστεύουμε ότι αυτό είναι η «πανάκεια» ή αυτό που θα μας λυτρώσει ολοκληρωτικά από τον καρκίνο. Πάντως, σαφώς είναι ένα σημαντικό βοήθημα.

Να σημειώσουμε, ότι βλέποντας το πίνακα που έχουμε μπροστά μας, οι χώρες που έχουν υψηλά ποσοστά εμβολιασμού, όπως είναι η Σουηδία, το Βέλγιο, η Αγγλία, είναι παράλληλα και χώρες οι οποίες έχουν φροντίσει τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του πληθυσμού με έναν ολιστικό τρόπο, θα τον έλεγα, το οποίο, εμείς, δυστυχώς, σε αυτό το θέμα, πάσχουμε πάρα πολύ δυνατά.

Πέρα από τα προβλήματα που έχει το ΕΣΥ – δεν είναι ώρα να τα αναπτύξουμε αυτή τη στιγμή – βλέπουμε, λοιπόν, ότι υπάρχει μια λίστα πραγμάτων που θα έπρεπε να προσέξουμε, όπως είναι το κάπνισμα, η χαμηλής ποιότητας διατροφή, το αλκοόλ, το άγχος και κάτι πάρα πολύ σημαντικό, το οποίο, νομίζω, ότι δεν το είπαμε καθόλου, είναι το εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα λόγω χρόνιας λήψης φαρμάκων, το οποίο θεωρώ μεγάλο θέμα. Γιατί δεν μιλάμε μόνο για ανθρώπους που βρίσκονται σε χρόνια θεραπεία ή από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα ή από κάποια χρόνια πάθηση, αλλά και για τη μεγάλη μάστιγα της Ελλάδας, που είναι η υπερκατανάλωση φαρμάκων και κυρίως αντιβιοτικών.

Έχουμε, σαν λαός, μεγάλη πίστη και αγάπη στο φάρμακο και ό,τι και να μας συμβαίνει και όσο και «ελαφρύ» να είναι, η κουλτούρα τού «δεν έχω υπομονή να περάσει, ή προτιμώ να κάνει ένα χάπι τη δουλειά που θα έπρεπε να έχω κάνει εγώ», κυριαρχεί. Η Ελλάδα είναι πρώτη στην Ευρώπη και κάποια δημοσιεύματα λένε, ότι είναι και πρώτη στον κόσμο σε κατανάλωση αντιβιοτικών και μάλιστα με σημαντική κατάχρηση στην παιδιατρική. Ενώ έχουμε πάρει υποτιθέμενα μέτρα για τον μετριασμό αυτής της κατάστασης, εξακολουθούμε να είμαστε πρώτοι σε κατανάλωση εδώ και 13 χρόνια.

Έχει δημιουργηθεί ηΟΕΚΟΧΑ,  η Ομάδα Επιτήρησης Ορθολογικής Χρήσης των Αντιβιοτικών, αλλά και οι διυπουργικές ομάδες εργασίας, για την αντιμετώπιση της αντιμικροβιακής αντοχής, που είναι τεράστιο θέμα και σε λίγα χρόνια, εξαιτίας αυτού, θα αντιμετωπίσουμε μια κατάσταση «θρίλερ» στο θέμα της υγείας πιστεύω. Ήδη αποσύρονται αντιβιοτικά που δεν έχουν καμία πλέον δύναμη, εφόσον έχουμε ανάπτυξη ιών, όπως σταφυλόκοκκου και με μεγάλη αντοχή στα υπάρχοντα φάρμακα.

 Όπως ξέρουμε και για τον καρκίνο, το καλό ανοσοποιητικό, δυστυχώς, αποδυναμώνεται από τα αντιβιοτικά και ξέρουμε ότι υπάρχουν επαναλαμβανόμενοι κύκλοι που δεν σταματούν, δυστυχώς, σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ασθενών. Βλέπουμε Έλληνες γιατρούς – δυστυχώς υπάρχει αυτή η νοοτροπία ακόμα – να δίνουν αντιβιώσεις σε ιογενείς λοιμώξεις, σε πονόλαιμους, σε ένα κνησμώδες εξάνθημα και τα λοιπά. Ενώ χρειάζονται 24 ώρες για να γίνει η καλλιέργεια και να εντοπιστούν τα νοσογόνα βακτήρια, συνηθίζουν να δίνουν αντιβιοτικά ευρέος φάσματος για γρήγορη ανακούφιση.

Όλα αυτά είναι αδικαιολόγητα για τη συντριπτική πλειοψηφία των ήπιων λοιμώξεων. Βέβαια, εκτός των άλλων, βλέπουμε, ότι τα αντιβιοτικά, εκτός του ότι αποδιοργανώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, μειώνουν τα λευκά αιμοσφαίρια και επηρεάζουν τη χλωρίδα του εντέρου. Είναι ένα φάρμακο που σώζει ζωές μεν, αλλά πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν κινδυνεύει η ζωή του ασθενή και όχι για προληπτικούς ή ψυχολογικούς λόγους. Ξέρουμε όλοι πως οι καινούργιες θεραπείες για τον καρκίνο προσανατολίζονται στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού. Έρευνες δείχνουν πως ακόμα και η γήρανση του ανοσοποιητικού μπορεί να οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά καρκίνου. Ζούμε κοιμίζοντας το ανοσοποιητικό μας, εν ολίγοις, όλο και πιο βαθιά, χωρίς να το αφήνουμε να ενεργοποιηθεί.

Βέβαια και σε συνδυασμό με τα τρόφιμα και τα λαχανικά, που στερούνται βιταμινών λόγω της επεξεργασίας, αλλά και της φτωχοποίησης του εδάφους στις καλλιέργειες, που είναι επίσης ένα μεγάλο θέμα και λόγω της έκθεσής μας σε χημικές ουσίες καθημερινά, το αποδυναμώνουμε και άλλο. Έχουμε χρέος να αλλάξουμε αυτή τη νοοτροπία που υπάρχει φωλιασμένη σε μεγάλη μερίδα ιατρών, αλλά και στον Έλληνα πολίτη, αν χρειαστεί ακόμα και με αυστηρότερο νομικό πλαίσιο, αλλά και με ενημέρωση σε μεγάλη κλίμακα και το σύστημα υγείας του πληθυσμού να καταγράφει την εξέλιξη στο μείζον θέμα αυτό, να υπάρχει ενημέρωση και συγκεκριμένη στρατηγική για την αντιβίωση. Αυτά θα ήθελα να επισημάνω. Ευχαριστώ πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Το λόγο έχει η κυρία Λινού.

**ΑΘΗΝΑ ΛΙΝΟΥ**: Ζητώ συγγνώμη, γιατί έπρεπε να έρχομαι και να φεύγω για άλλη υποχρέωσή μέσα στη Βουλή και ζητώ ιδιαίτερα συγνώμη από τους εξαιρετικούς συναδέλφους λειτουργούς της υγείας, που είναι μαζί μας σήμερα και ήθελα να επισημάνω ότι, αν μας βάζετε σε έναν κατάλογο για το ποια είναι η «γιαγιά της πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας» νομίζω ότι είμαι εγώ, ίσως πριν από τον κύριο Αγοραστό, καθώς είμαι και αρχαιότερη. Εκπόνησα το πρώτο πρόγραμμα σε σταθερό χώρο πρόληψης καρκίνου του μαστού το 1990 στη Χαλκιδική και θυμάστε, ότι βλεπόμασταν τότε και δεν μπορώ να πω τίποτα λιγότερο από το πόσο ενθουσιασμένη είμαι σήμερα, με το όραμα ότι θα εξαλείψουμε τον καρκίνο του τραχήλου και θα τον εξαλείψουμε με ένα εμβόλιο.

Δεν υπάρχει άλλο νόσημα που να έχουμε επιτύχει. Νομίζω ότι το αμέσως προηγούμενο είναι η ευλογιά, που με άλλη μεθοδολογία εμβολιασμού και για άλλου τύπου νόσημα, μπόρεσε να το κερδίσει η ανθρωπότητα. Το μόνο που θα ήθελα να πω, είναι να έχουμε όλοι τη δύναμη να επιμένουμε για να αυξήσουμε την συμμετοχή των νέων παιδιών, αγοριών και κοριτσιών, που εγκαίρως θα εμβολιαστούν και στην περίπτωση που θα έχουμε κάποιο νέο τύπο ιού φτάνει να μπορούμε να τον καταπολεμήσουμε.

Ένα σχόλιο, κύριε Πρόεδρε, γιατί είστε γιατρός, είμαι γιατρός, όπως και αρκετοί συνάδελφοι επιπλέον των ομιλητών. Ας μην μπλέκουμε τα πράγματα. Υπάρχουν πράγματα που μπορούμε να τα προλάβουμε με τα εμβόλια και εδώ μιλάμε για πρωτογενή πρόληψη και είναι πολύ σημαντικό αυτό, πολύ σημαντικότερο από την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού και άλλων καρκίνων, που μπορεί να καταφέρουμε να προλαβαίνουμε, αλλά τίποτα δεν θα μπορέσει ποτέ να συγκριθεί με την πρωτογενή πρόληψη με εμβόλιο. Συγχαρητήρια για το έργο σας. Εμένα με τιμάει και μόνο το ότι μπορώ να είμαι εδώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε την κυρία Λινού. Πραγματικά, ο λόγος της καθηγήτριας είναι πολύ ουσιαστικός και ενθαρρυντικός. Πάντως συγγνώμη, αλλά δεν είμαι γιατρός. Δικηγόρος είμαι, αλλά την έχω πατήσει, ειλικρινά γιατί μου έρχονται διάφοροι και μου λένε «πονάει το πόδι μου, πονάει το κεφάλι μου». Τι να κάνω εγώ; Επειδή ασχολούμαι με την υγεία πολλά χρόνια νομίζουν ότι είμαι γιατρός. Ένας ταπεινός δικηγόρος είμαι.

Το λόγο έχει ο κ. Φερχάτ.

**ΟΖΓΚΙΟΥΡ ΦΕΡΧΑΤ**: Ευχαριστώ τους συμμετέχοντες στην σημερινή μας Επιτροπή, καθώς συζητάμε ένα σχέδιο εθνικής στρατηγικής για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Νομίζω, ότι συζητάμε για ένα όραμα το οποίο είμαστε αναγκασμένοι όλοι μας να πετύχουμε, για να έχουμε τα σωστά αποτελέσματα τα οποία θα επιδιώξει αυτή η εθνική στρατηγική. Πάντοτε όμως έχουμε επιφυλάξεις, καθώς σε προγενέστερο χρόνο υπήρξαν εθνικές στρατηγικές οι οποίες απέτυχαν, επειδή ο περιορισμένος προϋπολογισμός δημόσιας υγείας στη χώρα μας αποτελεί όχι μόνο σημαντικό εμπόδιο στην επίτευξη δράσεων πρόληψης, αλλά και για την παροχή πρόσβασης των ασθενών σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη.

Καθώς εδώ συζητάμε για ένα είδος καρκίνου, το οποίο μπορούμε να το καταπολεμήσουμε με την πρόληψη, με τη σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού και με ένα εμβόλιο, δεν πρέπει να αποτύχουμε. Για αυτό έχουμε τις επιφυλάξεις μας για τα όσα θα ακολουθήσουν και πιστεύω ότι διαπιστώσεις αφορούν περισσότερο το πώς θα συνεισφέρουμε, έτσι ώστε να πάει καλά το εγχείρημα παρά όπως το είπατε και εσείς σε κοινοβουλευτικό έλεγχο. Αυτά έχουμε καιρό να τα δούμε και στη Βουλή, αλλά και στις Επιτροπές. Απλώς πρέπει να δούμε ολιστικά, σφαιρικά το θέμα. Πρέπει να τονίσω ότι με κυβερνητική επιλογή το δημόσιο σύστημα υγείας παραμένει σε τροχιά συρρίκνωσης και υποβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση. Είναι όλα αυτά που πρέπει να μας ενδιαφέρουν για τη σωστή εθνική στρατηγική στο συγκεκριμένο θέμα.

 Σύμφωνα με τα στοιχεία της Κομισιόν, η Ελλάδα δαπανά το 7,8% του ΑΕΠ για την υγεία, όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι περίπου στο 10%. Επιπλέον, η κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα είναι μόλις 1.603 ευρώ, δηλαδή περίπου δύο φορές μικρότερη από την αντίστοιχη ευρωπαϊκή η οποία ανέρχεται στα 3.523 ευρώ. Ταυτόχρονα, η χώρα καταγράφει πρωτιά σε ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην Ε.Ε.. Αυτό πρέπει να μας ανησυχεί πραγματικά. Στο σύνολο των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα η δημόσια χρηματοδότηση είναι μόλις 60%. Το υπόλοιπο 40% προκύπτει από τις ιδιωτικές δαπάνες και τις ιδιωτικές ασφαλίσεις. Ο μέσος ευρωπαϊκός όρος για τη δημόσια δαπάνη είναι 80%.

Μιλώντας για το συγκεκριμένο θέμα πρέπει να το δούμε και ως ένα κομμάτι του συνολικού δημόσιου συστήματος υγείας. Πιο ειδικά για τις ιδιωτικές δαπάνες, αυτές αφορούν φάρμακα σε ποσοστό 13%, για νοσοκομειακή περίθαλψη σε ποσοστό 11%, για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των 6,5% και οδοντιατρική φροντίδα των 4,5%. Οι εξελίξεις αυτές έχουν ήδη επιπτώσεις στην πρόσβαση σε ποιοτικές και αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας. Το διαρκές αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών σε συνδυασμό με τη γενικευμένη ακρίβεια δημιουργεί νέα εμπόδια και αυξάνει το ποσοστό των ακάλυπτων υγειονομικών αναγκών.

Η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας φθίνει και το ΕΣΥ επιβαρύνεται με κόστη που θα μπορούσαν και θα έπρεπε να έχουν αποφευχθεί. Ενδεικτικό είναι το έλλειμμα που προέκυψε σε μελέτη της ΕΛΣΤΑΤ, όπου το 67% των πολιτών άνω των 16 ετών που θέλησε να πραγματοποιήσει μια ιατρική εξέταση ή να λάβει κάποιου είδους θεραπεία, δεν το έκανε γιατί δεν είχε την οικονομική δυνατότητα. Τους τελευταίους μήνες πληθαίνουν τα περιστατικά πλημμελούς ή ανύπαρκτης ανταπόκρισης σε ανάγκες υγείας των πολιτών στα αστικά κέντρα και την περιφέρεια, εξαιτίας της ελλιπούς χρηματοδότησης του διαρκώς μειούμενου προσωπικού και των λιγότερων δυνατοτήτων του ΕΣΥ.

Όλα αυτά τα προβλήματα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας πρέπει να τα βάλουμε ως βάση, για να μπορέσει αυτή η εθνική στρατηγική στο συγκεκριμένο θέμα να πάει καλά. Γιατί αν δεν δούμε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σφαιρικά ολόκληρο το σύστημα δημόσιας υγείας, δεν θα μπορέσουμε να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα για να καταπολεμήσουμε το συγκεκριμένο θέμα.

Σε συνέντευξη που παραχώρησε ο κορυφαίος αναλυτής οικονομικών της υγείας Τόμας Ράις στο 5ο Ετήσιο Ευρωπαϊκό Φόρουμ για τον Καρκίνο που πραγματοποιήθηκε το Δεκέμβρη του 2023 στις Βρυξέλλες, ανέφερε ότι η Ελλάδα υστερεί σε πολλούς τομείς λόγω του πενιχρού προϋπολογισμού του Υπουργείο Υγείας. Τόνισε, επιπλέον, ότι η Ελλάδα έχει έλλειψη ογκολόγων, οι οποίοι είναι πολύ απαραίτητοι για τη θεραπεία του αυξανόμενου αριθμού καρκινοπαθών. Αυτά δεν τα λέμε εμείς, ως Νέα Αριστερά, αλλά αναγνωρισμένοι επιστήμονες. Εμείς λέμε «και ογκολόγων», γιατί είναι γνωστό ότι λείπουν και πολλές άλλες ιατρικές ειδικότητες, αφού οι νέοι ιατροί εγκαταλείπουν τη χώρα μας εξαιτίας των άθλιων συνθηκών εργασίας και των αναξιοπρεπών αμοιβών.

Όμως, για να έχουν αποτέλεσμα οι δράσεις πρόληψης, πρέπει να εντάσσονται σε ένα συνολικό σχέδιο κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών, μέσα από τη συνεχή ενδυνάμωση του ΕΣΥ, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και τη φροντίδα σε επίπεδο κοινότητας. Αυτό δεν γίνεται από τις μέχρι τώρα κυβερνητικές επιλογές. Η συνολική αποτίμηση από το 2024 παραπέμπει σε μία μίζερη, ετεροχρονισμένη και ανεπαρκή στήριξη του δημόσιου συστήματος υγείας. Η Κυβέρνηση της Ν.Δ. δεν έβγαλε κανένα χρήσιμο συμπέρασμα στην υγειονομική κρίση και στη πανδημία, που και εκεί είχαμε καμπάνιες εμβολιασμού και είχαμε θέματα ευαισθητοποίησης και έπρεπε να δράσουμε πιο έγκυρα και έγκαιρα.

Η κατάρτιση του Προϋπολογισμού είναι απόλυτα συμβατή με την πολιτική επιλογή για ιδιωτικοποίηση, με την Κυβέρνηση να είναι αποφασισμένη να συνεχίσει την απόκλιση των δημόσιων δαπανών από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, να μετακυλήσει το κόστος στους ασθενείς και, τελικά, να αποκλείσει σημαντικό μέρος του πληθυσμού από δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες.

Εκείνο που, επίσης, θα μπορούμε να διαπιστώσουμε είναι η ελλειμματικότητα των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών σε σύγκριση με τις ανάγκες. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να συμφωνήσουμε και να εμπεδώσουμε όλοι την ανακοίνωση ενός ενισχυμένου Δημόσιου Συστήματος Υγείας που να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες. Τέλος, ένας επιπλέον λόγος που είμαστε διστακτικοί είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης στην επιτυχία μιας διαφημιστικής καμπάνιας και αυτό γιατί το είδαμε στην παταγώδη αποτυχία, όπως σας είπα, στο εμβολιαστικό εγχείρημα για την αντιμετώπιση της πανδημίας του Covid-19.

Κλείνοντας, θα ήθελα να επισημάνω ότι η δημόσια υγεία έχει στον πύρινα της την καθολικότητα και την ισότητα. Ενσωματώνει ένα δημοκρατικό και προοδευτικό πρόταγμα που οδηγεί στη μείωση των κοινωνικών και υγειονομικών ανισοτήτων και στο στόχο «υγεία για όλους» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Δεν έχω να προσθέσω κάτι άλλο. Δε θέλω να κουράσω την Επιτροπή. Θα ήθελα να ευχαριστήσω, πραγματικά, όλους τους ειδικούς που μας παρείχαν αυτή τη γνώση, την εμπειρία για να συνεχίσουμε ακόμα καλύτερα στο έργο κι αυτής της Επιτροπής, αλλά και μέσα από το πολιτικό μας έργο να συνδράμουμε στη Δημόσια Υγεία. Ευχαριστώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε και εμείς.

Το λόγο έχει ο κ. Σταμάτης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ:** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Καταρχήν, συγχαρητήρια για την συγκεκριμένη πρωτοβουλία. Είναι πολύ σημαντικό η πολιτική να έρχεται μαζί με την επιστήμη, ειδικά σε τέτοιου είδους θέματα που η πολιτική δεν μπορεί να κάνει βήμα χωρίς την επιστήμη. Από την άλλη, βέβαια, και η επιστήμη θα πρέπει να είναι πάντα μπροστά, να εξελίσσεται και η πολιτική να τη βοηθάει.

Εγώ, χαίρομαι, αλλά θέλω να πω ότι δεν άκουσα πολλά πράγματα για εθνική στρατηγική. Περίμενα να ακούσω πολύ περισσότερα, ώστε να μπορούμε και εμείς να κατατοπιστούμε. Θα ήθελα να κάνω μια τοποθέτηση - ερώτηση. Τι γίνεται όσον αφορά στους αθέατους πληθυσμούς οι οποίοι δεν έχουν πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας για πολλούς και διάφορους λόγους και στο κομμάτι των διακρίσεων; Αναφέρομαι, κυρίως, στους τσιγγανόπαιδες, μιας και επιτρέψτε μου να σας πω ότι η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών στην περίοδο του Covid δεν ασχολήθηκε καθόλου με τον εμβολιασμό, γενικά, των τσιγγάνων που ζουν στους καταυλισμούς.

Το δεύτερο είναι τι γίνεται με τις πιο ιδιαίτερες ομάδες του πληθυσμού, που έχουν και γλωσσικά, εθνοτικά και θρησκευτικά άλλου είδους χαρακτηριστικά, όπου χρειάζεται μια τελείως διαφορετική προσέγγιση; Προφανώς, με βάση αυτά που είπε ο κ. Αγοραστός, τα νούμερα είναι πολύ εντυπωσιακά για να αποτύχουμε. Είναι πολύ σημαντικό, με βάση τους δείκτες που έχουμε και τα ποσοστά ανά πληθυσμό καρκίνου, να επιτευχθεί ο εμβολιασμός. Απλά, επειδή έχουμε ήδη το πετυχημένο πρόγραμμα που τρέχει η κυρία Αγαπηδάκη, όσον αφορά στο Πρόγραμμα «Γεννηματά» για τον καρκίνο του μαστού, θα πρέπει να δούμε λιγάκι και πώς θα εκπαιδεύσουμε την κοινότητα στις πολλές καμπάνιες και πώς θα το στοχεύσουμε, για να πετύχουμε τα απαιτούμενα αποτελέσματα.

Αντιλαμβάνεστε ότι όταν έχουμε διάφορα εθνικά σχέδια δράσης ευαισθητοποίησης, πρόληψης, κατάρτισης και όλα αυτά, κυρίως πάνε σε ένα πολύ συγκεκριμένο πληθυσμό, ο οποίος πληθυσμός είναι κάτω των 18. Οπότε πρέπει να δούμε και γενικότερα πώς η οικογένεια θα εκπαιδευτεί μέσα στην κοινότητα και τι ρόλο θα παίξουν στα σχολεία, νομίζω ότι εκεί πρέπει να δώσουμε πολύ μεγαλύτερο βάρος, ώστε να πετύχουμε τη μεγαλύτερη κάλυψη ποσοστού εμβολιασμού, ώστε τα νούμερα που είπε ο κύριος καθηγητής να επιτευχθούν, πραγματικά, και η χώρα μας να πιάσει στόχο. Όταν έχουμε ένα εμβόλιο – εγώ θα έλεγα και πιο πριν το εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα – όταν ένα εμβόλιο σώζει, είναι κρίμα η χώρα μας να μην ασχοληθεί τόσο ενεργά, ώστε να εξαλείψει αυτόν τον καρκίνο. Ευχαριστώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε και εμείς.

Κύριε Κρητικέ, έχετε το λόγο.

 **ΝΕΟΚΛΗΣ ΚΡΗΤΙΚΟΣ**: Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, να συγχαρώ τον Πρόεδρο της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, κύριο Βασίλη Οικονόμου, για τη σύγκληση αυτής της ειδικής συνεδρίασης, η οποία πραγματεύεται θέματα υψηλής σπουδαιότητας, γιατί άπτεται της περιφρούρησης και προαγωγής της δημόσιας υγείας. Πρέπει να ευχαριστήσω όλη την επιστημονική κοινότητα, την κυρία Θεοδωρίδη, τον κύριο Αγοραστό, τον κύριο Αθανασάκη και τον κύριο Καπετανάκη που ήρθατε εδώ.

Είχαμε ένα μεγάλο κίνημα αντιεμβολιαστών. Πρέπει να ενημερωθεί ο κόσμος ότι όλα αυτά βγαίνουν μέσα από τις consensus των επιστημονικών κοινοτήτων, από ομοφωνίες. Δεν γίνεται ξαφνικά ο καθένας να «πετάει την μπάλα ψηλά». Δεν είναι τυχαία αυτά τα πράγματα. Για αυτό ελπίζω να μην έχουμε πλέον και για αυτό το εμβόλιο κάτι ιδιαίτερο.

 Η Επιτροπή φέρνει σήμερα το θέμα της αναγκαιότητας χάραξης μιας εθνικής στρατηγικής για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ως ζήτημα δημόσιας υγείας. Είναι η τελευταία μέρα σήμερα, η οποία έχει οριστεί ως διεθνής μήνας ευαισθητοποίησης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μπορεί να προληφθεί; Βέβαια. Είναι χαρακτηριστικά τα λόγια της Διευθύντριας Προγραμμάτων Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κυρίας Νίνο Μπερντούλη, η οποία είπε ότι ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί. Καμία γυναίκα δεν πρέπει να πεθάνει από αυτό το νόσημα. Ένα μέλλον χωρίς καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι στα δικά μας χέρια. Έχουμε και τη γνώση και τα εργαλεία. Τα ανέφεραν οι καθηγητές μας εδώ. Από το 2020, 194 χώρες αποφάσισαν για πρώτη φορά να δράσουν συντονισμένα για αυτό.

Να τελειώσω λέγοντας ότι αποτελεί όραμα της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας ένας κόσμος όπου ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θα έχει εξαλειφθεί και εμείς εδώ θα προσεγγίσουμε το ζήτημα με τη δέουσα ευαισθησία και εύχομαι με ολοκληρωμένες καμπάνιες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης και την κατάλληλη ιατρική προσέγγιση να κάνουμε και άλλα βήματα εγγύτερα στον στόχο που είναι η εξάλειψη της νόσου. Σας ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Και εμείς ευχαριστούμε.

Θα δώσουμε όλοι τον λόγο στην κυρία Αγαπηδάκη.

**ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας)**: Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Πράγματι, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ευκαιρία να ενημερώνουμε την Επιτροπή για αυτά τα θέματα και να είμαστε σήμερα εδώ να ακούμε την επιστημονική κοινότητα, να μπορούμε να ακούμε τους Βουλευτές όλων των κομμάτων να τοποθετούνται σε αυτό το τόσο σοβαρό ζήτημα.

Θα υπογραμμίσω κάτι που αναφέρθηκε και από τον Υπουργό, ότι σε αυτά τα θέματα καλό είναι να μην προσπαθούμε να εξαντλούμε την αντιπολιτευτική μας ανάγκη. Νομίζω ότι έχουμε πολύ περισσότερα που μας ενώνουν από όσα μας χωρίζουν. Μπορούμε σε άλλο πλαίσιο, σε άλλους άξονες, να αντιπαρατεθούμε. Αυτό είναι ένα θέμα το οποίο πρέπει να βρει το Κοινοβούλιο ενωμένο. Μιλάμε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Μιλάμε για επιστημονικά αποδεδειγμένες μεθόδους που μπορούν να σώσουν πάρα πολλές ζωές, που μπορούν σχεδόν να τον εξαλείψουν στη χώρα μας. Είναι μία μοναδική ευκαιρία.

Θέλω να επισημάνω τρία πράγματα προσπαθώντας να απαντήσω όσο μπορώ σε όσα ακούστηκαν, γιατί ήταν πάρα πολλά. Να πω ότι, ακριβώς επειδή υπάρχουν κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στη χώρα μας και δεν κλείνουμε τα μάτια, ξέρουμε ότι πάρα πολλές ομάδες του πληθυσμού δεν έχουν πρόσβαση σε μια σειρά από εξετάσεις. Δεν έχουμε συμπεριλάβει στο πρόγραμμα για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μόνο το HPV τεστ ή μόνο το τεστ PAP. Tο πάμε και ένα βήμα παραπέρα. Δίνουμε δωρεάν την κολονοσκόπηση, δωρεάν ακόμα και τη βιοψία. Όχι απλά τη λήψη, αλλά τη διενέργεια όλη, προκειμένου μία γυναίκα να μην σκεφτεί ότι «ναι, ωραία να κάνω το τεστ ΠΑΠ και αν μετά έχω ευρήματα, πώς θα αντέξω το κόστος για τα περαιτέρω;». Γιατί ξέρετε ότι δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητα τα πόσα. Ακριβώς, έχουμε ένα πλαίσιο, όπως ακριβώς και στο «Φώφη Γεννηματά», ένα δίκτυο σε όλη τη χώρα, για να μη χρειάζεται να ξοδεύουν οι γυναίκες χρήματα για μεταφορά για αυτού του τύπου τις εξετάσεις.

Επιπλέον, για τις ομάδες πληθυσμού που μπορεί ή να θεωρούνται «αόρατοι» στην κοινωνία ή να μαστίζονται ακόμη παραπάνω από τις κοινωνικές ανισότητες, υπάρχουν συμπληρωματικές προσεγγίσεις και με κινητές μονάδες θα φτάσουμε σε κάθε σημείο στη χώρα. Η Κυβέρνηση προχωρά και στο κομμάτι της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια με κινητές μονάδες που θα υπάρχουν σε μόνιμη βάση στη χώρα και θα παρέχουν δωρεάν προληπτικές υπηρεσίες και στα ορεινά σημεία της Ελλάδας και στα νησιά, ούτως ώστε να σταματήσουν οι ανισότητες στην πρόσβαση συν το δίκτυο της τηλεϊατρικής που όταν έρθει η ώρα θα δείτε πως αλλάζει το τοπίο.

Να πω ότι από τους 122.000 εμβολιασμούς που είχαμε το 2019 έναντι του HPV, έχουμε ξεπεράσει τους 300.000. Έχουμε έναν υπερδιπλασιασμό. Είναι αρκετό αυτό; Όχι.

Έχουμε, όμως, ξέρετε, 3 λόγους να είμαστε περήφανοι, όχι ως Κυβέρνηση, ως Πολιτεία. Θεωρώ ότι αυτό είναι ένα στοίχημα κοινωνικό και πρέπει να μας βρει όλους ενωμένους.

Σήμερα, όπως ανέφερε και πριν ο κ. Καπετανάκης, εισηγήθηκε η Κομισιόν στο Συμβούλιο να υιοθετήσει μια σειρά από μέτρα, προκειμένου να αυξηθεί ο εμβολιασμός για τον HPV και να λιγοστέψουν οι περιπτώσεις των γυναικών που διαγιγνώσκονται με αυτήν τη νόσο. Αυτά η χώρα μας τα έχει κάνει ήδη, ξέρετε. Να επεκταθεί και στα αγόρια το εμβόλιο HPV. Το έχουμε κάνει. Να καλύπτεται δωρεάν. Το έχουμε κάνει. Να έχουμε ψηφιακό παιδιατρικό βιβλιάριο και δυνατότητα να μετριέται έτσι η κάλυψη. Το έχουμε κάνει. Έχουμε, λοιπόν και μερικούς λόγους να είμαστε περήφανοι και θέλω να πιστεύω ότι με τη σύμπραξη όλων θα έχουμε ακόμη περισσότερους στο μέλλον. Ευχαριστώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε την κυρία Υπουργό.

Ο κ. Αγοραστός θέλει να κάνει ένα σχόλιο. Ορίστε.

**ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ (Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων (HPV), Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης):** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Θα ήθελα, εν κατακλείδι, να τονίσω ότι πραγματικά έχουμε στη διάθεσή μας τα όπλα για να εξαλείψουμε αυτόν τον καρκίνο, ο οποίος, επαναλαμβάνω, δεν είναι μόνο οι γυναίκες με διηθητικό καρκίνο. Είναι το σύνολο των γυναικών, το οποίο, από τα 18 μέχρι τα 78, νιώθει μία «δαμόκλειο σπάθη» πάνω από το κεφάλι και τρέχει να ελεγχθεί και να ξαναελεγχθεί και να ξαναελεγχθεί.

Αυτά όλα διαγράφονται με ένα εμβόλιο και αυτό το εμβόλιο πρέπει, πραγματικά, μέσω εκστρατειών ενημέρωσης και όπου δεν υπάρχει ενημέρωση και υπάρχουν περιοχές στην Ελλάδα που πραγματικά δεν υπάρχει ενημέρωση στον κόσμο, πρέπει η Πολιτεία, μαζί με τη δική μας συνεργασία, να φροντίσει ούτως ώστε οι πάντες να ενημερωθούν. Και έτσι να φτάσουμε στα όρια αυτά, καθώς υπάρχουν χώρες, οι οποίες τα έχουν καταφέρει και χώρες όχι πολύ διαφορετικές από την Ελλάδα, αλλά και χώρες που είναι κοντά σε εμάς. Λοιπόν, είμαστε σε θέση να το κάνουμε. Πρέπει να το κάνουμε.

Χαίρομαι που η κυρία Υπουργός και ο κύριος Υπουργός ανήγγειλαν αυτό το συνολικό πρόγραμμα για την πρόληψη του καρκίνου, το οποίο εμπεριέχει και αυτά που λέμε, τώρα, εδώ και θα υπάρξουν και άλλες δυνατότητες περαιτέρω καινοτομιών. Εφόσον, το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου εφαρμοστεί, θα μπορέσουμε να καλύψουμε και γυναίκες που δεν μπορούν να προσέλθουν, γυναίκες που δεν θέλουν να προσέλθουν.

Από ό,τι φαίνεται, κυρία Υπουργέ, ελέχθη προχθές στο Λευκό Οίκο στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου είχαν ένα μίτινγκ ακριβώς για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας, ότι για κάθε δολάριο που μπαίνει στο πρόγραμμα πρόληψης καρκίνου του τραχήλου μήτρας, επιστρέφουν 26 δολάρια στον οικονομικό λογαριασμό του κράτους. Άρα, λοιπόν, είναι cost-effective η όλη υπόθεση αυτή και είναι ένα κέρδος επιπλέον ακόμα αυτό.

Εύχομαι και ελπίζω και πιστεύω ότι, σύντομα, θα μπορούμε να έχουμε τόσο καλά αποτελέσματα, ούτως ώστε μετά από 20-25 χρόνια εμείς οι καθηγητές να διδάσκουμε τον καρκίνο τραχήλου μήτρας στους φοιτητές από τα βιβλία, όπως έχουμε πει με την κυρία Θεοδωρίδου, και όχι σε ασθενείς. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε. Πραγματικά, ήταν πολύ διαφωτιστικά και πολύ ουσιαστικά αυτά που ακούσαμε και από τους Καθηγητές και από τους εκπροσώπους των ασθενών. Θέλω να ευχαριστήσω και τους συναδέλφους για την παρουσία τους. Υπήρχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και χαίρομαι γιατί αυτές οι ειδικές συνεδριάσεις, τελικά, έχουν μια καλή απήχηση και θα κάνουμε και άλλες τέτοιες για θέματα τα οποία είναι φλέγοντα, να τα «φωτίσουμε» καλύτερα, να δώσουμε μεγαλύτερη έμφαση σαν Επιτροπή.

Το λόγο έχει ο κ. Σταμάτης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ:** Θέλω να πω κάτι. Προφανώς, δεν ξέρω αν μπορεί να γίνει, αλλά θα έχει ενδιαφέρον αν μπορούσε να γίνει. Εγώ συμμετέχω και ταυτόχρονα στο Συμβούλιο της Ευρώπης και εκεί υπάρχουν τρία δίκτυα. Ένα από τα δίκτυα είναι για τη βία κατά των γυναικών και ούτω καθεξής. Ενδεχομένως, επειδή η υγεία είναι και ένας στόχος και της Κυβέρνησης, αλλά και της χώρας εν γένει και επειδή προφανώς υπάρχει μια πολύ καλή συνεργασία με την επιστημονική κοινότητα, δεν ξέρω, κύριε Πρόεδρε, αν θα μπορούσατε να πάρετε μια πρωτοβουλία να συνδέσετε και άλλες Επιτροπές, ώστε να γίνει ένα δίκτυο βουλευτών που θα θέλουν και ασχολούνται και ενδιαφέρονται για τα θέματα της Υγείας και να μην είναι αμιγώς μόνο στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων.

Νομίζω θα έχει πολύ ενδιαφέρον αυτή η δικτύωση. Έχουμε πάρα πολλούς βουλευτές που είναι στην επαρχία, οπότε όλο αυτό θα μπορούσε να λειτουργήσει και ευεργετικά, αλλά και να κινητροδοτήσει ακόμα περισσότερους να μάθουν πράγματα, που και εμείς μάθαμε σήμερα έτσι και κάθε μέρα μαθαίνουμε, ώστε να φτιαχτεί ένα ωραίο δίκτυο που να συμμετέχουν όλα τα κόμματα και σε συνεργασία, βέβαια, πάντα με εσάς ως Προεδρεύοντα της Επιτροπής. Ευχαριστώ.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Πολύ ωραία πρόταση, θα τη δούμε πραγματικά. Θα το συζητήσουμε στη Διάσκεψη των Προέδρων, που είναι όλες οι Επιτροπές εκεί για να το δούμε. Ευχαριστώ πολύ όλες και όλους για την παρουσία σας. Ολοκληρώθηκε η ειδική συνεδρίαση.

Στο σημείο αυτό έγινε η γ΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής.

Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ευθυμίου Άννα, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Μαντάς Περικλής, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Οικονόμου Βασίλειος, Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπακώστα – Παλιούρα Αικατερίνη (Κατερίνα), Παπασωτηρίου Σταύρος, Πλεύρης Αθανάσιος, Ράπτη Ζωή, Σαλμάς Μάριος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη – Βιλιάλη Μαρία – Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Δερμεντζόπουλος Χρήστος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία – Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Γαβρήλος Γεώργιος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Καλαματιανός Διονύσιος – Χαράλαμπος, Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Παππάς Πέτρος, Πολάκης Παύλος, Φωτίου Θεανώ, Καζάνη Αικατερίνη, Λιακούλη Ευαγγελία, Μουλκιώτης Γεώργιος, Μπαράν Μπουρχάν, Πουλάς Ανδρέας, Τσίμαρης Ιωάννης, Μεταξάς Βασίλειος, Στολτίδης Λεωνίδας, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Κουρουπάκη Ασπασία, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Μπιμπίλας Σπυρίδων, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Φλώρος Κωνσταντίνος και Χουρδάκης Μιχαήλ.

Τέλος και περί ώρα 18.55΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡΙΑ-ΝΕΦΕΛΗ ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**