**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΙΖ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Β΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

**(Άρθρο 40 παρ. 1 Κ.τ.Β.)**

Στην Αθήνα, σήμερα, 21 Δεκεμβρίου 2016, ημέρα Τετάρτη και ώρα 09.45΄, συνεδρίασε, στην Αίθουσα «Προέδρου Αθανασίου Κωνστ. Τσαλδάρη» (223) του Μεγάρου της Βουλής, η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κ. Νίκου Μανιού, με θέμα ημερήσιας διάταξης: Η αντιμετώπιση της φυματίωσης στην Ελλάδα.

Στη συνεδρίαση παρέστησαν, ο κ. Ανδρέας Ξανθός, Υπουργός Υγείας, ο κ. Ιωάννης Μπασκόζος, Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας, ο κ. Μιχάλης Τουμπής, Πρόεδρος Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Συντονιστής Διευθυντής 6ης Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ο κ. Νικόλαος Κουλούρης, Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής  Α΄ Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», η κυρία Σταματούλα Τσικρικά, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελήτρια Μονάδας Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α’ Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Συντονίστρια Ομάδας Φυματίωσης Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, η κυρία Χρυσούλα Μπότση, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Συντονίστρια Ομάδας Φυματίωσης Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Μονάδα Λοιμώξεων, Νοσοκομείο  «Α. Συγγρός», ο κ. Ευάγγελος Βογιατζάκης, Συντονιστής Διευθυντής Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», ο κ. Απόστολος Παπαβασιλείου, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Διευθυντής Αντιφυματικού Τμήματος, Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», η κυρία Ανδριάνα Τσιμπούκη, Γραμματέας Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, η κυρία Σήλια Λέμμαν, Γιατρός ΚΕΘΕΑ​ και η κυρία Ουρανία Καλκούνη, Εκπρόσωπος του ΚΕΕΛΠΝΟ.

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..: Αθανασίου Νάσος, Βέττας Δημήτρης, Γεννιά Γεωργία, Δημητριάδης Δημήτρης, Κατσαβριά Χρυσούλα, Θεωνάς Γιάννης, Ψυχογιός Γεώργιος, Καΐσας Γιώργος, Καρασαρλίδου Φρόσω, Καστόρης Αστέρης, Κωστοπαναγιώτου Ηλίας, Μανιός Νίκος, Μαντάς Χρήστος, Ρίζος Δημήτριος, Σταματάκη Ελένη, Μουσταφά Μουσταφά, Γιαννακίδης Ευστάθιος, Παπαδόπουλος Σάκης, Παραστατίδης Θόδωρος, Σιμορέλης Χρήστος, Στογιαννίδης Γρηγόρης, Τζούφη Μερόπη, Τσόγκας Γιώργος, Βαγιωνάς Γεώργιος, Βλάχος Γεώργιος, Βρούτσης Ιωάννης, Γιακουμάτος Γεράσιμος, Γιαννάκης Στέργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Μπούρας Αθανάσιος, Οικονόμου Βασίλειος, Αΐβατίδης Ιωάννης, Κουκούτσης Δημήτριος, Λαγός Ιωάννης, Κρεμαστινός Δημήτριος, Λοβέρδος Ανδρέας, Χριστοφιλοπούλου Παρασκευή, Λαμπρούλης Γεώργιος, Μανωλάκου Διαμάντω, Λαζαρίδης Γεώργιος, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Μεγαλοοικονόμου Θεοδώρα και Γρηγοράκος Λεωνίδας.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Κυρίες και κύριοι, καλημέρα σας. Ένας από τους εκλεκτούς συναδέλφους είχε πει προχθές ότι η φυματίωση δεν «τραβάει» ιατρικό κόσμο, το δικαιολόγησε, δεν θα το επαναλάβω. Φαίνεται ότι έχουν κάποιο δίκιο. Αυτό δεν σημαίνει ότι η πνευμονολογία δεν είναι μια πολύ ενδιαφέρουσα ιατρική ειδικότητα. Η φυματίωση είναι ένα πρόβλημα, το οποίο πρέπει να δούμε τι θα κάνουμε και πώς θα αντιμετωπίσουμε.

Το λόγο έχει ο κ. Υπουργός.

### ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας): Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Καλημέρα σε όλους. Θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντική η πρωτοβουλία της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και του Προέδρου της, να θέτει σε συζήτηση, ενώπιον των Βουλευτών, των μελών της Επιτροπής, θέματα που είναι πολύ ψηλά στην ατζέντα της δημόσιας υγείας στη χώρα και παγκοσμίως. Νομίζω ότι και η χθεσινή συζήτηση, στην οποία δυστυχώς δεν είχα τη δυνατότητα να παραστώ, για τον HIV και άλλα λοιμώδη νοσήματα που συνμεταδίδονται, όπως η ηπατίτιδα C και η εξάρτηση με τις ναρκωτικές ουσίες, δίνουν τη δυνατότητα στα μέλη της εθνικής αντιπροσωπείας να παρακολουθήσουν ένα σοβαρό επιστημονικό διάλογο, να έχουν τα πραγματικά δεδομένα, που αφορούν αυτές τις απειλές για τη δημόσια υγεία στη χώρα μας και κυρίως, δίνεται η δυνατότητα στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας να παρουσιάσει το σχέδιο αντιμετώπισης αυτών των απειλών και τις συνέργειες που προωθούνται, των διαφόρων φορέων που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, όπως είναι το ΚΕΕΛΠΝΟ, όπως είναι η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, όπως είναι -ειδικά για τη σημερινή συζήτηση- η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, το νοσοκομείο «Σωτηρία» και η επικοινωνία που έχουμε με άλλα επιστημονικά κέντρα της Ευρώπης, όπως το ECDC ([European Centre for Disease Prevention and Control](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiq8ez-7YTRAhVaelAKHc7iBZAQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2F&usg=AFQjCNHquUDUiz5WeKM4ncPwGg5y7bxCCQ&sig2=zzf8pKxhTvm0prX3Srlngg&bvm=bv.142059868,d.d24)) και φυσικά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η φυματίωση είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, για όλο τον κόσμο. Από πρόπερσι είναι η πρώτη αιτία θανάτου από λοιμώξεις παγκοσμίως, έχει ξεπεράσει τους θανάτους από τη λοίμωξη του HIV. Είναι μια πραγματική απειλή και ιδιαίτερα στο νέο της στοιχείο, που είναι η πολυανθεκτική της μορφή. Νομίζω ότι δημιουργεί νέα δεδομένα, απαιτεί πολύ μεγάλη εγρήγορση της επιστημονικής κοινότητας, των συστημάτων υγείας διεθνώς, της διακρατικής επικοινωνίας και συνεργασίας, έτσι ώστε, να διαγιγνώσκονται έγκαιρα, να αντιμετωπίζονται δραστικά και να αποτρέπεται η διασπορά κρουσμάτων φυματίωσης και ιδιαίτερα στην πολυανθεκτική μορφή.

Είναι μία νόσος που ξέρουμε πάρα πολύ καλά ότι έχει ένα κοινωνικό υπόστρωμα, δηλαδή, επηρεάζεται πάρα πολύ από τις συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων, τις συνθήκες στέγασης, διατροφής, ατομικής υγιεινής, υγειονομικής φροντίδας. Νομίζω ότι δεν είναι τυχαίο ότι πολλές φορές υπάρχει μία συσχέτιση ανάμεσα σε επιδημικές εξάρσεις της φυματίωσης που παρατηρούνται σε πολλές χώρες, με προγράμματα λιτότητας, τα οποία εφαρμόζονται και τα οποία οδηγούν σε φτωχοποίηση των κοινωνιών.

Στη χώρα μας υπάρχει μία πτωτική τάση, την τελευταία δεκαετία, στα ετήσια κρούσματα, περίπου 600 το χρόνο. Σε αυτά υπερτερούν οι Έλληνες σε σχέση με τους αλλοδαπούς, αλλά τα τελευταία χρόνια, λόγω των γενικότερων αλλαγών που έχουν συμβεί, αλλάζει το επιδημιολογικό προφίλ, αυξάνεται η συμμετοχή αλλοδαπών στο ποσοστό και κυρίως, τα κρούσματα που αφορούν πολυανθεκτικά στελέχη στην πλειονότητά τους, περίπου το 85%, αφορούν αλλοδαπούς.

Χρειάζεται μία αυξημένη εγρήγορση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αυτά όμως θα συζητηθούν στη συνέχεια. Υπάρχουν πολύ καλές εισηγήσεις από την πλευρά των αρμόδιων επιστημονικών οργάνων. Η προσπάθεια μας είναι στα πλαίσια των δημοσιονομικών περιορισμών που υπάρχουν αυτή τη στιγμή στη χώρα, έτσι ώστε, να μην υπάρχουν εκπτώσεις σε ζητήματα επαγρύπνησης στη δημόσια υγεία.

Αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να ενισχύσουμε και το σύστημα γρήγορου εντοπισμού έγκαιρης διάγνωσης επιδημιολογικής επιτήρησης και στη συνέχεια παρακολούθησης της σωστής θεραπείας των ανθρώπων που εντοπίζονται και πρέπει να λάβουν αγωγή. Γιατί, ξέρουμε πολύ καλά, ότι πολλές φορές η αγωγή είναι μακροχρόνια, υπάρχουν πολλές φορές δυσκολίες στο να ολοκληρωθεί και, άρα, να διασφαλίσουμε ότι οι άνθρωποι αυτοί δεν θα αποτελούν κίνδυνο διασποράς της λοίμωξης.

Νομίζω ότι η προσπάθεια που πρέπει να γίνει ταυτόχρονα είναι να ενισχύσουμε, να αντιμετωπίσουμε προβλήματα φτωχοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού που υπάρχουν στη κοινωνία, να επικεντρωθούμε στις ευάλωτες ομάδες που είναι ο πληθυσμός των ανθρώπων που είναι στις φυλακές ή σε κέντρα προαναχωρησιακά, σε κλειστά κέντρα-σε “hot spot” - αλλά και σε ανοιχτά κέντρα φιλοξενίας όπου συγχρωτίζονται χιλιάδες άνθρωποι. Φυσικά είναι και οι κοινότητες των Ρωμά, οι άνθρωποι, δηλαδή, που γενικώς διαβιούν σε άσχημες συνθήκες και από την άποψη της υγιεινής, αλλά και των υπόλοιπων μέσων αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Νομίζω, λοιπόν, ότι ενισχύοντας από τη μία πλευρά έγκαιρα το σύστημα έγκαιρης διάγνωσης επιδημιολογικής επιτήρησης και ταυτόχρονα, βελτιώνοντας τις συνθήκες ζωής μπορούμε να πούμε ότι με αυτό τον τρόπο διασφαλίζουμε τον περιορισμό και τον έλεγχο αυτού του προβλήματος που πραγματικά είναι μεγάλο θέμα. Το θέμα έχει επίσης συζητηθεί πρόσφατα σε μία σύνοδο των Υπουργών Υγείας στη Μπρατισλάβα, τον Οκτώβριο του 2016 και υπάρχει ανησυχία σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, ειδικά στις Βαλτικές Χώρες, γιατί υπάρχουν πολύ υψηλά ποσοστά πολυανθεκτικής νόσου και υπάρχει ένα σχέδιο δράσης όπου ανταλλάσσεται τεχνογνωσία. Γι’ αυτό υπάρχουν συνέργειες ανάμεσα στα εθνικά κράτη, έτσι ώστε να ενισχυθεί συνολικά η προσπάθεια και να περιοριστεί η νόσος στο επίπεδο της Ευρώπης.

Ευχαριστώ πάρα πολύ τους εκλεκτούς συναδέλφους που εκπροσωπούν την επιστημονική κοινότητα που ασχολείται με το ζήτημα. Θα είναι πολύ χρήσιμη η κατάθεση της επιστημονικής τους θέσης.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Τουμπής.

ΜΙΧΑΛΗΣ ΤΟΥΜΠΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Συντονιστής Διευθυντής της 6ης Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»): Εκ μέρους του Δ.Σ. της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο για την ευκαιρία που μας δίνει να ενημερώσουμε την Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων για το πρόβλημα της φυματίωσης, τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε ολόκληρο τον κόσμο.

Ως εκπρόσωποι του Δ.Σ. της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας σήμερα εδώ, είμαι εγώ και ο κ. Κουλούρης Νικόλαος, Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής  Α’ Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», η κ. Τσικρικά Σταματούλα, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελήτρια Μονάδας Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α’ Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Συντονίστρια Ομάδας Φυματίωσης Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και η κ. Μπότση Χρυσούλα, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Συντονίστρια Ομάδας Φυματίωσης Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Μονάδα Λοιμώξεων, Νοσοκομείο  «Α. Συγγρός».

Επίσης, είναι μαζί μας ο κ. Βογιατζάκης Ευάγγελος, Συντονιστής Διευθυντής Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» και ο κ. Παπαβασιλείου Απόστολος, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Διευθυντής Αντιφυματικού Τμήματος, Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία».

Η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία αποτελεί τον, κατεξοχήν, επιστημονικό φορέα της ειδικότητας της Πνευμονολογίας και Φυματιολογίας στην Ελλάδα. Είμαστε από τις λίγες Εταιρείες που διατηρούμε και τον τίτλο της Φυματιολογίας και αυτό το κάνουμε για ιστορικούς και συμβολικούς λόγους, αλλά και για πραγματικούς.

Δυστυχώς, η Ελλάδα είναι από τις χώρες που πλήρωσε ακριβά το πρόβλημα της φυματίωσης τον περασμένο αιώνα. Μέχρι και τη δεκαετία του ΄50 το νοσοκομείο «Η Σωτηρία» εθεωρείτο «ο τάφος των ζωντανών». Έτσι, λοιπόν, είμαστε, ιδιαίτερα, ευαισθητοποιημένοι και διατηρήσαμε στον τίτλο της ειδικότητας μας και τη Φυματιολογία.

Πολλοί πίστεψαν, ότι το πρόβλημα της φυματίωσης θα λυνόταν με το τέλος του 20ου αιώνα. Αυτό οδήγησε σε χαλάρωση των μέτρων ελέγχου της φυματίωσης και σε υποχρηματοδότηση των διαφόρων ερευνών γύρω από το συγκεκριμένο νόσημα. Φανταστείτε, ότι καινούργια αντιφυματικά φάρμακα έχουμε να δούμε από τη δεκαετία του ΄60. Από τότε, καταβάλλεται προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα νέο αποτελεσματικό εμβόλιο κατά της φυματίωσης κι΄ αυτό, όμως, δεν έχει γίνει κατορθωτό.

Με αυτή τη χαλάρωση και την υποχρηματοδότηση, κατά τα μέσα της δεκαετίας του ΄80, επανεμφανίστηκε το πρόβλημα της φυματίωσης, πρώτα στην Αμερική και στη συνέχεια σε όλη την Ευρώπη. Τότε, αποδόθηκε, κυρίως, στην εμπλοκή του AIDS και στα μεγάλα μεταναστευτικά «κύματα» που ακολούθησαν πολέμους από χώρες που είχαν υψηλή επίπτωση φυματίωσης σε χώρες με χαμηλή επίπτωση της φυματίωσης.

Σε αυτό να προσθέσουμε, ότι ένα μεγάλο πρόβλημα επανεμφάνισης της φυματίωσης ήταν και η κατάρρευση υγειονομικών συστημάτων. Για παράδειγμα, η πρώην Σοβιετική Ένωση με τη διάλυση της είχε και κατάρρευση του υγειονομικού της συστήματος και, εν συνέχεια, χιλιάδες κόσμου από τις χώρες αυτές όδευσε προς την Ευρώπη, κουβαλώντας μαζί και το πρόβλημα της φυματίωσης.

Υπάρχει μία παγκόσμια αναφορά για τη φυματίωση, η οποία επαναλαμβάνεται, κατ' έτος. Για το 2015, έχει υπολογιστεί ότι υπήρξαν 10.400.000 νέες περιπτώσεις φυματίωσης παγκοσμίως. Από αυτές, το 1 εκατ. ήταν παιδιά και 1,2 εκατ. ήταν άτομα που ζούσαν σε περιβάλλον HIV και αυτό είναι το πρώτο καινούργιο πρόσωπο της φυματίωσης κατά τη σύγχρονη εποχή.

Επίσης, κατά την ίδια χρονική περίοδο του 2015 δηλώθηκαν, περίπου, 548.000 νέες περιπτώσεις πολυανθεκτικής φυματίωσης. Πολυανθεκτική φυματίωση σημαίνει ανθεκτική, τουλάχιστον, στα κυριότερα και πιο αποτελεσματικά φάρμακα την ισονιαζίδη και την ριφαμπικίνη. Από τις 548.000 συνολικά, οι 448.000 ήταν για την πολυανθεκτική και 100.000 για ανθεκτικότητα στην ριφαμπικίνη, που είναι ο «προάγγελος» της πολυανθεκτικής φυματίωσης.

Και γιατί το τονίζουμε αυτό το πράγμα; Γιατί η πολυανθεκτική φυματίωση είναι από μόνη της ικανή να δημιουργήσει μια νέα επιδημία φυματίωσης στον κόσμο, και ιδίως στην Ευρώπη. Οφείλεται καθαρά σε κακή θεραπευτική τακτική και σε έλλειψη φαρμάκων και, δεύτερον, στοιχίζει πανάκριβα. Μια κοινή φυματίωση σε σύγκριση με την πολυανθεκτική φυματίωση, στοιχίζει 100 και 200 φορές λιγότερο. Δηλαδή, ένα περιστατικό πολυανθεκτικής φυματίωσης, δυστυχώς, στοιχίζει πάρα πολλά, κι εκτός του ότι είναι δύσκολη η ανεύρεση των κατάλληλων φαρμάκων και η αποτελεσματικότητα σε αυτή τη νόσο, που κυμαίνεται γύρω στο 50-53%.

Επίσης, κατά το ίδιο χρονικό διάσημα –ήδη το ανέφερε ο κύριος Υπουργός- είχαμε περίπου 1.400.000 θανάτους από φυματίωση. Η φυματίωση, δυστυχώς, σκοτώνει. Ανήκει στη δεκάδα των πλέον θανατηφόρων νοσημάτων παγκοσμίως. Και σκοτώνει και στην Ελλάδα. Για το 2015 δηλώθηκαν περίπου 90 περίπου περιπτώσεις με κύριο αίτημα τη φυματίωση. Κυρίως αφορά σε ηλικιωμένα άτομα, που δυστυχώς η διάγνωση μπαίνει ίσως και μετά τον θάνατο.

Για την πολυανθεκτική φυματίωση θα ήθελα να κάνω ακόμη μια μικρή αναφορά. Είναι πρόβλημα που αφορά και στην Ευρώπη, με υψηλά ποσοστά στην Εσθονία, Λιθουανία, Λετονία και στη Βουλγαρία και γίνεται μία προσπάθεια σε ευρωπαϊκό επίπεδο, πράγματι, να ακολουθηθούν πολιτικές ελέγχου αυτής της μορφής της νόσου, διασυνοριακές, διακρατικές και σε αυτές μετείχε και ο Υπουργός, ο κύριος Ξανθός τον Οκτώβριο του 2016.

Τώρα, για την Ελλάδα, από το 2005 και μετά, πράγματι, παρουσιάζεται μια σταθερή μείωση της επίπτωσης της φυματίωσης της χώρας. Τα τελευταία χρόνια δηλώνονται γύρω στις 500 με 600 περιπτώσεις ετησίως. Βέβαια, θα πρέπει τονίσουμε ότι υπάρχει μια υποδήλωση της νόσου, παρά το γεγονός ότι διαθέτουμε, πλέον ένα πολύ καλό και αξιόπιστο σύστημα καταγραφής και δήλωσης, που εδράζεται στο ΚΕΕΛΠΝΟ. Παρά ταύτα, υποδηλώνεται η νόσος, και δεν είναι ελληνικό φαινόμενο, αλλά, δυστυχώς, πανευρωπαϊκό και παγκόσμιο.

Εκτός από την υποδήλωση, θα ήθελα να τονίσω ότι σχετικά με τη συμμετοχή στον εν διαμόρφωση ποσοστό του αριθμού των περιπτώσεων φυματίωσης Ελλήνων και αλλοδαπών μέχρι το 2010 υπήρχε μια σταδιακή αύξηση του ποσοστού των αλλοδαπών, αλλά μετά το 2010 υπάρχει μια σαφής πτώση συμμετοχής των αλλοδαπών σε σύγκριση με τους Έλληνες. Σήμερα είμαστε στο επίπεδο 57% Έλληνες και 43% αλλοδαποί.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μια αύξηση κρουσμάτων σε συγκεκριμένους χώρους, όπως είναι οι φυλακές, τα κέντρα κράτησης και σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών. Γι’ αυτά τα περιστατικά ασφαλώς χρειάζεται ειδική προσέγγιση και ειδική αντιμετώπιση διότι αποτελούν, πράγματι, εστίες διασποράς και ανεξέλεγκτης μετάδοσης της νόσου.

Αυτή είναι η γενική κατάσταση. Τι προτείνουμε εμείς, σαν Πνευμονολογική Εταιρεία: Πρώτον και κύριο, να επικαιροποιηθεί ένα σχέδιο δράσης για τη φυματίωση στην Ελλάδα. Ήδη, υπήρχε στο ΚΕΕΛΠΝΟ μια επιτροπή που διαμόρφωσε ένα τέτοιο σχέδιο και είχε ολοκληρωθεί το 2007, έγινε μια προσπάθεια περαιτέρω υλοποίησής του το 2011, όμως είμαστε εκεί. Δεν υπάρχει ένα ενιαίο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη φυματίωση και θα έπρεπε να το φτιάξουμε, και να το επικαιροποιήσουμε, ίσως, το παλιό.

Πρέπει να εκσυγχρονιστεί και να ενδυναμωθεί η επιδημιολογική επιτήρηση της φυματίωσης, συμπεριλαμβανομένης και της πολυανθεκτικής μορφής. Όπως σας είπα, υποδηλώνεται η φυματίωση. Και θα πρέπει να δούμε πώς θα αυξήσουμε αυτή τη δήλωση της φυματίωσης.

Επικαιροποίηση του δικτύου εργαστηριακής διάγνωσης της φυματίωσης. Δυστυχώς, υπάρχει ένα κέντρο αναφοράς μυκοβακτηριδίων, που εδράζεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο του «Σωτηρία» και που καλύπτει το 80% της διάγνωσης της φυματίωσης πανελλαδικά.

Δείγματα πτυέλων φεύγουν από την Πάτρα ή από διάφορες επαρχιακές πόλεις και έρχονται μέσω courier στην «Σωτηρία» για να μπει η μικροβιολογική διάγνωση της φυματίωσης. Αυτό θεωρείται απαράδεκτο και θα πω στη συνέχεια, τι πρέπει να γίνει.

Επίσης, θα πρέπει τα αντιφυματικά φάρμακα να χορηγούνται δωρεάν, χωρίς όρους και προϋποθέσεις. Είναι μια νόσος που είναι επικίνδυνη για το περιβάλλον, τον κόσμο και νομίζω, ότι θα πρέπει να το δούμε με μια μεγαλύτερη επιείκεια σε σχέση με τα άλλα νοσήματα. Σήμερα, δηλαδή, παρατηρείται το εξής παράδοξο: Εγώ, ως Διευθυντής μιας Πνευμονολογικής Φυματιολογικής Κλινικής, όταν γράψω αντιφυματική αγωγή, ο άρρωστος έχει συμμετοχή, ενώ όταν τον παραπέμψω στο αντιφυματικό ιατρείο δεν έχει συμμετοχή. Αυτό πρέπει να εκλείψει.

Θα πρέπει, επίσης, να διαμορφωθούν συγκεκριμένα πρωτόκολλα ελέγχου της φυματίωσης στους χώρους που είπαμε προηγουμένως, στις φυλακές, στα κέντρα κράτησης, στα «hot spots». Συγκεκριμένα πρωτόκολλα ελέγχου, ούτως ώστε να δούμε το πρόβλημα στις πραγματικές του διαστάσεις σε αυτούς τους χώρους και να το ελέγξουμε.

Τέλος, εκπαίδευση, ασφαλώς, όχι μόνο των Πνευμονολόγων-Φυματιολόγων που είναι εκπαιδευμένοι, αλλά αυτή η εκπαίδευση θα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες. Εμείς, ήδη, κάνουμε μια προσπάθεια να ενημερώσουμε και να εκπαιδεύσουμε από την Αστυνομία μέχρι τα ιατρεία Δήμων, όπου εκεί προσέρχονται πάρα πολλοί ασθενείς, οι οποίοι δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από φυματίωση και είναι και αλλοδαποί.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν κάποια πολύ συγκεκριμένα θέματα που θα ήθελα να τα αναφέρω και θα παρακαλούσα, εάν είναι δυνατόν, να βελτιωθούν ή να λυθούν. Πρέπει να υπάρχει απρόσκοπτη διαθεσιμότητα και πρόσβαση σε όλα τα αντιφυματικά φάρμακα. Δυστυχώς, κατά καιρούς, υπάρχουν ελλείψεις στα αντιφυματικά φάρμακα. Αυτή την εποχή λείπει η ριφαμπικίνη από τη φαρέτρα μας. Η ριφαμπικίνη είναι, ίσως, το πιο σημαντικό φάρμακο για τη θεραπεία της φυματίωσης και είναι αυτή που καθορίζει και την ανάπτυξη πολυανθεκτικότητας στη συνέχεια. Αυτή την εποχή δεν διαθέτουμε ριφαμπικίνη και αυτό είναι απαράδεκτο. Δεν είναι ακριβό φάρμακο. Δεν ξέρω και δεν μπαίνω στη διαδικασία του γιατί το κράτος δεν το διαθέτει ακόμα.

Ως προς τα δευτερεύοντα, λεγόμενα, αντιφυματικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της πολυανθεκτικής φυματίωσης εκεί υπάρχει, πράγματι, ασυνέχεια στην προμήθεια τους. Υπάρχει μια χρονοβόρα διαδικασία, η οποία κατά διαστήματα δημιουργεί προβλήματα συνεχούς προμήθειας αυτών των φαρμάκων στους ασθενείς που τα έχουν ανάγκη.

Επίσης, θα θέλαμε να πούμε ότι υπάρχει, κατά διαστήματα, μια έλλειψη της φυματίνης. Η φυματίνη είναι ένα πάμφθηνο υλικό, το οποίο χρησιμοποιείται για τη δερμοαντίδραση «μαντού». Είναι ένα υλικό που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της φυματίωσης. Κατά διαστήματα υπάρχει έλλειψη, όχι τόσο στο κέντρο αλλά στην περιφέρεια. Το αποτέλεσμα της έλλειψης της φυματίνης, που στοιχίζει μισό ευρώ ως εξέταση, είναι ότι οι άνθρωποι αναγκάζονται να απευθυνθούν σε μια άλλη διαγνωστική μέθοδο με την ιντερφερόνη-γ που στοιχίζει 100 με 150 φορές περισσότερο από τη δερμοαντίδραση φυματίνης.

Ένα άλλο θέμα που θα ήθελα να τονίσω, είναι ότι θα πρέπει στη χώρα μας να εισαχθούν νέα αντιφυματικά φάρμακα που προορίζονται για την πολυανθεκτική φυματίωση. Μετά από πάρα πολλά χρόνια, κυκλοφορούν δύο νέα φάρμακα για την πολυανθεκτική φυματίωση, τα οποία κυκλοφορούν στην Ευρώπη αλλά δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα. Το κόστος είναι υψηλό και φαντάζομαι ότι γι' αυτό το λόγο δεν εισάγονται στην Ελλάδα, αλλά εάν πάρουμε πόσο στοιχίζει μία ανοσοθεραπεία ενός πνευμονικού καρκίνου με προσδόκιμο επιβίωσης, μετά από αυτή τη θεραπεία, κάποιων μηνών, αυτά τα φάρμακα αντιστοιχούν στο μισό κόστος.

Περνάω σε ένα άλλο θέμα, που είναι τα αντιφυματικά ιατρεία. Παλαιότερα στην Ελλάδα υπήρχαν πάρα πολλά αντιφυματικά ιατρεία, αλλά με την έκπτωση της φυματίωσης τα περισσότερα καταργήθηκαν. Υπάρχουν, όμως, κάποια τα οποία λειτουργούν.

Ένα εξ’ αυτών, το κυριότερο, είναι το αντιφυματικό ιατρείο του «ΣΩΤΗΡΙΑ», που στην πραγματικότητα δεν είναι αντιφυματικό ιατρείο, είναι ένα ολόκληρο τμήμα.

Έχει 20.000 επισκέψεις ετησίως, για έλεγχο φυματικής μόλυνσης, για παρακολούθηση, χορήγηση, θεραπείες για τη φυματίωση.

Αυτές οι 20.000 επισκέψεις, διεκπεραιώνονται από τρεις γιατρούς.

Είναι υποστελεχωμένο τμήμα, κάνει τεράστια δουλειά, ιδίως όποιος έχει κάποιο φτωχό, κάποιον αλλοδαπό, το παραπέμπει στο αντιφυματικό ιατρείο του «ΣΩΤΗΡΙΑ» και εκεί γίνεται η περεταίρω παρακολούθηση, θεραπεία κλπ.

Επίσης, επειδή σε αυτό το Ιατρείο ανήκει και η Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης, είναι επιφορτισμένοι αυτοί οι γιατροί να παρακολουθούν και τα περιστατικά που τυχόν νοσηλεύονται εκτός Αθηνών, π.χ. στη Θεσσαλονίκη και που αποστέλλονται και τα φάρμακα για αυτούς τους αρρώστους από το νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» από την Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης.

Άρα, λοιπόν, μέσα στις προτάσεις μας, είναι, αυτό το τμήμα να ενισχυθεί, να στελεχωθεί και ειδικά για τη Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης που είναι και η μοναδική που υπάρχει στην Ελλάδα, θα πρέπει να αναβαθμιστεί και να ανακατασκευαστεί.

Διαθέτει 8 θαλάμους, οι δύο μόνο έχουν αυτόνομη αρνητική πίεση. Οι υπόλοιποι έχουν κοινή αρνητική πίεση, που σημαίνει ότι, αν είναι κάποιες μορφές πολύ μεταδοτικές, τότε δεν μπορούν να νοσηλευθούν με τους καλύτερους δυνατούς όρους.

Είναι μέσα στα σχέδια να ανακατασκευαστεί αυτή η μονάδα, παράλληλα με την ανακατασκευή, κατασκευή εξ’ αρχής και άλλων 10 θαλάμων αρνητικής πίεσης στο χώρο μέσα στο «ΣΩΤΗΡΙΑ», είναι υπό την ευθύνη του κ. Κουλούρη και ενώ έχουν υπάρξει σχέδια, μελέτες, εγκρίσεις σκοπιμότητας, αυτό το θέμα δεν προχωράει για κάποιους λόγους.

Μέσα στα ίδια πλαίσια, ήταν και σχέδια αναμόρφωσης και αναδιάταξης του Κέντρου Αναφοράς των Μυκοβακτηριδίων, όπως σας είπα, επιφορτίζεται με όλα τα δείγματα, όλης της Ελλάδος, και φέρει σε πέρας αυτά, με προσωπικό ελλειμματικό.

Χρειάζεται ενίσχυση, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό, όσο και σε εξοπλισμό και μεταφορά του σε άλλο χώρο.

Επίσης, θα πρέπει να πούμε, ότι είναι διασυνδεδεμένο, τόσο με το ΚΕΕΛΠΝΟ αυτό το εργαστήριο, όσο και με το εξωτερικό και είναι ένα πραγματικό στολίδι, το οποίο δεν κάνει να το χάσουμε από τα χέρια μας και να αφήσουμε τη φυματίωση να μας ξεφύγει.

Επίσης, μέσα στις προτάσεις μας είναι η δημιουργία Μονάδας Πολυανθεκτικής Φυματίωσης στη Θεσσαλονίκη. Όπως σας είπα, αντιμετωπίζει κάποια ελάχιστα περιστατικά στη Θεσσαλονίκη.

Δεν υπάρχει ειδική μονάδα αντιμετώπισής της. Τα φάρμακα αποστέλλονται από την Αθήνα, η αγωγή καθορίζεται σε συνεργασία με τους ανθρώπους του αντιφυματικού ιατρείου από την Αθήνα και αυτό δημιουργεί τεράστια προβλήματα.

Θα πρέπει όλα τα μεγάλα νοσοκομεία να έχουν τη δυνατότητα να θέσουν τη διάγνωση της φυματίωσης πρωτογενώς. Οι απλές εξετάσεις πτυέλων είναι απλές εξετάσεις, τις οποίες μπορεί να τις κάνει ο οποιοσδήποτε, ακόμα και εργαστηριακός απλός υπάλληλος.

Παρά ταύτα, για την εκτέλεση αυτής της εξέτασης, παραπέμπονται δείγματα στο «ΣΩΤΗΡΙΑ».

Είχαμε αρχίσει μια εκπαίδευση, σε όλα τα εργαστήρια της Ελλάδος, προκειμένου να εκτελούν την εξέταση αυτή και να μην υπερφορτίζεται το κέντρο. Παρά ταύτα, έμεινε αυτή η προσπάθεια στο κενό γιατί υπάρχει ακόμα δυστυχώς φόβος για τη φυματίωση, ακόμα και μέσα στους κόλπους της ιατρικής κοινότητας.

Τέλος, θα ήθελα να πω, ότι θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα σαφές νομικό πλαίσιο, για την αντιμετώπιση των ασθενών με μεταδοτική φυματίωση.

Υπήρξε μια προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα τέτοιο πλαίσιο, αν δεν κάνω λάθος το 2011, 2012, αλλά έμεινε στα χαρτιά.

Δηλαδή, αν κάποιος είναι μεταδοτικός και φύγει από το νοσοκομείο, καλούμαστε να ειδοποιήσουμε Αστυνομία, Εισαγγελείς κλπ., από εκεί και πέρα, υπάρχει κενό.

Δεν είναι εγκληματίες. Είναι άνθρωποι που μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο και θα πρέπει να υπάρχει ένα σαφές νομικό πλαίσιο πως χειριζόμαστε αυτούς τους ασθενείς και τί τους κάνουμε.

Ως προς την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία θα ήθελα να σας πω, ότι έχουμε κάνει συγκεκριμένες προτάσεις προς την Περιφέρεια για τη βοήθεια μας ως προς τις φυλακές -συγκεκριμένο πρόγραμμα ελέγχου της φυματίωσης μέσα στις φυλακές- με πρώτο και κύριο τον Κορυδαλλό.

Έχουμε υποβάλει συγκεκριμένο σχέδιο προς τον Υπουργό Μετανάστευσης για τα hot spots με συγκεκριμένο πρωτόκολλο - ερωτηματολόγιο, εξ΄ όσων γνωρίζω εφαρμόζεται τώρα ένα πρόγραμμα και έχουν ανευρεθεί κάποια κρούσματα φυματίωσης εκεί, όμως πιστεύουμε, ότι το πρόγραμμά μας είναι ολοκληρωμένο και διασυνδεδεμένο με όλους τους φορείς που πρέπει.

Επίσης, συμμετέχουμε στη διαμόρφωση προτάσεων για τη συμμετοχή μας σε πρόγραμμα κοινής δράσεως στην Ε.Ε., υπό την Διεύθυνση των Καταναλωτών Υγείας έναντι τριών νοσημάτων φυματίωση, HIV, HCV. Επίσης, έχουμε εκπονήσει κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της φυματίωσης της διπλής λοίμωξης φυματίωσης - HIV και τη θεραπεία λαμβάνουσας φυματίωσης υπό το ΚΕΛΠΝΟ. Αυτά, ήδη, κυκλοφορούν.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να πω, ότι η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία έχει πολλές προτάσεις και είναι στη διάθεση όλων των εμπλεκομένων φορέων γύρω από τη φυματίωση, προκειμένου να συμβάλει με τις δικές της δυνάμεις στον έλεγχο και επίλυση του προβλήματος. Σας ευχαριστώ για την προσοχή σας.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Και εμείς ευχαριστούμε.

Είναι κατανοητό ότι δεν περιόρισα το χρόνο, διότι παρουσίασε μια ολοκληρωμένη εισήγηση, που εκτιμώ, ότι αντιπροσωπεύει και τις τοποθετήσεις των επόμενων ομιλητών.

Το λόγο έχει ο κ. Κουλούρης.

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ (Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Διεθυντής Α΄ Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»): Σας ευχαριστούμε για την πρόσκληση. Προκειμένου να παραθέσουμε τα προβλήματα που υπάρχουν σε ένα μεγάλο τομέα της δημόσιας υγείας, θα ήθελα να συμφωνήσω αφού είμαι και μέλος του Δ.Σ. της Πνευμονολογικής Εταιρείας με όσα είπε ο κ. Τουμπής, συμφωνούμε απολύτως. Είναι ομόφωνη η θέση της Πνευμονολογικής Εταιρείας.

Εγώ θα ήθελα, να σας επισημάνω κάτι -που είπε βέβαια ο κ. Τουμπής- ότι μια νέα μορφή επιδημίας της φυματίωσης, μπορεί να εξαπλωθεί λόγω των ανθεκτικών περιπτώσεων της φυματίωσης. Ακόμη και άλλα συστήματα Υγείας μεγάλων κρατών, δεν έχουν μπορέσει να επιλύσουν αυτό το πρόβλημα μέχρι σήμερα. Εμφανίζονται και ανθεκτικά στελέχη της φυματίωσης, που δεν θα πιάνει κανένα φάρμακο. Φανταστείτε, ότι αν μεταδοθεί ένας τέτοιος τύπος φυματίωσης θα έχουμε πολύ μεγάλο πρόβλημα.

Επίσης, η εκπαίδευση των γιατρών αρχίσει από τα φοιτητικά τους χρόνια. Εγώ μια και διδάσκω Πνευμονολογία στους 5ετεις φοιτητές, είμαι υποχρεωμένος να του διδάξουμε και πώς γίνεται και δερμοαντίδραση. Πολλές φορές έχουμε δυσκολία στο να βρούμε το φάρμακο- την ουσία αυτή που πραγματοποιούμε τη δερμοαντίδραση. Η εκπαίδευσή τους αρχίζει από εκεί. Και όλοι αυτοί θα πάνε στα Κέντρα Υγείας και πρέπει να ξέρουν πώς διενεργείται η δερμοαντίδραση. Τα φάρμακα πολλές φορές μας λείπουν -αυτό που είπε ο κ. Τουμπής- θα ήθελα να πω, ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε χώρες που αδυνατούν να προμηθευτούν τα φάρμακα – δεν ξέρω για πιο λόγο γίνεται αυτό - δεν υπάρχει συνεχής ροή φαρμάκων στο νοσοκομείο, θα μπορούσαμε να ζητήσουμε τη βοήθεια από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, προκειμένου να προμηθευόμαστε απρόσκοπτα όλα αυτά τα φάρμακα.

Νομίζω, ότι έχει όλη τη διάθεση και τη δυνατότητα, να μας προμηθεύει με αυτά τα φάρμακα. Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω. Συμφωνώ σε όλα τα υπόλοιπα με αυτά που προείπε ο κ. Τουμπής.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Τσικρικά.

ΣΤΑΜΑΤΟΥΛΑ ΤΣΙΚΡΙΚΑ (Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος, Επιμελήτρια Μονάδας Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Συντονίστρια Ομάδας Φυματίωσης Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας): Καλημέρα και από μένα. Ευχαριστώ πολύ το Προεδρείο αλλά και όλους εσάς. Θα μιλήσω εκ μέρους μιας εκ των δύο συντονιστριών που είναι της ομάδας φυματίωσης, στις προσπάθειες που κάναμε για να συγκληθεί σήμερα η συγκεκριμένη επιτροπή. Νομίζω ακούσατε τον Πρόεδρο αλλά και τον Καθηγητή στα πλαίσια του τι μπορούμε να κάνουμε. Να πω ότι οι δράσεις τα δύο τελευταία χρόνια έχουν εντατικοποιηθεί από την εταιρεία και το επιστημονικό κομμάτι της και ο λόγος που βρισκόμαστε εδώ στην ουσία είναι διττός. Από την μια να ενημερώσουμε για ένα νόσημα, το οποίο αν κάποιοι δεν είναι επαγγελματίες υγείας ή αν δεν κινούνται σε κάποιους χώρους με ειδικούς πληθυσμούς, μπορεί να μην γνωρίζουν ότι εξακολουθεί να υπάρχει και να είναι επίκαιρο όσο ποτέ.

Από την άλλη, να οργανωθεί ένα πλαίσιο τέτοιο, με έναν σχεδιασμό που να αποτελείται από πολλούς φορείς και να δώσει μια στρατηγική και για ένα τέτοιο νόσημα το οποίο φαίνεται αυτή τη στιγμή να ξεπερνά τη χώρα. Δηλαδή, η Ελλάδα σε ένα μονοπάτι γεωγραφικό που βρίσκεται και μπορεί να αποτελέσει η ίδια το επόμενο μονοπάτι και βήμα για τις χώρες της Ευρώπης, θα αποτελούσε και θα έπρεπε να παίζει ένα πολύ σημαντικό και πρωταρχικό ρόλο σε ένα τόσο σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας κινώντας στην ουσία θέματα στα θέματα των ροών, των φιλοξενούμενων πληθυσμών, για την υπόλοιπη Ευρώπη.

Άρα, νομίζω ότι η Πνευμονολογική Εταιρεία έχει την εκπαίδευση, το υπόβαθρο, τις υποδομές, οι οποίες αυτή τη στιγμή χρειάζονται στήριξη, για να μπορέσει να στηρίξει και σε αυτό το επίπεδο.

Κάτι άλλο που θα ήθελα να πω ως εργαζόμενη στο μεγαλύτερο νοσοκομείο της χώρας, είναι ότι το πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε καθημερινά οι πνευμονολόγοι – φυματιολόγοι στα επείγοντα, είναι και της διαχείρισης ενός περιστατικού με αερογενούς μεταδιδόμενο νόσημα, όπως είναι η φυματίωση, στους χώρους έλλειψης και απομόνωσης που υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία. Είναι πάρα πολύ δύσκολη η διαχείριση και μεταφορά αυτών των ασθενών όταν σε όλα σχεδόν τα νοσοκομεία της χώρας -διορθώστε με αν κάνω κάποιο λάθος- λείπουν οι ειδικοί θάλαμοι, οι οποίοι είναι συγκεκριμένοι γι’ αυτούς τους ασθενείς και καλούμαστε πολλές φορές να τους νοσηλεύουμε σε κοινούς θαλάμους, που νομίζω ότι αντιλαμβάνεστε τα προβλήματα που υπάρχουν.

Νομίζω ότι σε αυτό σταματάω, υπάρχουν πολλοί εμπειρότεροι από εμένα συνάδελφοι. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Μπότση.

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΠΟΤΣΗ (Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος, Συντονίστρια Ομάδας Φυματίωσης Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, Μονάδα Λοιμώξεων, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»): Καλημέρα. Ευχαριστώ για την πρόσκληση. Νομίζω ότι τα περισσότερα έχουν ειπωθεί. Θα ήθελα να σταθώ σε δύο σημεία. Το ένα κομμάτι προφανώς το συζητούσατε και προχθές, είναι το κομμάτι της λοίμωξης για την HIV. Δουλεύω σε μια μονάδα HIV και επειδή συζητιέται πάρα πολύ, το πόσο ανθεκτική μπορεί να γίνει μια φυματίωση, όταν συνυπάρχει και η HIV λοίμωξη, πρέπει να πω ότι εάν η διαχείρισή της είναι σωστή, δεν θα γίνει ανθεκτική. Καταλαβαίνετε ότι έχει τεράστια σημασία, η εμπειρία του προσωπικού που ασχολείται με την φυματίωση όταν το υπόβαθρο είναι η HIV λοίμωξη.

Να πω ακόμα για το κομμάτι του μεταναστευτικού, ότι η φυματίωση είναι το μόνο νόσημα που μπήκε στον υγειονομικό έλεγχο των ανθρώπων προς επανεγκατάσταση, το γνωστό Relocation Project που βέβαια περπατάει με ρυθμούς χελώνας, λόγω της ΕΕ και ότι επίσης μπήκε στο κομμάτι της συνδρομικής επιτήρησης και τα hot spots και για τα κέντρα προσφύγων. Επομένως, πραγματικά υπήρξε μια εγρήγορση για το θέμα, προκειμένου έγκαιρα να μπορεί να ανιχνευθεί και βέβαια να θεραπευτεί.

Τα προβλήματα θεραπείας τα ακούσατε, γίνονται ακόμα μεγαλύτερα εάν ο πληθυσμός είναι αλλοδαπός γιατί δεν υπάρχει διαμεσολάβηση. Καταλαβαίνετε ότι είναι πολύ δύσκολο για έναν γιατρό να εξηγήσει σε έναν άνθρωπο που δεν μιλάει τη γλώσσα ότι πρέπει να πάρει επί έξι ή εννιά μήνες φάρμακα, ακόμα περισσότερο εάν το νόσημα είναι μια πολυανθεκτική φυματίωση και ο χρόνος χορήγησης της θεραπείας είναι ακόμα μεγαλύτερος. Ένα ζήτημα που τίθεται επίσης σε αυτό το επίπεδο είναι της στήριξης αυτού του ασθενούς. Καταλαβαίνετε ότι όταν ένας άνθρωπος που απ’ αυτόν εξαρτώνται οικογένειες, έχει ανάγκη στήριξης κ.λπ. δεν θα μείνει νοσηλευόμενος στην μονάδα πολυανθεκτικής του κ. Παπαβασιλείου για μήνες, επειδή δεν θα έχει τι να φάει όλη του η οικογένεια. Επομένως, νομίζω ότι είναι ένα θέμα που αφορά και την ευρύτερη διαχείριση του προβλήματος, πέραν της αμιγώς ιατρικής. Αυτά ήθελα να τονίσω. Νομίζω ότι στα υπόλοιπα καλύφθηκα από τον Πρόεδρό μας. Ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Βογιατζάκης.

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ (Συντονιστής Διευθυντής Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»): Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Eυχαριστούμε που μας δεχθήκατε και την ηγεσία του Υπουργείου, για ένα θέμα που ασχολούμαστε πάρα πολλά χρόνια και όπως καταλάβατε και από τους προηγούμενες ομιλητές, είναι πιο πολύ ένα θέμα και διαδικαστικό, άρα χρειάζεται τη δική σας βοήθεια και συμβολή και γι’ αυτό σας ευχαριστούμε που δεχθήκατε να μας ακούσετε.

Το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων έχει δύο σκοπούς. Ο ένας είναι η συγκέντρωση επιδημιολογικών δεδομένων μέσα από εργαστηριακά δεδομένα και ο δεύτερος, η διάγνωση η οποία θα πρέπει για τη φυματίωση να είναι έγκυρη και έγκαιρη κυρίως, γιατί όπως αναφέρθηκε, το πρόβλημα της φυματίωσης είναι να διαγνώσουμε εγκαίρως τον ασθενή, να λάβουμε τα κατάλληλα μέτρα, ούτως ώστε, να μη μεταδοθεί η νόσος αερογενώς σε άλλους ασθενείς και δημιουργήσει μεγαλύτερο πρόβλημα. Το δεύτερο που κάνει το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων είναι να διαγνώσει έγκαιρα την πολυανθεκτική φυματίωση ή την τάση για την μετατροπή της μιας ευαίσθητης φυματίωσης-ευαίσθητη στα κοινά αντιφυματικά φάρμακα-σε ανθεκτική, την οποία δεν μπορούν να την πιάσουν τα φάρμακα και νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στο πλαίσιο αυτό, το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς έχει ένα συντονιστικό ρόλο και όπως πρότεινε ο Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας με τον οποίο συνεργαζόμαστε και μας κάλυψε και στο εργαστηριακό κομμάτι, πρέπει επειγόντος να νομοθετηθεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά της φυματίωσης, που αυτή τη στιγμή η χώρα μας λειτουργεί με το νομοθετικό πλαίσιο του 1952 και με το σχέδιο του 1960, τα οποία θα πρέπει να επικαιροποιηθούν. Όπως επίσης, θα πρέπει να επικαιροποιηθεί και η εγκύκλιος εκείνη, η οποία καθορίζει την υγειονομική διάσταση- που αναφέρθηκε προηγουμένως-και θα πρέπει αυτό να γίνει, γιατί δεν μπορούμε να κυνηγούμε τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν κάποιο νόσημα και οι οποίοι αισθάνονται πολύ καλά μετά από 20, 30 ημέρες ενώ συνεχίζει να υπάρχει κάποιο πρόβλημα.

Το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων, έχει προτείνει ότι πρέπει να υπάρξει ένα δίκτυο εργαστηρίων, στο οποίο να καλύπτει τη χώρα παράλληλα με το δίκτυο των ιατρείων που αναφέρθηκε από τις συντονίστριες της ομάδας φυματιώσεως της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας για να είμαστε κοντά στους ασθενείς, να διαγνώσουμε έγκαιρα. Είναι αυτό που γίνεται σε άλλες χώρες, γιατί μέσα στην ατυχία αν θέλετε της επανάκαμψης της φυματίωσης είμαστε τυχεροί, γιατί υπάρχει εμπειρία από άλλες χώρες. Το θέμα είναι ότι δεν πρέπει να εστιάζουμε σε κάποιες μόνο κοινωνικές ομάδες πληθυσμού γιατί, λόγω της διασυνοριακής μετακίνησης των πληθυσμών, αλλά και μέσω της διακίνησης των πληθυσμών στην ίδια χώρα, είναι δυνατόν ένα άτομο να μεταδώσει σε κάποια άλλα άτομα. Άρα, πρέπει να έχουμε έγκαιρή διάγνωση. Έγκαιρή διάγνωση σημαίνει ότι όλες οι μονάδες υγείας θα πρέπει να κάνουν τις βασικές εξετάσεις. Άρα, θα πρέπει να εκπαιδευτεί και αυτό το ρόλο τον κάνει το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς και εκπαιδεύει κατά έτος αρκετούς από τις περιφερειακές μονάδες υγείας.

Από την άλλη μεριά, θα πρέπει να γίνει μια ορθολογική κατανομή του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την διάγνωση της φυματίωσης. Δεν μπορείς όλες οι μέθοδοι να χρησιμοποιούνται σε όλα τα εργαστήρια. Γι’ αυτό έχουμε προτείνει τρία επίπεδα εργαστηριακής διάγνωσης. Το πρώτο επίπεδο στις μικρές μονάδες υγείας, που θα μπορούν να σηκώσουν και το βάρος της διάγνωσης στους μετακινούμενους πληθυσμούς, επειδή έχουμε πολλούς μετακινούμενους πληθυσμούς γιατί δεν μπορεί αυτές τις γρήγορες μεθόδους που σε δύο ώρες μπορούμε να πούμε αν έχει κάποιος φυματίωση και αν έχει και πολυανθεκτική ανιχνεύει την ριφαμπικίνη που είναι καθαρά τεχνικοί όροι.

Δεν μπορείς να είσαι σε μια σκηνή με άτομα τα οποία δεν έχουν εξεταστεί. Νομίζω ότι οι κοντινότερες μονάδες ΠΕΔΥ ή τα νοσοκομεία θα μπορούν να επιτελέσουν αυτόν το ρόλο. Το δεύτερο επίπεδο, που θα στέλνονται για καλλιέργειες κ.λπ., είναι τα νομαρχιακά, όπως λέγαμε παλιά, νοσοκομεία, τα περιφερειακά νοσοκομεία και το τρίτο επίπεδο θα μπορεί να είναι τα κέντρα αναφοράς τα οποία προτείνουμε σε μεγάλες περιφέρειες της χώρας, λόγω του ότι η χώρα μας δικαιούται, με βάση πρότυπα άλλων χωρών, ένα κέντρο αναφοράς. Όμως, λόγω του γεωγραφικού ανάγλυφου, εμείς προτείνουμε ότι θα πρέπει τουλάχιστον να αρχίσει άμεσα η Θεσσαλονίκη, πιθανόν και η Αλεξανδρούπολη, να έχουν κέντρα αναφοράς, όπου εκεί θα γίνονται πλέον οι εξειδικευμένες εξετάσεις για τη φυματίωση. Νομίζω, όπως σας είπα στην αρχή, ότι έχουμε την εμπειρία άλλων χωρών και άρα είμαστε τυχεροί σε αυτό το θέμα και μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε για το καλό όλων μας. Ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Παπαβασιλείου.

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ (Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διευθυντής του Αντιφυματικού Τμήματος της Μονάδας Ανθεκτικής Φυματίωσης του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»): Ευχαριστώ για την πρόσκληση, κύριε Πρόεδρε. Εκπροσωπώ το Νοσοκομείο «Σωτηρία», το Κέντρο Φυματίωσης σε όλη τη χώρα και εκπροσωπώ το μεγαλύτερο τμήμα, δηλαδή την άμυνα της χώρας μας στη δημόσια υγεία στο θέμα της φυματίωσης. Θέλω να ευαισθητοποιήσω το ακροατήριο σε μερικά πράγματα.

Πρώτον, ένας ασθενής με φυματίωση θεωρείται ότι μολύνει δέκα άτομα. Ένα από αυτά τα δέκα άτομα θα αρρωστήσει. Άρα, λοιπόν, θέλω να πω ότι πάντα ένας ασθενής είναι η πηγή μιας διαρκούς μετάδοσης αυτής της ασθένειας. Το πρόβλημα, λοιπόν, σε εμάς είναι ότι τα τελευταία χρόνια, ειδικά μετά την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης, έχουμε αύξηση των περιστατικών ανθεκτική φυματίωσης, η οποία γίνεται από δύο πράγματα. Γίνεται είτε από κακή συμμόρφωση των ασθενών στην ενδεικνυόμενη θεραπεία, είτε από την οικονομική ανεπάρκεια των ασθενών να αγοράσουν και να συμμορφωθούν σε αυτήν τη θεραπεία, είτε από λάθη ιατρικά ή από ανεπάρκεια του υγειονομικού συστήματος. Δυστυχώς, τέτοια λάθη υπάρχουν και στη χώρα μας, λάθη τα οποία ξεκινάνε δεκαετίες πριν. Ασχολούμαι με αυτό τον νόσημα από το 1986. Όλες οι προηγούμενες κυβερνήσεις, όλα τα προηγούμενα υγειονομικά συστήματα, πάντα επικεντρώνονταν στο επικοινωνιακό κομμάτι, στο κομμάτι τού να δώσουμε λύση εδώ και τώρα. Ποτέ δεν υπήρξε εθνικό σχέδιο για την καταπολέμηση αυτής της νόσου, η οποία είναι τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Δυστυχώς, αυτή η νόσος δεν έχει χορηγούς. Αυτό είναι το μεγάλο πρόβλημα. Το πρόβλημα σήμερα στη χώρα μας είναι οι χορηγίες. Όταν, λοιπόν, δεν υπάρχουν χορηγοί, δεν υπάρχει και ενδιαφέρον. Θέλω να πω, λοιπόν, ότι ο φτωχός προϋπολογισμός του Νοσοκομείου «Σωτηρία» επιβαρύνεται με όλα τα περιστατικά όλης της ελληνικής επικράτειας και επιβαρύνεται το φαρμακείο του νοσοκομείου, το οποίο είναι το ένα τέταρτο σε σχέση με άλλα νοσοκομεία. Δεν υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες νοσηλείας αυτών των ασθενών. Υπάρχουν τρομερές ελλείψεις στα πρωτεύοντα αντιφυματικά φάρμακα και στο να κάνει ένας γιατρός στη δουλειά του.

Δυστυχώς, η χώρα μας, η οποία θεωρείται πολιτισμένη και όχι φτωχοποιημένη, δεν έχει πρόσβαση στα δύο τελευταία αντιφυματικά φάρμακα, τα οποία είναι η λύση στο πολύ εκτεταμένα ανθεκτικό στέλεχος, το οποίο όποιος το κολλήσει από εμάς, κατά πάσα πιθανότητα, δεν θα έχει ίαση. Θέλω, λοιπόν, να ευαισθητοποιήσω το ακροατήριο στο ότι υπάρχει ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα για τη φυματίωση στη χώρα μας, στο οποίο θα έπρεπε να επικεντρωθούμε.

Πώς, όμως, θα ασχοληθούμε με αυτό το πρόβλημα, όταν δεν γνωρίζουμε την ακριβή επίπτωση αυτού του προβλήματος και όταν δεν υποχρεώνεται ο κάθε γιατρός που συνταγογραφεί αντιφυματικά πράγματα να δηλώσει το περιστατικό της φυματίωσης, το οποίο έχει μπροστά του; Θεωρώ αδιανόητο πώς ένας γιατρός μπορεί να δίνει ξεχωριστή συνταγή για κάποια βενζοδιαζεπίνη -ΧΑΝΑΧ, LEXOTANIL- και για ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας δεν μπορεί να βάλει ένα κουτάκι στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το οποίο να του επιτρέπει να συνεχίσει τη συνταγογράφησή του αυτή.

Αν, λοιπόν, δεν γνωρίζουμε επιδημιολογικά το πρόβλημα της επίπτωσης μιας νόσου στη Χώρα μας, δεν πρόκειται να υπάρξει λύση. Δυστυχώς, παρά τα 600 περιστατικά φυματίωσης που αναφέρονται κάθε χρόνο, προσωπικά, θεωρώ ότι έχουμε τουλάχιστον 1200 έως 1800 περιστατικά -θεωρώ ότι είναι επί 3 αυτός ο αριθμός. Φανταστείτε, λοιπόν, αυτόν τον αριθμό ως μια πηγή διαρκούς μετάδοσης σε άλλους 10 και αυτή η πηγή συνεχώς θα βγάζει καινούργιους ασθενείς.

Έχουμε, τώρα, εκτός από αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι έχουν ευαίσθητη φυματίωση και οι οποίοι γίνονται καλά με αυτά τα φάρμακα, και τους άλλους ασθενείς οι οποίοι έχουν γίνει είτε ιατρογενώς είτε προσωπικά που κόλλησαν ένα στέλεχος ανθεκτικό στα φάρμακα από κάποιον άλλον συνάνθρωπό τους και οι οποίοι κυκλοφορούν μέσα στην ελληνική επικράτεια. Αυτοί, λοιπόν, μέχρι να διαγνωστούν ότι έχουν ένα ανθεκτικό -και μάλιστα πολυανθεκτικό- στέλεχος, πιθανότατα νοσηλεύονται σε μη κατάλληλες συνθήκες νοσηλείας και μέχρι να φτάσουν στο νοσοκομείο, ήδη, έχουν μολύνει στην ελληνική επικράτεια κάποιους άλλους ασθενείς. Αν, λοιπόν, σήμερα εμείς έχουμε 15 τέτοιους τον χρόνο και 2 – 3 πολύ εκτεταμένα ανθεκτικά περιστατικά φυματίωσης, θέλω να ευαισθητοποιήσω το ακροατήριο για το τι θα συμβεί, ενδεχομένως, τα επόμενα χρόνια.

Άρα, για να λυθούν όλα αυτά, μόνον μια λύση υπάρχει: η ανάγκη μιας Εθνικής Στρατηγικής, δηλαδή ένα σχέδιο, το οποίο θα αποτρέψει, θα μειώσει και θα ελέγξει τη φυματίωση για τα επόμενα 10 χρόνια -πρόβλημα και λύση εδώ και τώρα δεν υπάρχει και λύση χωρίς Εθνική Στρατηγική δεν πρόκειται να υπάρξει ποτέ. Καλούμαστε εμείς τώρα που είμαστε η άμυνα αυτής της κατάστασης στη Χώρα μας, να λύσουμε αυτό το πρόβλημα με υποστελέχωση, με προβλήματα στη διαθεσιμότητα των φαρμάκων, με μη διαθεσιμότητα στα δυο καινούργια αντιφυματικά φάρμακα, τα οποία είναι όχι για την ευαίσθητη φυματίωση, αλλά για αυτά τα πολύ λίγα περιστατικά τα οποία χρειάζονται και τα οποία θα μας αποτρέψουν.

Επίσης, υπάρχει ένα νομικό πλαίσιο. Τι γίνεται με τον ασθενή, ο οποίος δεν θέλει να πάρει τη θεραπεία του; Υπάρχουν, αρκετές φορές, ασθενείς οι οποίοι δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία, δηλαδή δεν θέλουν να πάρουν τη θεραπεία. Θα πει κανείς ότι αν είναι ευαίσθητο στέλεχος κάτι μπορεί να γίνει -που και αυτό είναι κακό. Στην περίπτωση, όμως, ενός ανθεκτικού στελέχους, αυτός που αρνείται θα πρέπει να πάρει τη θεραπεία βίαια, δηλαδή να κλειστεί και να τον φυλάει αστυνομία ή στρατός. Το νοσοκομείο «Η Σωτηρία» δεν μπορεί να νοσηλεύει φυλακισμένους, οι οποίοι έρχονται με 4 – 5 αστυνομικούς και να κρατάμε όλοι εμείς έναν άρρωστο μέσα, για να νοσηλεύσουμε ένα τέτοιο περιστατικό. Δεν είναι σωστό.

Επομένως, ίσως, θα έπρεπε να υπάρχει μια αναβάθμιση στον χώρο των φυλακών, δηλαδή να υπάρχει στις φυλακές μια τέτοια μονάδα η οποία να μπορεί να νοσηλεύσει και να φροντίσει τέτοιους ασθενείς.

Δεν θέλω να κουράσω περισσότερο το ακροατήριο, απλώς θέλω να σας ευαισθητοποιήσω στο ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα, τα οποία χρήζουν λύση μέσα από ένα Σχέδιο Εθνικής Στρατηγικής.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Καλκούνη.

ΟΥΡΑΝΙΑ ΚΑΛΚΟΥΝΗ (Εκπρόσωπος του ΚΕΕΛΠΝΟ): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Ευχαριστώ για τη δυνατότητα που μας δώσατε να συζητήσουμε το πρόβλημα της φυματίωσης στη Βουλή και δεν θέλω να σας κουράσω με τα επιδημιολογικά δεδομένα που έχουμε διαθέσιμα από το 2004 έως το 2016, διότι σε αυτά έχουν αναφερθεί οι συνάδελφοι.

Η φυματίωση ανήκει στα υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα. Οποτεδήποτε τίθεται η διάγνωση φυματίωσης και αρχίζει κάποιος ασθενής αντιφυματική θεραπεία, ο θεράπων γιατρός είναι υποχρεωμένος να συμπληρώσει το δελτίο δήλωσης και να το αποστείλει στο ΚΕΕΛΠΝΟ. Εκεί πραγματοποιείται η καταχώριση των δεδομένων, τα οποία αναλύονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα και αποστέλλονται στο Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόβλεψης Νοσημάτων, στο ECDC, αλλά και στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, κάθε χρόνο.

Το γραφείο μας, που είναι το Γραφείο Νοσημάτων, που μεταδίδονται μέσω του αναπνευστικού και στο οποίο εργάζομαι ως παθολόγος, συνεργάζεται με τους θεράποντες, καταρχήν που δηλώνουν το περιστατικό, για αναζήτηση πληροφοριών, με τις διευθύνσεις της Δημόσιας Υγείας, όπου προσπαθούμε να συντονίσουμε και να εξασφαλίσουμε ότι θα γίνει ο έλεγχος των επαφών των ασθενών που είχαν μεταδοτική φυματίωση. Συνεργαζόμαστε στενά με το Γραφείο της αντιλοίμωξης του ΚΕΕΛΠΝΟ, με τα οποίο προσπαθούμε να κάνουμε τη συλλογή και τη διασταύρωση των δεδομένων που αφορούν τη συγκεκριμένη λοίμωξη.

Με το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μικροβακτηριδίων στο νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» κυρίως και δευτερευόντως και με τα άλλα μικροβιολογικά τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για να συλλέξουμε τα εργαστηριακά δεδομένα που αφορούν τους ασθενείς αυτούς.

Από το Μάιο του 2016, εκτός από το σύστημα της υποχρεωτικής δήλωσης, λειτουργεί και ένα σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης περιστατικών που έχουν κλινική εικόνα, συμβατή με πνευμονική φυματίωση, στα σημεία φροντίδας υγείας, στα περισσότερα Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων. Με την παραλαβή αυτών των δηλώσεων, έχουμε επικοινωνίες με τους γιατρούς που τους παρέπεμψαν και με το νοσοκομείο στα οποίο πήγαν, προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν πράγματι, υπάρχει φυματίωση και να μας δηλωθεί το περιστατικό.

Όπως προκύπτει από τα επιδημιολογικά δεδομένα που έχουμε διαθέσιμα, από το σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης, για το χρονικό διάστημα από το 2004 έως το 2016, στη χώρα μας δηλώνονται, κατά μέσο όρο, 600 περιστατικά φυματίωσης κάθε χρόνο και έτσι η μέση επίπτωση υπολογίζεται σε 4,6 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους.

Από τα κρούσματα αυτά, όπως προαναφέρθηκε, το 60% αφορά Έλληνες και το 40% αφορά, κατά μέσο όρο, αλλοδαπούς. Από την παρακολούθηση της διαχρονικής τους τάσης, απλά παρατηρήθηκε σταθερή πτώση στο χρονικό διάστημα 2004 έως 2010, όπου μειωνόταν ο αριθμός των περιστατικών στους Έλληνες, συνεχώς και αριθμός δηλούμενων περιστατικών στους αλλοδαπούς εμφάνιζε κάποια προοδευτική αύξηση.

Το 2011 και το 2012 όμως παρατηρήθηκε μια αυξητική τάση, που αφορούσε κυρίως τους Έλληνες και από το 2013 και μετά, συνεχίζεται μια μικρή πτωτική τάση και στους δύο πληθυσμούς.

Αυτά τα νούμερα, τα οποία όπως είπαμε, μειώνονται δεν πρέπει να μας εφησυχάζουν και οι λόγοι είναι οι εξής: Καταρχήν, το σύστημα δήλωσης δεν είναι αξιόπιστο, παρά τις προσπάθειές μας και αυτό συμβαίνει, επειδή οι γιατροί δεν δηλώνουν τα περιστατικά στο ΚΕΕΛΠΝΟ. Από μελέτες που έχουν γίνει, υπολογίζεται ότι η πραγματική επίπτωση της φυματίωσης στη χώρα, είναι τουλάχιστον τριπλάσια έως και πενταπλάσια της αναφερόμενης.

Ο άλλος λόγος που δεν πρέπει να εφησυχάζουμε είναι ότι μπορεί ο αριθμός των περιστατικών να μειώνεται, όμως ο αριθμός των περιστατικών σε συγκεκριμένες ευάλωτες κοινωνικοοικονομικά ομάδες, αυξάνει και αυτό ενέχει κινδύνους, διότι αυτές οι ομάδες δεν έχουν άμεση και πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πολλές φορές καθυστερεί η διάγνωσή τους για αυτό το λόγο, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης τους. Όταν έχουν την πρόσβαση, πολλές φορές εγκαταλείπουν την θεραπεία τους, λόγω αυτών των κακών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών με δυσμενές αποτέλεσμα, τόσο για την δική τους υγεία, όσο και για την πιθανότητα μετάδοσης της φυματίωσης σε άλλους της ίδιας ευάλωτης ομάδας και βέβαια της ανάπτυξης της πολυαντοχής.

Όσον αφορά τις ηλικίες που πλήττονται, για τους Έλληνες είπαμε είναι οι άνω των 65 ετών. Στους αλλοδαπούς, κυρίως πλήττονται οι ηλικίες 15 με 44 ετών, που είναι κυρίως οι κυριότερες ηλικίες αλλοδαπών που έχουμε στη χώρα μας.

Το 2015, δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΝΟ 470 κρούσματα φυματίωσης, ενώ μέσα στο 2016, όπου η καταγραφή δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα - θα καταγραφεί τον Μάρτιο του 2017 - έχουν δηλωθεί συνολικά 398 περιστατικά. Από αυτά, το 57% αφορά Έλληνες. Η μαζική πλειοψηφία είναι πνευμονική φυματίωση. Έχει καταγραφεί προοδευτική αύξηση του αριθμού των δηλούμενων κρουσμάτων τα τελευταία χρόνια σε συγκεκριμένες ομάδες, κυρίως στους κρατούμενους, είτε σε φυλακές, είτε σε κρατητήρια, είτε σε δομές κράτησης αλλοδαπών.

Επίσης, έχει καταγραφεί αύξηση το τελευταίο έτος, δηλαδή, υπήρξαν κάποια περιστατικά φυματίωσης σε Κέντρα Φιλοξενίας αλλοδαπών και πάνω από το 50% ήταν Σύριοι οι πάσχοντες.

Ιδιαίτερα σημαντική αύξηση στους χρήστες από το 2012 και μετά, με το μέγιστο αριθμό τους να καταγράφεται το 2013, αλλά και τώρα συνεχίζει να είναι υψηλός ο αριθμός των χρηστών μεταξύ των περιστατικών φυματίωσης.

Υψηλότερο νούμερο περιστατικών σε λοίμωξη και με pick το 2013, αυτό φαίνεται να ακολουθεί την επιδημία HIV λοίμωξης στους χρήστες.

Σε ό,τι αφορά την πολύ-αντοχή, μια σταθερή πολύ-αντοχή μέσου επίπεδου, όπου όμως υπάρχουν όλες οι προοπτικές για να αυξηθεί, όπως σας περιέγραψα και προηγουμένως.

Συμπερασματικά, αυτά που θεωρούμε απαραίτητα για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο της φυματίωσης στη χώρα, είναι η ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης, όπου θεωρούμε ότι θα πρέπει οπωσδήποτε να συνδεθεί με το Σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, όπως είπε και ο κ. Παπαβασιλείου.

Επίσης, είναι η ενεργητική αναζήτηση ασθενών με ενεργό κυρίως φυματίωση μεταξύ των πληθυσμών υψηλού κίνδυνου, όπου πρέπει να καταρτιστούν πρωτόκολλα και είμαστε σε αυτή τη διαδικασία. Αυτά τα πρωτόκολλα θα πρέπει να στοχεύουν στους σωστούς πληθυσμούς, αλλά θα πρέπει όμως να εξασφαλίζεται ότι αυτός που θα ανιχνεύουμε με αυτό το πρωτόκολλο, θα πρέπει να έχουμε πλήρη πρόσβαση στη διάγνωση και τη θεραπεία, ώστε να μην εγκαταλείψουν τη θεραπεία τους και με ευεργετικά αποτελέσματα και για αυτούς αλλά και για τη διασπορά της νόσου, ώστε αυτά τα προγράμματα ανίχνευσής τους να έχουν όφελος μεγαλύτερο από το κόστος τους.

Θέλω να κλείσω λέγοντας ό,τι η βασική προϋπόθεση είναι η εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης στη χώρα, η στελέχωση και η χρηματοδότηση των απαραίτητων δομών για τον αντιφατικό αγώνα, ώστε να εξασφαλιστεί και η εργαστηριακή διάγνωση και η θεραπεία και η παρακολούθηση των ασθενών με φυματίωση.

Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Τζούφη.

ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ: Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε.

Θα ήθελα πρώτα απ' όλα να καλωσορίσω όλους τους ομιλητές. Θεωρώ ότι έγινε μια πολύ σημαντική συζήτηση, απλώς θα μου επιτρέψετε με την ιδιότητά μου ως παιδίατρος, να προσθέσω ένα κομμάτι πολύ σημαντικό που σήμερα δεν το συζητήσαμε καθόλου, παρότι ο αρχικός εισηγητής είπε ότι εκατομμύρια παιδιά στον κόσμο πάσχουν από φυματίωση.

Επίσης, ανέφερε ότι είναι εξαιρετικά θανατηφόρος νόσο στην παιδική ηλικία, δηλαδή, οι κύριοι θάνατοι προέρχονται είτε από την φυματιώδη μηνιγγίτιδα, είτε από την κεχροειδή φυματίωση, η οποία προσβάλλει τις πολύ μικρές ηλικίες.

Θα ήθελα να αναφέρω σε αυτό το σημείο ό,τι όπως ειπώθηκε, βέβαια, είναι μια νόσος πολύ παλιά, αλλά και τόσο καινούργια, αφού όταν αλλάζουν οι κοινωνικοί παράμετροι που, ήδη, αναφέρθηκαν, η φτώχεια, η λιτότητα και η κατάρρευση των δημόσιων συστημάτων αλλά και των εμβολιαστικών συστημάτων, έχουμε την έξαρσή της.

Ως εκ τούτου, θέλω να θέσω στη συζήτηση και θα ήθελα να ακούσω την άποψη και παρότι ξέρω ότι υπάρχει μια μεγάλη συζήτηση που έχει γίνει επάνω σε αυτό το θέμα, γιατί υπήρξε και μια πρόσφατη απόφαση της Επιτροπής Εμβολιασμών σχετικά με το εμβόλιο BCG. Είναι ένα εμβόλιο που έχει γίνει πάρα πολύ συζήτηση, ουσιαστικά υπήρχε και το συνεχίζαμε με το σκεπτικό ό,τι θα πρέπει για μια 10ετία να μην έχουμε κανένα κρούσμα φυματιώδους μηνιγγίτιδας. Αυτά ήταν τα δεδομένα που χρησιμοποιούσαμε. Από την άλλη μεριά, μας δημιουργούσε πολλά προβλήματα, όταν θέλαμε να κάνουμε το screening test, δηλαδή, να δούμε εάν ένα παιδί πραγματικά πάσχει ή δεν πάσχει και που αυτό δεν γίνεται με την απλή διαγνωστική εξέταση, όπως είναι η «μαντού» και απαιτούσε ένα ακριβό τεστ.

Η αλήθεια, είναι, ότι η δυνατότητα για να το κάνουν αυτό το τεστ και θέλω να σας ευχαριστήσω και δημοσίως, εγώ προέρχομαι από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο των Ιωαννίνων και εκεί υπηρέτησα όλ' αυτά τα χρόνια και ξέρω πάρα πολύ καλά το πόσο εσείς υποστηρίζεται όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις, αλλά και πόσο μας βοηθάτε και στις τελικές αποφάσεις, που πολλές φορές δεν είναι εύκολες.

Να πω εδώ ότι η ανίχνευση ενός παιδιού ουσιαστικά είναι αυτή που βάζει το ξεκίνημα της διερεύνησης της οικογένειας, διότι, κατά βάση, στα περισσότερα περιστατικά είναι οικογενειακή νόσος. Υπάρχει κάποιος ενήλικας του οποίου διαφεύγει η διάγνωση και με τον ανάστροφο τρόπο έχουμε ανιχνεύσει πολλά τέτοια κρούσματα. Άρα, θέλω εδώ να ακουστεί, διότι, αποφασίσαμε ότι δεν θα γίνεται πλέον το εμβόλιο ΒCG, διότι, επηρέαζε το πώς θα αξιολογούσαμε τη «μαντού». Θα ήθελα να ακούσω και τις απόψεις της κοινότητάς σας πάνω σε αυτό, με δεδομένα τα προβλήματα που υπάρχουν. Δηλαδή, αυτό που λέτε ότι υπάρχει αύξηση της επίπτωσης, η οποία δεν καταγράφεται και δεύτερον, τα θέματα που έχουμε με τους προσφυγικούς πληθυσμούς πολλοί από τους οποίους και λόγω των συνθηκών που διαβιούν, αλλά και από τις χώρες, τις οποίες προέρχονται έχουν και πιο αυξημένη επίπτωση.

Χρειάστηκε να διαχειριστούμε ένα τέτοιο περιστατικό στα Γιάννενα. Έναν άνθρωπο, ο οποίος έπασχε από τη νόσο, είχε πάρει πλημμελή θεραπεία, δεν το είχε δηλώσει και ουσιαστικά, είχε μολύνει όλη την ευρύτερη οικογένεια και τα παιδιά του. Εν πάση περιπτώσει, το δημόσιο Σύστημα Υγείας μαζί με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας έδωσαν λύση στο πρόβλημα, θεραπεύτηκε και αντιμετωπίστηκε. Είχαμε, βέβαια, κάποια θέματα πως θα συνεχίσουν στη συνέχεια τα φάρμακά τους, αλλά όλα αυτά επιλύθηκαν. Για το οποίο θα πρέπει να δηλώσω με τη βουλευτική μου ιδιότητα ότι αυτό ακόμη στις κοινωνίες, επειδή αναμοχλεύει παλιές μνήμες, γίνεται πρώτο θέμα στα δελτία συζήτησης και ερώτημα στο Ευρωκοινοβούλιο. Αυτός είναι ο λάθος τρόπος αντιμετώπισης. Ουσιαστικά, ψάχνουμε να βρούμε τον κακό που φταίει και εκεί πάνω να του επισωρεύσουμε όλα τα προβλήματα. Αυτό μας κάνει ακόμη περισσότερο να προσπαθούμε.

Όλες οι προτάσεις που έγιναν τις προσυπογράφω, απολύτως, αλλά με ιδιαίτερη έμφαση στα αυξημένης ετοιμότητας πρωτόκολλα ελέγχου εκεί που πραγματικά είναι οι πύλες εισόδου. Νομίζω ότι ειπώθηκε εδώ από το ΚΕΕΛΠΝΟ ότι έχει ξεκινήσει αυτή η διαδικασία. Υπάρχουν θέματα με την εκπαίδευση του προσωπικού, αλλά μπορούν να επιλυθούν.

Να προσυπογράψω επίσης τις δυσκολίες που έχουμε εμείς οι γιατροί στο να βρούμε φάρμακα απλά, όπως είπατε τη ριφαμπικίνη, που νομίζω ότι το ζήτημα είναι το χαμηλό τους κόστος. Ήδη, αναφέρθηκε ότι αυτός είναι ο λόγος της μη διαρκούς διαθεσιμότητάς τους, τα οποία είναι απολύτως απαραίτητα.

Μια μικρή παρατήρηση στη συνάδελφο που είπε αν υπάρχουν ειδικοί θάλαμοι στα νοσοκομεία. Υπάρχουν στα μεγάλα νοσοκομεία θάλαμοι για τα λοιμώδη νοσήματα, οι οποίοι είχαν φτιαχτεί από την εποχή του SARS. Αν θυμόμαστε τότε που είχε γίνει όλη εκείνη η κινητοποίηση, υπήρχαν και ειδικά τμήματα λοιμωδών. Εγώ μπορώ να σας καταθέσω ότι το πανεπιστημιακό νοσοκομείο έχει τέτοιους θαλάμους και φαντάζομαι ότι θα υπάρχουν και στα άλλα νοσοκομεία. Το ζήτημα είναι ότι αυτά απαιτούν ειδικό προσωπικό στελέχωσης, συνθήκες, εκπαίδευση κ.λπ., ώστε αν χρειαστεί να μπορούν να ενεργοποιηθούν.

Προσυπογράφω ως τελευταία παρατήρηση την ανάγκη του να υπάρχει περιφερειοποίηση αυτών υπηρεσιών. Το θεωρώ πάρα πολύ σημαντικό για την ταχύτερη επίλυση των προβλημάτων. Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Γιόγιακας.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΓΙΟΓIΑΚΑΣ: Θέλω και εγώ με τη σειρά μου να σας ευχαριστήσουμε θερμά για την πάρα πολύ καλή και εμπεριστατωμένη προσέγγιση που κάνατε στο θέμα της φυματίωσης. Εκεί που όλοι πιστεύαμε ότι βρίσκεται σε λήθαργο, «κοιμάται» η συγκεκριμένη νόσος, βλέπουμε και ακούμε ότι αρκετά περιστατικά έρχονται στην επικαιρότητα και ακόμη περισσότερα, σύμφωνα και με τον κ. Παπαβασιλείου, είναι αδιάγνωστα. Περιστατικά τα οποία είναι γύρω μας και πιθανόν κάποια στιγμή και λόγω του τρόπου μετάδοσης να υπάρχει πλασμός και σε άλλους συμπολίτες και σε άλλους ασθενείς και ιδιαίτερα σε αυτούς που βρίσκονται σε επιβαρυμένη κατάσταση.

Άρα λοιπόν, μήπως αυτός ο σχεδιασμός θα πρέπει να γίνει πολύ πιο ενεργητικός, με την έννοια να ληφθούν επιπρόσθετα μέτρα και ίσως ο εμβολιασμός να ξανασυζητηθεί σε καινούργια βάση, βάση των δεδομένων που υπάρχουν τώρα.

Βλέπουμε ότι τα εργαλεία σας, όπως είναι τα φάρμακα ιδιαίτερα οικονομικά και για την διάγνωση αλλά και για την αντιμετώπιση η φυματίνη, υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις στα φάρμακα, τα οποία είναι φθηνά και αναγκαζόμαστε να χρησιμοποιούμε για τη διάγνωσή τους πολύ πιο ακριβά. Εδώ κύριε Υπουργέ, θα είναι πολύ χρήσιμο με δικές σας ενέργειες να μπορέσουμε να βρούμε την καλύτερη δυνατή λύση, προκειμένου, ούτε η πολιτεία σε αυτές τις δύσκολες συγκυρίες να επιβαρύνεται με επιπλέον χρήματα, αλλά να έχουν και όλοι οι συνάδελφοι γιατροί που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη πάθηση τα απαραίτητα εργαλεία, προκειμένου να κάνουν σωστά τη δουλειά τους και έχοντας και το προσφυγικό τη δεδομένη περίοδο θα είναι ακόμη πιο χρήσιμα τα συγκεκριμένα εργαλεία.

Όσον αφορά τα καινούργια φάρμακα και η αντιμετώπιση των δύσκολων περιστατικών και αυτά θα είναι πάρα πολύ χρήσιμο μέσα στην ιδιαίτερη επιβαρυμένη οικονομική συγκυρία να μπορέσουμε να τα φέρουμε στη χώρα μας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν όσο το δυνατόν καλύτερα πολυανθεκτικά περιστατικά.

Όσον αφορά στα κέντρα αναφοράς βέβαια, υπάρχει μια μεγάλη επιβάρυνση στο «ΣΩΤΗΡΙΑ» και ιδιαίτερα στο τμήμα του κ. Παπαβασιλείου, καλό θα είναι όπως διαπιστώνεται να υπάρξει και ένα περιφερειακό κέντρο ανάλογα βέβαια με το που συγκεντρώνονται τα περισσότερα περιστατικά για να δοθεί η δυνατότητα της άμεσης και γρήγορης αντιμετώπισης όλων αυτών των καταστάσεων. Ίσως μια συζήτηση για καινούργιες τακτικές αντιμετώπισης, αλλά και προφύλαξης και πρόληψης, όπως είπε και ο κ. Τουμπής θα είναι πάρα πολύ ωφέλιμη απέναντι στην κοινωνία μας, απέναντι σε αυτή τη περίοδο που όλοι βρισκόμαστε σε μια κατάσταση εγρήγορσης και μεγάλης αγωνίας. Ευχαριστώ πολύ και συγχαρητήρια για μια ακόμα φορά.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Παπαδόπουλος.

ΣΑΚΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ: Αποδεικνύεται και σήμερα πόσο χρήσιμος μπορεί να είναι ο ρόλος της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, όταν συζητά όλα αυτά τα πολύ σημαντικά ζητήματα για τη δημόσια υγεία και συνολικά για την οργάνωση των καθηκόντων μας στην υπεράσπιση της υγείας των πολιτών. Νομίζω ότι οι αναφορές που έγιναν εδώ είναι πολύτιμες για να δούμε το σύνολο των καθηκόντων μας. Να μην ξεχνάμε ότι το δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, που είναι πύλη εισόδου για πολλούς πρόσφυγες μετανάστες με όλα τα ζητήματα τα οποία είναι ανοικτά για κινδύνους μεταδοτικότητας, τους οποίους πρέπει να ελέγχουμε έγκαιρα, αλλά και με μεγάλο όγκο επισκεπτών, τουριστών που αυτά τα ευαίσθητα ζητήματα θα πρέπει έγκαιρα να αντιμετωπίζονται και να συνεργαζόμαστε με πλήρη επάρκεια με τις ευρωπαϊκές επιτροπές. Δεν ξέρω εάν οργανώνεται σε ευρωπαϊκό επίπεδο μια συνολική μάχη κατά της διάδοσής της.

Ειδικά για τις πολυανθεκτικές μορφές, εάν υπάρχει ευρωπαϊκό σχέδιο, αλλά και όλα αυτά που ακούστηκαν για την ανάγκη ενός επικαιροποιημένου σχεδίου αντιμετώπισης της φυματίωσης είναι πάρα πολύ χρήσιμα, ώστε να προσανατολίσουμε και τις λειτουργίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αναφέρθηκε ότι πρέπει να έχουμε καθήκοντα, και έχουμε καθήκοντα και στα τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο που αφορά το Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας, τα ΠΕΔΥ, τα κέντρα υγείας θα έλεγα ακόμη και τα περιφερειακά ιατρεία και ειδικά σε νησιά, σε δυσπρόσιτες περιοχές πρέπει να γίνεται έγκαιρη διάγνωση. Σε αυτό οφείλουν όλοι οι γιατροί μας να προσανατολιστούν, αλλά ειδικά εκείνοι που έχουν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης. Οι γενικοί γιατροί πρέπει να ξέρουν πώς πρέπει να φθάνουν στην έγκαιρη διάγνωση της φυματίωσης και ειδικά της επικίνδυνης φυματίωσης. Σε δεύτερο επίπεδο τα νομαρχιακά νοσοκομεία που πρέπει να προσανατολιστούν όλα τους να έχουν αντιφυματικά ιατρεία.

Εμείς για παράδειγμα, στο νοσοκομείο Τρικάλων που είχαμε αντιφυματικό ιατρείο, οργανώσαμε και πνευμονολογική κλινική. Μπορεί πραγματικά να είναι χρήσιμος ο ρόλος των νομαρχιακών νοσοκομείων ως δεύτερο επίπεδο αντιμετώπισης όλων αυτών των ζητημάτων. Τώρα, επισημαίνεται η ιδιαιτερότητα του ρόλου του «Σωτηρία». Ακούστηκαν πάρα πολύ χρήσιμες σκέψεις για το πώς πρέπει να ενισχύσουμε αυτό το ρόλο. Φαίνεται ότι δεν επαρκεί να είναι το μοναδικό κέντρο αναφοράς. Πρέπει να κάνουμε όλα αυτά τα οποία επισημάνθηκαν. Προτάθηκαν να γίνουν 10 θάλαμοι αρνητικής πίεσης ανά μονάδα ή για παράδειγμα, το εξωτερικό ιατρείο με τρεις γιατρούς είναι φανερό ότι δεν επαρκεί. Πρέπει να δούμε τον προγραμματισμό της στελέχωσης, όλα αυτά τα ζητήματα που επισημάνθηκαν πρέπει να χρησιμοποιηθούν ως ένας προσανατολισμός, στο πώς αξιοποιούμε τις νέες δυνατότητες για στελέχωση, που έχουμε μπροστά μας, ώστε πραγματικά στο σύνολο αυτών των ζητημάτων, να μπορεί να ανταποκριθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Εμείς, ως φοιτητές ιατρικής στη Θεσσαλονίκη, εκπαιδευόμασταν στην πνευμονολογία στο «Παπανικολάου». Τώρα θεωρώ απαράδεκτο το «Παπανικολάου» να είναι το μεγάλο δεύτερο κέντρο αναφοράς. Έχει εμπειρία, έχει πνευμονολογικές – αντιφυματικές κλινικές επί μεγάλη σειρά ετών και πρέπει πραγματικά να ενισχυθεί με θαλάμους αρνητικής πίεσης, με μονάδες. Νομίζω ότι είναι καθήκον μας η ενίσχυση και των άλλων τριτοβάθμιων νοσοκομείων, όπως της Αλεξανδρούπολης και άλλα. Εμείς στη Θεσσαλία έχουμε το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, στο οποίο ο κ. Γουργουλιάνης κάνει καλή δουλειά. Πρέπει να ενισχυθεί ο ρόλος της αντιμετώπισης ως κέντρου αναφοράς.

Να επισημάνω και εγώ ότι τα νέα φάρμακα, όσο ακριβά και εάν είναι, οφείλουμε να τα βάλουμε έγκαιρα. Το Υπουργείο Υγείας έχει συζητήσει τι κάνουμε με τις ακριβές θεραπείες και γίνεται μια προσπάθεια να μειωθεί το κόστος. Νομίζω ότι όταν αφορά ένα τόσο σημαντικό καθήκον της χώρας πρέπει να προσανατολιστούμε σε αυτό και η αντιφυματική αγωγή πρέπει να είναι δωρεάν. Το ζήτημα της ριφαμπικίνης, να κλείσουμε τα καθήκοντα που έχει το ΚΕΕΛΠΝΟ σε όλα αυτά, τα οποία είναι σημαντικά καθήκοντα.

Πάλι, σε ευρωπαϊκό επίπεδο πρέπει να κάνουμε κάθε τι, ώστε να κατανοήσουν τις υποχρεώσεις τους απέναντι στη χώρα μας. Η χώρα μας έχει έναν πολύ ευαίσθητο ρόλο, είναι πραγματικά η πύλη εισόδου. Το ευρωπαϊκό σχέδιο πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητα την Ελλάδα ως μέρος του συνολικού ευρωπαϊκού σχεδίου αντιμετώπισης αυτών των καθηκόντων στη δημόσια υγεία και ειδικά απέναντι στην φυματίωση. Ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Λαμπρούλης.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΜΠΡΟΥΛΗΣ (ΣΤ΄ Αντιπρόεδρος της Βουλής): Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Καταρχήν, αισθάνομαι ιδιαίτερη χαρά με τους σημερινούς προσκεκλημένος διότι μερικούς -τουλάχιστον, τρεις από αυτούς- τους είχα και δασκάλους, όταν έκανα ειδικότητα στο «Σωτηρία». Ζητώ συγνώμη από τον Πρόεδρο αλλά κυρίως από τους προσκεκλημένους, διότι καθυστέρησα για μια άλλη υποχρέωση και δεν άκουσα όλες τις τοποθετήσεις. Αυτό που θα ήθελα να πω είναι ότι όλα αυτά δεν μπορούν να γίνουν εξ απαλών ονύχων. Όλοι οι ομιλητές ανέδειξαν τα τεράστια προβλήματα που υπάρχουν στο δημόσιο Σύστημα Υγείας, στο θέμα της φυματίωσης, της πρόληψης, της αντιμετώπισης, της φαρμακευτικής αγωγής, στις υποδομές, στο προσωπικό. Όλα αυτά δεν είναι μια ιδιαιτερότητα που αφορά μόνο τη φυματίωση, ενδεχομένως, στις πιο εξειδικευμένες μονάδες, παραδείγματος χάριν, στο «Σωτηρία».

Αλλά αυτό είναι ένα παράδειγμα του Συστήματος Υγείας που υπάρχει σήμερα στη χώρα μας και των προβλημάτων που το ταλανίζουν, σε όλα τα επίπεδα. Δηλαδή σε επίπεδο ζητημάτων προσωπικού, οικονομικών, υποστελέχωσης, εξοπλισμού κλπ. Η κυρία Τζούφη ανέφερε ένα από τα ερωτήματα που θα έθετα κι εγώ. Τον Μάρτιο, ανακοινώθηκε από το Υπουργείο, μέσω μίας εγκυκλίου, το πρόγραμμα ή η αναθεώρηση αν θέλετε-αν είναι δόκιμός ό όρος-του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού. Σε αυτά ήταν και το αντιφυματικό, το οποίο περιορίζεται σε μερικές κατηγορίες παιδιών, πληθυσμών, ενδεχομένως υψηλού κινδύνου, αν θυμάμαι καλά έτσι όπως αναφέρεται μέσα, καταργώντας στην ουσία αυτό το περίφημο Πρόγραμμα Εμβολιασμών που υπήρχε έως πρότινος.

Εδώ θα ήθελα την γνώμη των επιστημόνων, των ειδικών, διότι αξιοποιώντας τα δικά τους δεδομένα, την κατάκτηση της επιστημονικής γνώσης-νομίζω σ’ αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να κινείται κάθε κράτος, κάθε πολιτεία- να χαράσσει και πολιτικές.

Βέβαια, όλα αυτά τα ζητήματα που αναφέρθηκαν είναι πολιτικά. Είναι πολιτικές οι αποφάσεις και όσον αφορά στην υγεία, τα κονδύλια, την προμήθεια φαρμάκων, τις δομές, το πώς λειτουργούν, το προσωπικό, το τι επιστήμονες παράγουμε κτλ. Όλα αυτά έχουν να κάνουν με μία πολιτική που, κατά τη γνώμη μας, στον πυρήνα της έχει την ικανοποίηση των αναγκών και στην υγεία του λαού μας.

Σε ό,τι αφορά την φυματίωση πέρα από το δεύτερο, τρίτο στάδιο φαρμακευτικής αντιμετώπισης και διάγνωσης έχει σχέση η πρόληψη. Η πρόληψη δεν είναι μόνο ο εμβολιασμός που τέθηκε το ερώτημα, αλλά έχει σχέση και με την διαμόρφωση-κι εδώ είναι τεράστιο το πολιτικό ζήτημα- των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που διαμορφώνεις με τις πολιτικές σου. Πολύ καλά το γνωρίζετε, στο παρελθόν στα βιβλία η φυματίωση αναφερόταν ως η «νόσος των φτωχών».

Όταν, λοιπόν, έχεις ένα μεγάλο μέρος, συνεχώς αυξανόμενο, πληθυσμού στη χώρα μας να φτωχοποιείται, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, σε συνθήκες διαβίωσης ή σίτισης, αναμένεται, ενδεχομένως, να έχουμε αναζωπύρωση και αύξηση των περιστατικών αυτών. Άρα, λοιπόν, συνολικά θα πρέπει να το δούμε κι όχι αποσπασματικά με τα επί μέρους προβλήματα που αντιμετωπίζουν τμήματα, κλινικές κτλ.

Αν όμως δεν το δεις συνολικά, γιατί και το πρόβλημα της φυματίωσης στηρίζεται στη βάση του, δεν μπορείς να προχωρήσεις. Είναι ξεκάθαρες οι πολιτικές που ξεδιπλώθηκαν τα προηγούμενα χρόνια, εφαρμόζονται τώρα, συνεχίζουν να εφαρμόζονται και βεβαίως σε ότι αφορά την υγεία. Ο κύριος Παπαβασιλείου προφανώς το είπε χαριτολογώντας, ότι στο ζήτημα της φυματίωσης δεν εμπλέκονται σπόνσορες. Εμείς θεωρούμε ότι το κράτος έχει την ευθύνη όχι μόνο με τις πολιτικές του, αλλά να χρηματοδοτήσει όλες αυτές τις δομές, το συγκεκριμένο ζήτημα των αντιφυματικών κέντρων αναφοράς και εκεί που υπάρχουν ανάγκες να γίνεται ενίσχυση με προσωπικό, δομές κτλ.

Μιλάμε για τους μετανάστες ή άλλες ομάδες πληθυσμού που έρχονται στη χώρα μας. Γίνεται το αντίστοιχο “screening”, οι ακτινογραφίες, οι εμβολιασμοί; ΄Ίσως ανοίγω περισσότερο το θέμα και όχι στα στενά πλαίσια της φυματίωσης που συζητάμε. Αυτά όμως δεν είναι πολιτικές; Και δεν είναι Ευρωπαϊκή Ένωση γενικά και αόριστα.

Κι’ εδώ υπάρχουν και οι ευθύνες, γιατί ο εγκλωβισμός των μεταναστών έχει και την υπογραφή της ελληνικής Κυβέρνησης. Να, λοιπόν, πώς είναι αλληλένδετα όλα αυτά τα ζητήματα και δεν μπορούμε να τα βλέπουμε αποσπασματικά και αποσυνδεδεμένα το ένα από το άλλο.

Στο σημείο αυτό γίνεται η β΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ..: Αθανασίου Νάσος, Βέττας Δημήτρης, Γεννιά Γεωργία, Δημητριάδης Δημήτρης, Κατσαβριά Χρυσούλα, Θεωνάς Γιάννης, Ψυχογιός Γεώργιος, Καΐσας Γιώργος, Καρασαρλίδου Φρόσω, Καστόρης Αστέρης, Κωστοπαναγιώτου Ηλίας, Μανιός Νίκος, Μαντάς Χρήστος, Ρίζος Δημήτριος, Σταματάκη Ελένη, Μουσταφά Μουσταφά, Γιαννακίδης Ευστάθιος, Παπαδόπουλος Σάκης, Παραστατίδης Θόδωρος, Σιμορέλης Χρήστος, Στογιαννίδης Γρηγόρης, Τζούφη Μερόπη, Τσόγκας Γιώργος, Βαγιωνάς Γεώργιος, Βλάχος Γεώργιος, Βρούτσης Ιωάννης, Γιακουμάτος Γεράσιμος, Γιαννάκης Στέργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Μπούρας Αθανάσιος, Οικονόμου Βασίλειος, Αΐβατίδης Ιωάννης, Κουκούτσης Δημήτριος, Λαγός Ιωάννης, Κρεμαστινός Δημήτριος, Λοβέρδος Ανδρέας, Χριστοφιλοπούλου Παρασκευή, Λαμπρούλης Γεώργιος, Μανωλάκου Διαμάντω, Λαζαρίδης Γεώργιος, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Μεγαλοοικονόμου Θεοδώρα και Γρηγοράκος Λεωνίδας.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Αϊβατίδης.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΪΒΑΤΙΔΗΣ: Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Μου προξένησε ιδιαίτερη εντύπωση η αναφορά ότι η πτώση της Σοβιετικής Ένωσης το 1991, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη φυματίωση στην Ελλάδα, όταν έχουμε μία ενεργή πολιτική ανοικτών συνόρων. Μόνο το 2015, περίπου, 1 εκ. άνθρωποι από τριτοκοσμικές, κυρίως, χώρες πέρασαν στην Ελλάδα.

Θα αναφέρω κάποιους αριθμούς, που καλό θα ήταν να δώσουμε τη δέουσα σημασία και προσοχή. Το 2015, πέρασαν στην Ελλάδα 186.000 άτομα από το Αφγανιστάν. Στο Αφγανιστάν, το 2015, είχαμε 12.000 θανάτους από φυματίωση και 35.000 και πλέον νέες διαγνώσεις. Από το Πακιστάν πέρασαν 24.000 άνθρωποι στην Ελλάδα, που το Πακιστάν είχε 44.000 νεκρούς το 2015 και 330.000 νέα κρούσματα.

Θα σας πω ότι και εγώ ως ιατροδικαστής, έχω διαγνώσει περιστατικά φυματίωσης νεκροψιακά, νεκροτομικά τελικώς, χωρίς να έχουν διαγνωστεί εν ζωή. Ήταν τρεις - τέσσερις υποθέσεις στα δεκαπέντε, περίπου, χρόνια που ασκούσα το συγκεκριμένο επάγγελμα.

Η «Χρυσή Αυγή» είναι, κάθετα, αντίθετη, κύριε Υπουργέ, στη διακοπή του αντιφυματικού εμβολιασμού για τα παιδιά της Α΄ Δημοτικού. Τη θεωρούμε πολιτικά εγκληματική, γιατί αν συνεχιστεί αυτή η πολιτική των ανοιχτών συνόρων θα έχουμε επιδημίες.

Δεν θα ήθελα να αναφερθώ και να στηλιτεύσω περισσότερο την πολιτική της Κυβέρνησης. Το θέμα, βεβαίως, είναι και πολιτικό, γιατί είμαστε στη Βουλή και κάνουμε αυτή τη συζήτηση. Δεν είμαστε σε κάποια Ημερίδα για τη φυματίωση.

Θα ήθελα να θυμίσω σε όλους τους παρισταμένους, ότι είχαμε ένα πολύ σοβαρό περιστατικό στο Τσεπέλοβο Ιωαννίνων. Υπάρχουν δημοσιεύματα, τα οποία δεν έχουν διαψευσθεί, ότι στρατιωτικό προσωπικό μολύνθηκε από έναν άνθρωπο από το Αφγανιστάν, όπως έχει λεχθεί. Αυτό είναι ένα θέμα, το οποίο θα πρέπει να δούμε. Υπάρχουν δεκαπέντε άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από κάποιον που εμφανίστηκε ως πρόσφυγας. Μπορεί να είναι, μπορεί και να μην είναι. Το πιο πιθανό είναι να ήταν ένας απλός μετανάστης. Στην ουσία, όμως, υπήρξε αυτή η μόλυνση στρατιωτικού προσωπικού.

Από κει και πέρα, θέλω μία ρητή απάντηση από τον κ. Υπουργό για τη διακοπή του αντιφυματικού εμβολιασμού. Είναι ειδικοί λόγοι που συντρέχουν; Είναι οικονομικοί λόγοι; Στην Ελλάδα, όταν το 40% των κρουσμάτων φυματίωσης οφείλεται σε αλλοδαπούς, όπως ελέχθη προηγουμένως, δεν πρόκειται για κάποιο μικρό ποσοστό και είναι πολύ πιθανό να αυξηθεί. Όμως, και οι Έλληνες, το υπόλοιπο 60% των κρουσμάτων, μήπως θα πρέπει να εξετάσουμε εάν έχουν μολυνθεί από αλλοδαπούς που είχαν έρθει από τριτοκοσμικές χώρες, όπως προανέφερα; Μην ξεχνάμε ότι από το Αφγανιστάν και το Πακιστάν δεν είναι πρόσφυγες.

Ως «Χρυσή Αυγή» καταγγέλλουμε την πολιτική των ανοιχτών συνόρων. Η συζήτησή μας είναι πολιτική και αυτή είναι η θέση μας. Συγκεκριμένα, για τη φυματίωση θέλω μία ρητή απάντηση από τους συναδέλφους επιστήμονες και εξειδικευμένους στο θέμα αυτό, αν συνδέεται η φυματίωση ή όχι με την πολιτική των ανοιχτών συνόρων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάποιος καταγγέλλει τη Συγκυβέρνηση, ή συμφωνεί με τις θέσεις της «Χρυσής Αυγής». Ρωτώ μόνο αν ισχύει αυτό.

Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Μπαργιώτας.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑΣ: Κύριε Υπουργέ, θα εκμεταλλευτώ την παρουσία των πνευμονολόγων και την απουσία του κυρίου Πολάκη, που είναι καπνιστής, για να σας καταγγείλω για ολιγωρία στο θέμα του καπνίσματος. Έχετε επανειλημμένως δεσμευθεί, κι εσείς και ο κύριος Μανιός, ότι θα συγκληθεί η Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων για την επικαιροποίηση του αντικαπνιστικού αγώνα εδώ και πολλούς μήνες, πράγμα το οποίο δεν έχει γίνει, σε μία χώρα που η καταπάτηση των αντικαπνιστικών νόμων είναι παροιμιώδης και παραδειγματική –αντιπαράδειγμα, ουσιαστικά, όχι παράδειγμα. Έτσι, λοιπόν, θα ήθελα τουλάχιστον να ανανεώσετε τη δέσμευσή σας για την επικαιροποίηση του αντικαπνιστικού αγώνα και τη σύγκληση της Επιτροπής.

Θέλω να ευχαριστήσω πραγματικά για όλες τις πληροφορίες που έχουν σχέση με τη φυματίωση σήμερα, εδώ. Χθες είχαμε μια επίσης πολύ ενδιαφέρουσα συζήτηση για το AIDS, στην οποία, δυστυχώς, ξανάκουσα αυτά που είχα ακούσει και πέρσι, τέτοια εποχή, με κάποιες βελτιώσεις, ενδεχομένως. Θέλω να πω ότι το να συζητάμε σε αυτό το επίπεδο σε μία Επιτροπή η οποία δεν έχει εκτελεστικές αρμοδιότητες, είναι νομοπαρασκευαστική, είναι πολύ χρήσιμο. Είμαι από αυτούς που πιστεύουν, και το έχω ξαναπεί, ότι θα έπρεπε ενδεχομένως να θεσμοθετηθεί κάποιο τέτοιο είδος επαφής της Επιτροπής με ανθρώπους που έχουν ειδική γνώση, και έχουν επεξεργαστεί λύσεις σε κοινωνικά προβλήματα.

Νομίζω, όμως, ότι εδώ το θέμα δεν είναι το τι πρέπει να κάνουμε για τη φυματίωση, αυτό το ξέρετε εσείς, και νομίζω ότι δεν έχω να προσθέσω κάτι, ως ορθοπεδικός κιόλας δεν έχω να πω τίποτα παραπάνω –φοβάμαι ότι οι μη γιατροί δεν έχουν καταλάβει και πολλά πράγματα από αυτά που συζητάμε, μοιραία. Είναι ένα τεχνικό θέμα, του οποίου η επεξεργασία, για μένα, πρέπει να ολοκληρώνεται στους κόλπους της ιατρικής κοινότητας για το τεχνικό, το ιατρικό θέμα. Εδώ το θέμα, θα μου επιτρέψετε, είναι πολιτικό. Δεν έχει τόση σημασία, λοιπόν, να συζητάμε για το τι, αλλά για το πώς.

Για το πώς, δηλαδή, κάποια πράγματα εφαρμόζονται –σχεδιάζονται κατ’ αρχήν και στη συνέχεια εφαρμόζονται. Όσον αφορά στο Εθνικό Σχέδιο, που ακούω εδώ, για το θέμα του AIDS υπάρχει μια παρόμοια προσέγγιση. Εγώ είμαι από τους ανθρώπους που πιστεύουν ότι είναι καιρός στις συγκεκριμένες πολιτικές και οικονομικές συνθήκες να δούμε με διαφορετικό μάτι τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουμε το Σύστημα Υγείας, το ρυθμίζουμε και το αναπτύσσουμε.

Θέλω να πιστεύω ότι κάθετες δράσεις μέσα στο Σύστημα Υγείας –ο κ. Παπαδόπουλος είπε, σωστά, ότι το συγκεκριμένο θέμα, και πολλά άλλα, εμπλέκουν το παιδί, το δευτεροβάθμιο, το τριτοβάθμιο, centers of excellence έξω από το Σύστημα Υγείας, Πανεπιστήμια, Ιδρύματα, το Παστέρ- λοιπόν, είναι καιρός να αρχίσουμε να βλέπουμε ότι μέσα σε ένα Σύστημα Υγείας που αναπτύσσεται οριζόντια με πάρα πολλά προβλήματα, αν έχουμε προτεραιότητες νόσους ή καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν με κάθετη λογική. Δημιουργώντας, δηλαδή, μια κάθετη δομή, η οποία μέσα στο Σύστημα Υγείας μπορεί να συντονίζει, να συγκεντρώνει, να βάζει όρους, να βάζει καλές πρακτικές και να τις εφαρμόζει, να βλέπει και να πιστοποιεί ποιοτικά ποιοι μπορούν να είναι κέντρα αναφοράς και ποιοι δεν μπορούν, πόσα μπορούμε να αντέξουμε οικονομικά, κοκ.

Αυτή είναι μια προσέγγιση που δεν υπάρχει στο Σύστημα Υγείας. Έχουμε ένα Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, το οποίο είναι, κατά τη γνώμη μου, απαρχαιωμένο, μια και έχει πάρα πολλές δραστηριότητες, πολύ λίγη εξειδίκευση και σπανίως καταφέρνει σε πραγματικό χρόνο να ανταποκριθεί. Δεν έχουμε National Centers of Excellence και νομίζω ότι το πρώτο πράγμα που πρέπει να συζητήσουμε είναι αυτό: αν μπορούμε και πρέπει να δημιουργήσουμε –εγώ λέω ναι- επιτροπές στα πλαίσια του ΚΕΣΥ ή με ένα άλλο δομικό σύστημα, οι οποίες να μπορούν να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν –όχι να παρατηρούν, έχουμε γεμίσει παρατηρητήρια- να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν πολιτικές κλαδικές, κάθετες, μέσα στο Σύστημα Υγείας.

Δεν νομίζω ότι μπορούμε να ελπίζουμε ότι θα υπάρξει αναβάθμιση στην αντιμετώπιση της φυματίωσης, του AIDS, του καρκίνου, των στεφανιαίων νοσημάτων ή οτιδήποτε, εάν δεν υπάρξει τέτοιου είδους προσέγγιση στο Σύστημα. Κι εγώ νομίζω ότι το πολιτικό ερώτημα προς τον Υπουργό δεν είναι αν μπορεί να μαζέψει άλλα μερικά ψιχία ακόμη σε ένα περιορισμένο και κλειστό οικονομικό σύστημα για να βοηθήσει κάποιες επιμέρους δράσεις για τη φυματίωση, αλλά αν έχουμε σκοπό κι αν μπορούμε να σχεδιάσουμε κάθετες δράσεις τέτοιου τύπου, μία από τις οποίες φυσικά και θα είναι η φυματίωση, νομίζω ότι είναι αναπόδραστο. Αλλά πιστεύω, πραγματικά, ότι το να προσθέσουμε εμπειρίες προσωπικές ή ερωτήματα επιμέρους δεν έχει ιδιαίτερη σημασία.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να πω ένα πολύ απλό παράδειγμα. Στο θέμα της φυματίωσης και του εμβολιαστικού σχήματος, θα αρκούσε η ύπαρξη μιας τέτοιας Επιτροπής, εάν η γνωμοδότηση της Επιτροπής για τη φυματίωση ήταν να καταργηθεί το εμβόλιο. Νομίζω, ότι δεν θα υπήρχαν ερωτήματα και θα το είχαμε τελειώσει. Νομίζω, ότι αυτός είναι ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να γίνονται αυτές οι δουλειές. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Κουκούτσης.

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΥΚΟΥΤΣΗΣ: Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Η επανεμφάνιση της νόσου σε τέτοια ποσοστά διαπιστώθηκε και εδώ. Υπάρχει βιβλιογραφία και είναι πασίγνωστο ότι οφείλεται στη φτώχεια, στον υποσιτισμό, στις κακές συνθήκες υγιεινής, στον συγκεντρωτισμό, σε πολλές ώρες εργασίας υπό αντίξοες συνθήκες. Τώρα, στις συντάξεις «ψίχουλα», οι οποίες συνεπάγονται έλλειψη φαρμάκων, στις μεγάλες εισροές προσφύγων και λαθρομεταναστών, στην κατάρρευση του ΕΣΥ.

Το δεδομένο, όμως, είναι ότι αυτή η νόσος, ακόμα, τελεί υπό κοινωνική προκατάληψη. Δυστυχώς, είναι μια νόσος για την οποία ο λαός μας έχει γράψει τραγούδια και έχουν ειπωθεί πολλά, σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη νόσο. Υπάρχει, λοιπόν, μια κοινωνική προκατάληψη. Γι' αυτό, πιθανότατα, δεν εντοπίζονται όλα τα κρούσματα.

Η φυματίωση, λοιπόν, έρχεται με τη φτώχεια. Ως εκ τούτου, θα έρθει και στην Ελλάδα. Στην Ελλάδα το αξιότιμο διδακτικό προσωπικό των πανεπιστημίων μας, ασφαλώς, γνωρίζει ότι στις αρχές της δεκαετίας του ‘90 δεν υπήρχαν κρούσματα φυματίωσης για να επιδείξουμε στους φοιτητές. Τώρα, αν μη τι άλλο, από κάτι τέτοιο, κάτι συνεπάγεται. Μην ξεχνάμε ότι πριν μιλήσαμε για το υπέροχο σύστημα της Σοβιετικής Ένωσης, το οποίο μας έστειλε, δόξα τω Θεώ, πάλι, πάρα πολλά περιστατικά.

Σε ένα σύστημα που πάσχει λογικό είναι η φυματίωση να αυξάνεται. Υποδομές στην Ελλάδα υπάρχουν, ειδικά τον καιρό της κρίσης; Στα περισσότερα Νομαρχιακά νοσοκομεία, όπως ξέρετε και όπως το ζούμε, δεν υπάρχουν Πνευμονολογικές Κλινικές. Θάλαμοι αρνητικής πίεσης υπάρχουν αλλά δεν είναι αρκετοί. Τα αντιφυματικά ιατρεία σπανίζουν και όπου λειτουργούν είναι υποστελεχωμένα.

Τώρα, για έλεγχο περιβάλλοντος, καλύτερα να μη μιλήσουμε αυτή την εποχή. Ας μην ξεχνάμε, ότι για μεγάλο χρονικό διάστημα υπήρχε έλλειψη φυματίνης για την εκτέλεση της δερμοαντίδρασης «μαντού», το οποίο είναι το πλέον σημαντικό εργαλείο για τη διάγνωση.

Θα μιλήσουμε και για την ανθεκτικότητα του μυκοβακτήριου, γιατί είχαμε τέτοια κρούσματα στη χώρα μας, όπως ειπώθηκε και για νοσηλείες πολλών μηνών. Είναι αλήθεια ότι στο «Σωτηρία» υπάρχει ένα δραστήριο τμήμα, το οποίο δουλεύει και το γνωρίζουμε όλοι, και πρέπει να πούμε ότι το επιστημονικό προσωπικό που ασχολείται με την Πνευμονολογία στη χώρα είναι πολύ υψηλό, τόσο στο Δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Αντιφυματικός εμβολιασμός. Πολλοί είναι αυτοί που λένε ότι πρέπει να γίνεται νωρίτερα, δηλαδή όπως γίνεται σε κάποιες ευπαθείς ομάδες όπως είναι οι ΡΟΜΑ. Πρέπει να γίνεται στο σύνολο του πληθυσμού.

Αυτά ήθελα να πω, αλλά το να υποστηρίζουμε ότι δεν επεκτάθηκε το φαινόμενο, όχι ότι εμείς δεν είχαμε στον ντόπιο πληθυσμό μέσω της μετανάστευσης των προσφύγων και όσων εισήλθαν παράνομα σε αυτήν εδώ τη χώρα, νομίζω ότι είναι λάθος.

Άλλο είναι το να είσαι ανθρωπιστής, γιατί πολλές φορές μπερδεύουμε τον ανθρωπισμό με τον πραγματισμό. Ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Η κυρία Παπακώστα έχει το λόγο.

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ - ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ: Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε.

Εγώ προσφάτως ήρθα ως μέλος στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, να καλωσορίσω τους σημερινούς προσκεκλημένους εδώ, όπου έχουμε την ευκαιρία να ενημερωθούμε για ένα πολύ σημαντικό, κατά την άποψή μου, θέμα, όπως είναι το θέμα της συζήτησης για την αντιμετώπιση της φυματίωσης. Έχουμε εξαιρετικούς προσκεκλημένους στην Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και ενημερώνονται οι Βουλευτές όλων των κομμάτων.

Με εντυπωσιάζει όμως το γεγονός, κ. Πρόεδρε, ότι και χθες είχαμε ενημέρωση για τον HIV και για τα λοιμώδη νοσήματα και σήμερα έχουμε ενημέρωση για την αντιμετώπιση της φυματίωσης.

Δεν είμαι γιατρός, είμαι δικηγόρος. Παρόλα αυτά, από την εμπειρία μου στο Υπουργείο Υγείας, θέλω να ρωτήσω τον Πρόεδρο της Επιτροπής για ποιο λόγο επελέγησαν στην ατζέντα της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και χθες και σήμερα, αυτά τα δυο θέματα που κουβεντιάζουμε και το ρωτώ αυτό γιατί;

Είναι πολύ ωραίο να ενημερωνόμαστε για όλα τα ζητήματα, αλλά γιατί π.χ. δεν επελέγη ένα άλλο ζήτημα αυτή την περίοδο;

Εγώ δεν θέλω να συμπεράνω αυθαιρέτως, σας λέω από την εμπειρία που είχα 8 μήνες στο Υπουργείο Υγείας και επειδή διαβάζω τι βγάζει η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών και απευθύνομαι και στους γιατρούς συναδέλφους εδώ Βουλευτές, στην αντίληψή μου πέφτει το εξής φαινόμενο: επειδή δεν μιλάμε απλώς για φυματίωση, αλλά η φυματίωση έχει διαβάθμιση, για την πολυανθεκτική φυματίωση, που είναι ένα τελείως διαφορετικό πράγμα, ως νόσημα.

Λοιπόν, το ερώτημα που θέτω, σε σχέση και με αυτό που έχει πει η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, αλλά και σε σχέση με το συνέδριο το οποίο έγινε για τα ζητήματα αυτά των καθ’ ύλην αρμοδίων, δηλαδή των πνευμονολόγων, το ερώτημα που θέτω είναι το εξής: Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών και άκουσα από γιατρούς και με εντυπωσίασε η αντίφαση, οι οποίοι πρέπει να γνωρίζουν, γι’ αυτό ρωτώ, ότι δεν θα πρέπει να γίνεται ο εμβολιασμός για τη φυματίωση στα έξι χρόνια, διότι πάρα πολύ απλά, κρίνεται ως αναποτελεσματικός.

Θεωρούν ότι είναι, ήδη, πάρα πολύ αργά. Η ζημιά αν είναι να συμβεί κάτι, ήδη, θα έχει προηγηθεί στο μεσοδιάστημα και συστήνει η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, εμβολιασμό εντός των μαιευτηρίων, δηλαδή, στη γέννηση του παιδιού εμβολιασμό για φυματίωση. Αυτό είναι το ένα στοιχείο που με κάνει να αναρωτιέμαι, εάν υπάρχει έξαρση και υφέρπουσα επιδημία;

Αυτό πρέπει να μας το πείτε. Δεύτερον, όταν οι πνευμονολόγοι και ειδικά νοσοκομείων, όπως το «ΣΩΤΗΡΙΑ», το «ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», οι οποίοι μας λένε ότι μέχρι το 2010-2012, οι ειδικευόμενοί μας δεν ξέρανε τίποτα για τη φυματίωση, διότι απλούστατα στην Ελλάδα δεν υπήρχε.

Και τώρα ξαφνικά βλέπουμε, ιδίως σε ομάδες με την προσφυγική κρίση οι αλλοδαποί, να υφίστανται περισσότερο το πρόβλημα, δηλαδή, να προέρχεται από αυτούς το πρόβλημα, αλλά παρόλα αυτά ενώ πριν είχαμε εξαρτημένους, φυλακισμένους-κρατούμενους και αλλοδαπούς. Αυτές ήταν οι τρεις υψηλού κινδύνου ομάδες, όπου εκεί συναντούσαμε και κρούσματα και τη νόσο, τώρα το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και με τους Έλληνες και εκεί που είχαμε φαινόμενα απλώς φυματίωσης, τώρα έχουμε πολύ-ανθεκτική, η οποία τελικώς τείνει να γίνει και χρόνια νόσος, διότι θέλει δια βίου υποστήριξη, εκείνος ο οποίος θα προσβληθεί από πολύ- ανθεκτική φυματίωση.

Ερωτώ τώρα τους καθ’ ύλην αρμοδίους - ρώτησα το συνάδελφό μου τον κ. Γίογιακα- εμείς στο Υπουργείο -όσο είμαστε στην Κυβέρνηση- είχαμε φτιάξει για τον «έμπολα» - θυμάστε τότε- ειδικούς θαλάμους και ειδικό τρόπο αντιμετώπισης, γιατί άκουσα διάφορες προτάσεις για αυτά τα θέματα. Ερωτώ υπάρχει, απλώς, έξαρση; Η πρότασή σας είναι αντίθετη με την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών; Τέλος, πόσα κρούσματα υπάρχουν; Φοβάστε επιδημία;

Γιατί φαντάζομαι, ότι ο Πρόεδρος Επιτροπής, ενημερώνει για κάτι το οποίο είναι επίκαιρο και για κάτι το οποίο βλέπει να έρχεται. Περιμένω απαντήσεις.

Σας ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Αθανασίου.

ΝΑΣΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Η ταπεινότητα μου δεν ρωτά, ο δημοσιογράφος ρωτά, ο πολιτικός απαντά. Αφού έπραξα το σφάλμα να θελήσω, να αναμειχθώ στην πολιτική, οφείλω να έχω απαντήσεις ή τουλάχιστον να αγωνίζομαι να τις βρω.

Δεν είχα σκοπό να μιλήσω, αλλά με ερέθισε η παρατήρηση του κ. Παπαβασιλείου, ο οποίος είναι επίκαιρος. Ποιος θα φανταζόταν, ότι η Μαρία Πολυδούρη και το «Σωτηρία» πάνω από μισό αιώνα μετά το θάνατο της, θα ξαναγίνονταν επίκαιροι για τον ίδιο λόγο, για τη φυματίωση;

Να, λοιπόν, που η ιστορία επαναλαμβάνεται και η ιστορία δεν τελειώνει, δυστυχώς, όπως ήλπιζαν κάποιοι.

Με ερέθισε που μίλησε για τους χορηγούς. Δείτε και η Ακρόπολη με χορηγίες χτίστηκε. Πρέπει να πω το εξής: Μιλήσατε όλοι για δυο καινούργια φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά τα παρήγαγαν οι ερευνητές κάποιων εταιρειών, οι οποίες κάνουν τις χορηγίες. Ο κόσμος μας είναι πολύπλοκος για να παίρνουμε ακραίες θέσεις. Θέλουμε δεν θέλουμε, είμαστε δεμένοι μεταξύ μας. Όπως έλεγε η Αρβελέρ: «βήχεις στο Παρίσι και κρυολογούν στο Πεκίνο». Επίσης, μιλήσατε πάρα πολύ όλοι σας για εμβολιασμούς. Τι έγινε φέτος ;

Νομίζω, ότι και συνάδελφοί σας αρμόδιοι επίσημοι - δεν θέλω να αναφέρω ονόματα - αναφέρθηκαν σε μια νοοτροπία, η οποία εκπέμπεται από νοσοκομεία παρακαλώ, σύμφωνα με την οποία νοοτροπία της δεκαετίας του ΄40 θα έλεγα, δεν χρειάζονται οι εμβολιασμοί. Πολλοί έπαθαν ανίατα από εμβόλιο. Άρα, υπάρχει και μια ευθύνη των γιατρών, της ιατρικής κοινότητας και ιδίως – και το λέω με θλίψη αυτό, θα έλεγα με πένθος, πραγματικά οι άνθρωποι που εργάζονται στα κρατικά νοσοκομεία είναι ήρωες.

Μπορώ να το πιστοποιήσω. Πρόσφατα, ήμουν δυο φορές σε κρατικό νοσοκομείο -όχι για αμελητέα υπόθεση- και το διαπίστωσα ο ίδιος. Πρέπει όμως να πω ότι από εκεί εκπέμπεται μια νοοτροπία, η οποία βρίσκεται σε πνεύμα αντίθετο από αυτό που χθες και σήμερα εκπέμφθηκε.

Εδώ υπάρχει ένα πείραμα. Η επιστήμη, που είστε εσείς, που ενσαρκώνετε εσείς, πρέπει να γίνει πολιτική. Και πραγματικά δεν θα ήθελα, να ήμουν στη θέση του κυρίου Ξανθού, με όλο αυτό τον όγκο των προβλημάτων. Δηλαδή, πως την επιστήμη θα τη μετατρέψεις σε πολιτική.

Επίσης, ακούστηκε η ανάγκη ενός Εθνικού Σχεδίου. Ξέρετε, το Εθνικό Σχέδιο τα λύνει όλα, πάνω σε ένα κομμάτι χαρτί λύνονται όλα, αλλά όλα τα Εθνικά Σχέδια δεν είχαν προβλέψει πώς θα χρηματοδοτηθούν, πώς θα υλοποιηθούν.

Όμοια οι Επιτροπές, μπορούν να πουν πολύ σπουδαία πράγματα, όπως σήμερα ειπώθηκαν πολύ σπουδαία πράγματα, θα μπορούσαν να γίνουν θαυμάσια άρθρα να δημοσιευθούν, το θέμα είναι λύνει το πρόβλημα; Εδώ υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Η τακτική την οποία εγώ εισηγούμαι στον Υπουργό, ως απλός βουλευτής, μέλος της ΕΣΗΕΑ, σκιέρ, δεινός σκιέρ και δεινός καπνιστής, δυστυχώς. Γιατί δεν μπορείς να λες απαγορεύετε το κάπνισμα, αλλά πρέπει να βρεις και ένα τρόπο, τον χρήστη πως θα τον απεξαρτήσεις και αυτό είναι επιστημονικό θέμα το οποίο το αποφεύγουμε και δεν λύνεται, πρέπει να απαγορεύετε το κάπνισμα. Ορθώς απαγορεύεται το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, αλλά πρέπει και η επιστήμη να δει πως θα απεξαρτήσει τον χρήστη.

Εκείνο που εισηγούμαι εγώ στον Υπουργό είναι μικρά εφαρμόσιμα καθημερινά βήματα. Τι μπορείς να κάνεις λίγο λίγο. Αυτό το λίγο λίγο μπορεί να επιλύσει το μεγάλο πρόβλημα. Όλα τα άλλα για μένα είναι σωστά. Σας είπα, μπορούν να αποτελέσουν αρθρογραφία θαυμάσια, αλλά δεν επιλύουν το πρόβλημα. Και θα αναφέρω ένα παράδειγμα. Χθες αναφέρθηκε δύο φορές το θέμα της δημιουργίας χώρων εποπτευόμενης χρήσης, για τους τοξικομανής της Αθήνας. Αυτό είναι ένα πράγμα που μπορεί να γίνει και είναι ένα πράγμα που δεν έχει γίνει, γιατί χρειάζεται συνεργασία, κυβέρνησης τοπικής αυτοδιοίκησης, γειτονιάς πρέπει να αποδεχθεί και η γειτονιά και συνήθως η γειτονιά δεν το αποδέχεται. Επειδή τα προβλήματα είναι πολύ σημαντικά και δεν σηκώνουν μια απλή ομιλία, όμορφη ομιλία ή ένα πολύ καλό άρθρο, για αυτό και πιστεύω ότι θα πρέπει και από την πλευρά σας ως επιστήμονες να προτείνετε λύσεις, εφαρμόσιμες. Αυτό θα ήθελα να αναφέρει η ταπεινότητά μου. Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Χρήστος Μαντάς.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΝΤΑΣ: Λυπάμαι και ειλικρινά ζητάω συγνώμη από τους συναδέλφους, που δεν ήμουν από την αρχή της διαδικασίας εδώ. Παίρνω το λόγο όσο πιο σύντομα μπορώ για να πω δύο σκέψεις. Διακρίνω από αυτά που ακούω εδώ, μια σύγχυση, σε ορισμένα ζητήματα και νομίζω ότι πρέπει με σαφή τρόπο, όσο γίνεται στο πλαίσιο της συμβολής των επιστημόνων να ξεκαθαριστούν πράγματα, να μιλήσουμε με σοβαρό τρόπο και για το μέγεθος του προβλήματος και για την αντιμετώπισή του και για τα βήματα και με ένα σαφή τρόπο, που να μην αναπαράγει, θα έλεγα αντιλήψεις και σκέψεις που δεν βοηθούν σε τέτοιου είδους ζητήματα. Επιτρέψτε μου να πω μια κουβέντα γιατί δεν νομίζω ότι χωράει σε ένα δημόσιο διάλογο να κάνει κάποιος ότι δεν ακούει. Επειδή εγώ σχεδόν άκουσα ότι, μήπως θα ήταν και καλή επιλογή να βομβαρδίσουμε με ατομική βόμβα για να τελειώνουμε με τους μετανάστες.

Θέλω να πω με σαφή τρόπο, ότι τέτοιου είδους αντιλήψεις όταν αναπαράγονται στο δημόσιο λόγο, μόνο ρατσισμό, ξενοφοβία και τα πιο ακραία και θα έλεγα πολύ σκοτεινά πρότυπα αναπαράγουν και στερεότυπα και πολύ περισσότερο δεν βοηθούν σε καμία περίπτωση, να αντιμετωπίσει κανένας με σοβαρότητα και ευθύνη, την σύγχρονη πραγματικότητα και στον τομέα αυτών των προβλημάτων τα οποία συζητάμε σήμερα.

Θέλω να πω μόνο δύο σκέψεις, σε σχέση με αυτά τα λίγα που άκουσα από τους επιστήμονες και κάποια που άκουσα και από εδώ. Χτες συζητάγαμε το θέμα των εξαρτήσεων και του HIV και της Ηπατίτιδας C κυρίως και των άλλων λοιμωδών νοσημάτων. Νομίζω είναι μια πρωτοβουλία από την πλευρά της Επιτροπής μας, που μπορεί να συμβάλει όχι υπερβολικά πράγματα αλλά μπορεί να συμβάλει.

Θα πω μόνο δύο σκέψεις μου. Η πρώτη σκέψη αφορά συνολικά το θέμα της δημόσιας υγείας στη χώρα σε αυτές τις νέες συνθήκες. Νομίζω ότι, έχοντας δει λίγο τη γκάμα αυτών των προβλημάτων και πως εξελίσσονται κυρίως, αν θέλετε, και με το πρόβλημα που έχει αυτή η χώρα ως πύλη εισόδου της Ευρώπης και από τα προβλήματα που απορρέουν από αυτή την θέση, νομίζω ότι χρειάζεται ένας ανασχεδιασμός του κομματιού της δημόσιας υγείας και εκεί έχουμε πάρα πολλά δεδομένα, για να ζητήσουμε και να διεκδικήσουμε και με τη βοήθεια της επιστημονικής κοινότητας και κονδύλια-από την Ευρώπη- και πρόσθετη βοήθεια όπου και αν χρειαζόμαστε.

Άρα, νομίζω ότι αυτό γιατί πρέπει να μετατρέπουμε όσο μπορούμε όλα τα στοιχεία που ακούμε και σε πολιτικές, νομίζω ότι απαιτεί μια σοβαρή συζήτηση με τη συμβολή όλων των πλευρών, έτσι ώστε να πάμε σε ένα τέτοιο σχήμα, δηλαδή, πως σε αυτές τις συνθήκες τις πάρα πολύ δύσκολες, διότι εδώ δεν υπάρχουν ευκολίες, να ανασχεδιάσουμε με προτεραιοποίηση τα θέματα της πολιτικής της δημόσιας υγείας. Εκεί νομίζω ότι μπορούμε να διεκδικήσουμε με σοβαρό τρόπο κονδύλια, προγράμματα, πρωτόκολλα και όλα.

Το δεύτερο αφορά σε αυτό που είπε ο κύριος Παπαβασιλείου, για τα θέματα της αναγκαστικής νοσηλείας. Επιτρέψτε μου λόγω της μεγάλης εμπειρίας μου ως ψυχιάτρου, θα πω μια σκέψη πάνω σε αυτό. Χρειάζεται να ξαναδούμε αυτό το θέμα. Και στο τομέα τον δικό μου, υπάρχουν πολλοί προβληματισμοί σε αυτό το ζήτημα. Τέτοιου είδους περιστατικά τα οποία λέτε-και εγώ προέρχομαι από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων-έχουμε αντιμετωπίσει στα μεγάλα νοσοκομεία με τους θαλάμους, που στεγάζονται στις παθολογικές κλινικές και που χρησιμοποιούνται όταν χρειάζονται τέτοια πράγματα. Δεν ξέρω πόση έκταση έχει το συγκεκριμένο ζήτημα στο θέμα που μιλάμε πάντως, νομίζω ότι πρέπει να πάμε σε ένα νέο νομικό πλαίσιο, υπάρχουν εμπειρίες και από τις αγγλοσαξονικές χώρες και από άλλες χώρες, που μπορούμε να δούμε σε ένα σύγχρονο πλαίσιο πια, πώς το κομμάτι των αναγκαστικών νοσηλειών ή των νοσηλειών και σε άλλα επίπεδα στην κοινότητα για παράδειγμα, θα μπορούσαμε να αντιμετωπίσουμε.

Πάντως, χρειάζεται μια πρωτοβουλία που μπορούμε να πάρουμε σε ένα συνολικό επίπεδο και εκεί πάντα με προτεραιότητες. Γιατί αν έχουμε περιστατικά το χρόνο, φαντάζομαι ότι πρέπει να έχουμε ένα όγκο περιστατικών για να μπορέσουμε να αποφασίσουμε πολιτικές. Σας ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Μεγαλοοικονόμου.

ΘΕΟΔΩΡΑ ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εκλεκτούς προσκεκλημένους ειδικά για την ενημέρωση που μας έκαναν. Εγώ δεν είμαι γιατρός. Θεωρούσα ότι η φυματίωση ήταν μια ασθένεια ξεχασμένη. Την εποχή της γιαγιάς μου το άκουγα, πριν τον Πόλεμο, στον Μεσοπόλεμο, όμως μου κάνει εντύπωση ότι, με την έξαρση που μας δώσατε να καταλάβουμε ότι υπάρχει και στον ελληνικό πληθυσμό και στις ροές που έρχονται, παρατηρούνται να υπάρχουν πολύμηνες ελλείψεις σε φάρμακα που χρειάζονται οι ασθενείς για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους και ακόμη να μην υπάρχουν τα νέα φάρμακα που μας είπατε ότι κυκλοφορούν στο εξωτερικό, αλλά είναι πάρα πολύ ακριβά. Έχω ακούσει ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη στο αντιδραστήριο για την διενέργεια της εξέτασης του Mantoux.

Για όλα αυτά, φυσικά, θεωρώ ότι ένα εθνικό σχέδιο θα ήταν πάρα πολύ καλό να γίνει, άλλα πώς θα αντιμετωπιστεί; Έχουμε ακούσει ότι υπάρχουν προβλήματα στα hot spots, στους χώρους κράτησης των προσφύγων και στις φυλακές, αλλά δεν ακούμε πώς μπορεί αυτό το θέμα να αντιμετωπιστεί στην πηγή του. Δηλαδή, εκεί τι πρέπει να γίνει και το εθνικό σχέδιο πώς θα πραγματοποιηθεί και με ποια μέσα; Εσείς, σαν Νοσοκομείο «Σωτηρία», που το ξέρουμε από την παλιά εποχή, κάνετε τα πάντα. Δεν θα πρέπει να υπάρχει και ένα άλλο αντίστοιχο νοσοκομείο σαν το «Σωτηρία», που να ήταν σε μια άλλη περιοχή προς τη βόρεια Ελλάδα, για να μην έχετε όλον το φόρτο εργασίας, εσείς που έχετε και προβλήματα και στη στελέχωση από ό,τι καταλαβαίνω;

Θέλω να μου δώσετε μερικές εξηγήσεις για το αν αυτό το εθνικό σχέδιο είναι δυνατόν να επιτευχθεί, διότι το θεωρώ πάρα πολύ κρίσιμο. Είναι μια ασθένεια που παίρνει τρομακτικές διαστάσεις στην εξάπλωσή της και ειδικά για τα παιδιά ακούω πάρα πολλούς γονείς να φοβούνται για τα παιδιά τους, πώς θα το αντιμετωπίσουν, αν κινδυνεύουν και αν μπορούν να προχωρήσουν στους εμβολιασμούς. Είναι ένα θέμα που προβληματίζει τον κόσμο και βρίσκεται σε έξαρση. Οπότε, θα περιμένω απάντηση και από τον κύριο Υπουργό για το πώς αυτό το εθνικό σχέδιο που μας προτείνει μπορεί να πραγματοποιηθεί και να έχει άμεσα αποτελέσματα, γιατί ακούμε μόνο και να λέμε ότι υπάρχει το πρόβλημα, αλλά εμένα με ενδιαφέρει πώς θα γίνει η αντιμετώπιση. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κύριος Τουμπής.

ΜΙΧΑΛΗΣ ΤΟΥΜΠΗΣ (Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, Συντονιστής της 6ης Πνευμονολογικής Κλινικής του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»): Θέλω να κάνω κάποιες διευκρινίσεις. Η φυματίωση στην Ελλάδα δεν είναι σε έξαρση. Όλα τα τελευταία χρόνια, την τελευταία δεκαπενταετία, οι περιπτώσεις φυματίωσης που δηλώνονται βαίνουν μειούμενες. Δεν είναι σε έξαρση. Έχουμε ένα καινούργιο πρόσωπο της φυματίωσης, αυτό που έχει την πολυανθεκτικότητα μέσα και αυτό που συνδυάζεται με άλλα νοσήματα, όπως είναι το AIDS. Δεν είναι ικανοποιητική η μείωση των περιπτώσεων φυματίωσης, γιατί, πράγματι, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, αλλά να μη δοθεί η εντύπωση ότι είμαστε μπροστά σε έναν νόσημα που δεν ελέγχεται καθόλου, ότι είναι ανεξέλεγκτο ή ότι έχει έξαρση τα τελευταία χρόνια. Δεν μειώνεται στο βαθμό που θα θέλαμε κι εμείς να μειωθεί.

Η δεύτερη διευκρίνιση είναι ότι, πράγματι, το μεταναστευτικό είναι ένα στοιχείο το οποίο είναι σχετικά καινούργιο, της τελευταίας δεκαπενταετίας και οι μετανάστες συμβάλλουν και αυτοί στη διαμόρφωση αυτής της εικόνας. Δεν είναι δυνατόν να μη συμβάλλουν. Δυστυχώς, η φυματίωση δεν γνωρίζει σύνορα και χρώματα και θα πρέπει να δούμε αυτούς τους ανθρώπους πώς θα τους ελέγξουμε καλύτερα.

Θέλω να κάνω και μια τρίτη διευκρίνιση που αφορά το εμβόλιο. Εμείς, ως Πνευμονολογική Εταιρεία, δεν μετέχουμε στη διαμόρφωση της εμβολιαστικής πολιτικής γύρω από το BCG, όμως ερωτηθήκαμε κατ' επανάληψη, και έχουμε πει τις επιστημονικές μας απόψεις. Ίσως έχετε την εντύπωση ότι το εμβόλιο σώζει από τη φυματίωση. Δυστυχώς, το εμβόλιο δεν σώζει από τη φυματίωση. Σώζει από τις σοβαρές μορφές της φυματίωσης και έχει νόημα αυτός ο εμβολιασμός να είναι σε εκείνες τις ηλικίες που έχουμε τις πολύ σοβαρές μορφές της φυματίωσης, όπως είναι η βρεφική ηλικία.

Στην Ελλάδα γινόταν ένας καθολικός, αναγκαστικός εμβολιασμός στην ηλικία των 6 και 13 ετών. Αυτά, πράγματι, τα κρούσματα φυματιώδους μηνιγγίτιδας και κεχροειδούς φυματίωσης ήταν σε πιο μικρές ηλικίες. Πρότασή μας ήταν να πάει ο εμβολιασμός μέσα στα μαιευτήρια και σχετικά με το καθολικό του πράγματος, δεν έχει νόημα να λέμε ότι γίνεται καθολικός εμβολιασμός στην Ελλάδα -δεν γίνεται και δεν γινόταν. Όταν δηλώναμε ότι υπήρχε εμβολιαστική κάλυψη της τάξεως του 90%, εμείς διαπιστώναμε μια εμβολιαστική κάλυψη κάτω από 40%, ιδίως στο Λεκανοπέδιο της Αττικής, για αυτό η επιστημονική πρότασή μας ήταν να γίνει επιλεκτικός εμβολιασμός σε ομάδες υψηλού κινδύνου -και είναι συγκεκριμένες αυτές οι ομάδες- και μάλιστα, από τη γέννηση των παιδιών αυτών και με την προϋπόθεση ότι θα επιταθεί η επιτήρηση αυτής της πολιτικής. Δεν γίνεται ανεξέλεγκτα να εφαρμοστεί μια τέτοια πολιτική και αν είναι ανάγκη να την αλλάξουμε.

Τελειώνοντας, είδα ότι κυκλοφορεί το τελευταίο διάστημα η πρακτική του να γίνεται «μαντού» στα παιδιά, όταν πάνε στο νήπιο, για λόγους που δεν τους γνωρίζω. Δεν έχει νόημα να κάνουμε σε όλα τα παιδιά που πάνε στο νήπιο «μαντού». Το «μαντού» γίνεται πλέον αν έχουμε πρόθεση να θεραπεύσουμε τη λανθάνουσα φυματίωση, όχι για να διαπιστώσουμε αν έχει. Οι παιδίατροι είναι ικανοί να διαπιστώσουν αυτό το πράγμα.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Καλκούνη.

ΟΥΡΑΝΙΑ ΚΑΛΚΟΥΝΗ (Εκπρόσωπος του ΚΕΕΛΠΝΟ): Θα ήθελα να απαντήσω με τη σειρά μου σε αυτά που ελέχθησαν σχετικά με το κατά πόσον τα περιστατικά της φυματίωσης οφείλονται στο φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα. Η κύρια ηλικιακή ομάδα, η οποία προσβάλλεται μεταξύ των Ελλήνων είναι αυτή άνω των 65 ετών. Στις ηλικίες αυτές, η φυματίωση οφείλεται, σε συντριπτική πλειοψηφία, σε αναζωπύρωση παλαιάς νόσου και όχι σε πρόσφατη επαφή με μεταδοτικό περιστατικό φυματίωσης.

Το άλλο που θα ήθελα να αναφέρω είναι ότι οι μετανάστες πραγματικά εμφανίζουν έναν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από φυματίωση και αυτό συνδέεται με παράγοντες που αφορούν στην επίπτωση της φυματίωσης στη Χώρα προέλευσής τους, αλλά και με παράγοντες που αφορούν στο ταξίδι τους καθώς και στις συνθήκες διαβίωσής τους στη διάρκεια του ταξιδιού, αλλά και αυτές που θα βρουν στη Χώρα που θα εγκατασταθούν. Αναφέροντας αυτό, θέλω να σημειώσω ότι το έτος 2016 τα 2/3 των αλλοδαπών ασθενών που διαγνώστηκαν με φυματίωση στην Ελλάδα είχαν παραμονή στην Ελλάδα πάνω από 5 έτη -δεν επρόκειτο για πρόσφατη είσοδο μεταναστών με φυματίωση, καθώς εδώ αναζωπύρωσαν τη νόσο τους ή την κόλλησαν.

Τέλος, για τα περιστατικά τα οποία αναφέρθηκαν στο συγκεκριμένο Κέντρο Φιλοξενίας στην Ήπειρο, αυτό το ένα περιστατικό αφορούσε σε ένα Σύρο, ο οποίος είχε διαγνωστεί με φυματίωση στη χώρα του. Εκεί έλαβε μόνον έναν μήνα αγωγή, λόγω των συνθηκών πολέμου που επικρατούσαν, έπειτα έμεινε έναν χρόνο σε στρατόπεδο φιλοξενίας στην Τουρκία όπου προσπάθησε να βρει πρόσβαση στα συστήματα υγείας, όμως, δεν κατάφερε και όταν έφτασε στα Ιωάννινα, πήγε στην Υπηρεσία Υγείας στο Κέντρο Φιλοξενίας, δήλωσε ότι έχει φυματίωση και δεν παίρνει αγωγή και διαπιστώθηκε ότι στο διάστημα αυτό που έμενε με την οικογένειά του και μια άλλη στενή οικογένεια μετέδωσε τη φυματίωση σε αυτά τα μέλη και όχι σε άλλους ανθρώπους -μόνον σε αυτούς που ήταν σε στενή επαφή μαζί του. Συνολικά ήταν 8 περιστατικά που σχετίζονταν στενά με αυτόν. Έγινε ένας εκτεταμένος, μαζικός έλεγχος μετά, στους υπόλοιπους φιλοξενούμενους στο Κέντρο Φιλοξενίας, και αναδείχθηκαν 4 – 5 περιστατικά φυματίωσης εκεί, αλλά σαφώς δεν υπήρξε περιστατικό μετάδοσης σε στρατιωτικό, καθώς δεν υπήρξε στενή επαφή στρατιωτικών με τον άνθρωπο αυτό.

Επίσης, ελέγχθηκαν κάποιοι στρατιωτικοί με «μαντού» και διαπιστώθηκε ότι είχαν θετικές «μαντού», δηλαδή πιθανώς λανθάνουσα φυματίωση ή ακόμα και θετική «μαντού» από προηγούμενο εμβολιασμό. Δεν είχαμε περιστατικό ενεργούς φυματίωσης σε στρατιωτικό που ήρθε σε στενή επαφή με αυτόν τον άνθρωπο.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Βογιατζάκης.

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ (Συντονιστής Δ/ντής Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Ευχαριστώ όλους τους κύριους Βουλευτές που παρευρέθηκαν σε αυτή την συνάντηση. Νομίζω ότι ήταν και πολύ πετυχημένη, κύριε Πρόεδρε, γιατί από τις τοποθετήσεις των Βουλευτών φάνηκε ότι καταφέραμε να μεταφέρουμε ένα πρόβλημα για το οποίο, όπως είπε και κάποιος Βουλευτής, τώρα τελευταία ασχοληθήκαμε. Όχι, ασχολούμαστε πάρα πολλά χρόνια. Απλώς, καταφέραμε αυτή τη φορά, το θέμα αυτό να το θέσουμε σε υψηλό επίπεδο.

Όσον αφορά στο δίκτυο των εργαστηρίων, έγινε κατανοητό ότι εάν δεν έχουμε περιθωριοποίηση τοπικά, δεν θα μπορέσει να έχει επιτυχία ένα τέτοιο πρόβλημα.

Ακούστηκαν πάρα πολλά για το θέμα των εμβολίων και της ηλικίας του εμβολιασμού. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία, τουλάχιστον από την ιατρική σκοπιά, ότι τα εμβόλια είναι η σωτηρία στα λοιμώδη νοσήματα. Οι αμφισβητήσεις των εμβολιασμών, δεν νομίζω ότι θα πρέπει, τουλάχιστον από τους Βουλευτές, να υπάρχει καμία αμφιβολία ότι προσφέρουν πάρα πολλά.

Όσον αφορά στο εμβόλιο της φυματίωσης, είπε ο κύριος Στουμπής, την προστασία την οποία προσφέρει από τις σοβαρές μορφές, αλλά θέλω να σας αναφέρω ότι η ηλικία στην οποία γίνεται το εμβόλιο, καθορίζεται με επιδημιολογικά δεδομένα και γι’ αυτό τονίσαμε ότι πρέπει να υπάρχει ένα πολύ αξιόπιστο σύστημα. Δηλαδή, κάθε χώρα καθορίζει την ηλικία εμβολιασμού και τους πληθυσμούς, με βάση συγκεκριμένους δείκτες, οι οποίοι υπάρχουν. Αυτούς τους δείκτες προσπαθούμε και εμείς, αυτή τη στιγμή, να αναφέρουμε.

Όσον αφορά στα κέντρα αναφοράς που ακούστηκε, ήδη έχει κατατεθεί ένα προσχέδιο νόμου γι’ αυτά. Για τον εξοπλισμό, η διάγνωση η αρχική και η υποψία, τίθενται με κλινικά στοιχεία. Ο εξοπλισμός θα έρθει με την ορθολογική χρησιμοποίηση. Από 130 περίπου νοσοκομεία που ελέγξαμε τελευταία, ανέφεραν ότι 19 δομές Υγείας, χρησιμοποιούν μοριακές τεχνικές. Νομίζω ότι θα πρέπει να γίνει κάποια ορθολογική χρησιμοποίηση γιατί και κοστίζουν, χωρίς να προσφέρουν εκείνο, το οποίο είναι το μέγιστο.

Όσον αφορά στα Περιφερειακά νοσοκομεία, υπάρχουν δομές, αλλά συνήθως λείπουν κάποια ιατρεία. Όσον αφορά στα εργαστήρια, υπάρχει υποστελέχωση των εργαστηρίων και απαιτούνται ειδικές δομές για να ασχοληθούν. Άρα, προτείνουμε αυτά τα τρία επίπεδα, πρώτο, δεύτερο, τρίτο, για να γίνεται μια ορθολογική χρησιμοποίηση.

Για την χρηματοδότηση που αναφέρατε, πρέπει για τη φυματίωση, να ληφθούν ανάλογα μέτρα, στις δομές εκείνες που θα ασχοληθούν με τη φυματίωση, όπως είναι για το AIDS, τις αιμοδοσίες κ.λπ., γιατί οι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί δεν μπορούν να σηκώσουν και το βάρος ενός σοβαρού προβλήματος Δημόσιας Υγείας.

Σας ευχαριστώ πολύ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Ο κύριος Παπαβασιλείου έχει το λόγο.

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ (Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Δ/ντής Αντιφυματικού Τμήματος, Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»): Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε.

Όσον αφορά τη θέση μας στο θέμα του εμβολιασμού, για να βγει μια σωστή απόφαση, θα πρέπει να υπάρχει ακριβής δήλωση, επιδημιολογική επιτήρηση. Αν δεν γνωρίζουμε ακριβώς την επίπτωση της φυματίωσης στην Ελλάδα, δεν μπορεί να υπάρξει εθνικός εμβολιασμός.

Όμως, η θέση μας πάντα ήταν ότι θα πρέπει να γίνεται στην αρχή, κυρίως μετά το πρώτο έτος της ηλικίας και όχι τότε που γινόταν. Τότε, η προσωπική μας άποψη είναι, ότι ήταν άχρηστος αυτός ο εμβολιασμός.

Υπάρχει ένας μύθος ότι τα φάρμακα της φυματίωσης είναι ακριβά. Δεν είναι ακριβά τα δύο καινούργια φάρμακα για τη φυματίωση. Όταν ένα φάρμακο έχει τη δυνατότητα να θεραπεύει πλήρως, κοστίζει για 6 μήνες 28.000 ευρώ, σκεφτείτε πόσα πληρώνει κάποιος ο οποίος κάνει χημειοθεραπεία για καρκίνο, με πενιχρά αποτελέσματα. Αν αυτό θεωρείται ακριβό, δηλαδή, η θεραπεία ενός ασθενούς, ο οποίος πάσχει από λίαν εκτεταμένο στέλεχος φυματίωσης, το οποίο, αν κολλήσει κάποιος κινδυνεύει να πεθάνει, τότε τι να πω;

Ευχαριστώ.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Κουλούρης.

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ (Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Α΄ Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»): Θα ήθελα, κύριε Πρόεδρε, να πω μόνον δύο φράσεις. Ότι τη φυματίωση μπορεί κατά καιρούς να την ξεχνάμε, δεν μας ξεχνάει αυτή όμως ποτέ, ακόμη και στα πιο προηγμένα και πλούσια Συστήματα Υγείας, δεν έχουν καταφέρει να εξαφανίσουν τη φυματίωση.

Ο καλύτερος τρόπος πιστεύω ό,τι δεν είναι το εμβόλιο για να προστατευτούμε από τη φυματίωση, διότι έχει αποδειχθεί ότι δεν είναι ένα από τα αποτελεσματικά εμβόλια, όπως ήταν της πολιομυελίτιδας ή της ευλογίας που εξαφάνισαν τα νοσήματα. Απόδειξη είναι ό,τι όπου εφαρμόστηκε, δεν εξαφάνισε τη φυματίωση.

Βεβαίως, εξαρτάται η εφαρμογή του από τα επιδημιολογικά δεδομένα κάθε χώρας.

Σε άλλες χώρες, όπως π.χ. οι Ηνωμένες Πολιτείες, δεν κάνουν καθόλου τον εμβολιασμό, διότι έχει και ένα μειονέκτημα το εμβόλιο για τη φυματίωση το BCG, διότι καταστρέφει την διαγνωστική ικανότητα που έχει η δέρμo-αντίδραση «μαντού». Δηλαδή, εάν κανείς το εμβόλιο και επιλεκτικά σε διάφορα τμήματα του πληθυσμού, γιατί ποτέ δεν εμβολιάζεται όλος ο πληθυσμός 100%, δεν γνωρίζεις εάν ο ασθενής που έχεις μπροστά σου έχει θετική μαντού επειδή εμβολιάστηκε ή επειδή έχει λανθάνουσα φυματίωση.

Έτσι, λοιπόν, οπωσδήποτε λαμβάνεις υπ' όψιν τα επιδημιολογικά δεδομένα, σε άλλες χώρες κάναν τα εμβόλια όταν γεννιόντουσαν τα παιδιά, όπως στη Σουηδία, στην Αγγλία έκαναν το εμβόλιο στα παιδιά στην ηλικία των 11 ετών.

Εγώ, πιστεύω, ότι στις χώρες που έχουν χαμηλή επίπτωση φυματίωσης, όπως είναι και η Ελλάδα, δεν πρέπει μάλλον να εφαρμόζεται το εμβόλιο για τη φυματίωση.

Σε χώρες, όμως, όπως π.χ. η Ινδία, που έχουν υψηλή επίπτωση στη φυματίωση, μπορεί να παρέχει κάποιο είδος προστασίας, όπως είπε και ο Πρόεδρος της Πνευμονολογικής Εταιρείας.

Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει ο κ. Βογιατζάκης.

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ (Συντονιστής Διευθυντής Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων ΓΚΚΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»): Με ρωτήσατε εάν συμμετέχουμε σε Ευρωπαϊκές και Διεθνείς Επιτροπές για τη φυματίωση.

Σας απαντώ, ότι μετέχουμε σε όλες τις Ευρωπαϊκές Επιτροπές και νομίζω, ότι η κυρία Καλκούνη, εδώ είναι για να σας πει περισσότερα.

Το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς συμμετέχει σε όλα τα Ευρωπαϊκά Δίκτυα, ανθεκτικής φυματίωσης, άτυπων μυκοβακτυριδίων, μυκαβακτυριδίων και επιπλέον, έχουμε πάρει διαπίστευση από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης για τις εξετάσεις και με αυτόν τον τρόπο μπορούμε και συμμετέχουμε ισότιμα σε όλα τα Ευρωπαϊκά Δίκτυα αλλά και του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας.

Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Το λόγο έχει η κυρία Καλκούνη.

ΟΥΡΑΝΙΑ ΚΑΛΚΟΥΝΗ (Εκπρόσωπος του ΚΕΕΛΠΝΟ): Θα ήθελα να συμπληρώσω και εγώ, ότι πραγματικά σας είπα και προηγουμένως, ότι τα επιδημιολογικά μας δεδομένα σε ετήσια βάση τα αποστέλλουμε και στο Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης Νοσημάτων και στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αλλά είμαστε και στο ενδιάμεσο διάστημα σε στενή επαφή μαζί τους και σε ό,τι αφορά την σύνταξη πρωτοκόλλων ελέγχου πληθυσμών ευάλωτων και σε ό,τι αφορά τη θεραπεία.

Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής): Σας ευχαριστούμε πολύ.

Θα ήθελα πριν δώσω το λόγο στον κύριο Υπουργό, να δώσω μία απάντηση, εφόσον ερωτήθηκα.

Η αλήθεια, είναι, ότι δεν περίμενα αυτή την ερώτηση, όταν γνωρίζω ότι γνωρίζουν ό,τι ήμουν 38 χρόνια εν ενεργεία νοσοκομειακός γιατρός σε νοσοκομεία ενηλίκων και παιδιών και έχω δει τα πάντα εκεί. Δηλαδή, από την άγνοια μέχρι την κοινωνική προκατάληψη και γνωρίζω πολύ καλά, εκ πεποιθήσεως, ότι είναι απαραίτητο αυτό και εάν μπορούσαμε κοινοβουλευτικά να το κάναμε κάθε 2 μήνες και να ακούσει ο λαός όλα αυτά που λένε οι επιστήμονες μας.

Δεν είναι εύκολο και βέβαια, θα εκπλήξω κάποιους συναδέλφους, ελάχιστους βέβαια, ότι τον επόμενο μήνα, δηλαδή, τον Ιανουάριο και σε συνεννόηση πάντοτε με το Υπουργείο, θα γίνουν συζητήσεις στην Επιτροπή μας, για το τι κάνει η κάθε Υ.Π.Ε. και θα τεθούν πάλι τα προβλήματα.

Είναι μακριά από τη λογική μου, επειδή από 14 ετών ασχολούμαι με την πολιτική, να κρύβω τα προβλήματα. Εδώ δίνεται η ευκαιρία σε όλα τα Κόμματα να ασκήσουν μια κριτική στην Κυβέρνηση, γιατί είναι και ελεγκτικός ο ρόλος μας και όχι μόνον νομοθετικός.

Ποιος θα μπορούσε να ασκήσει μια κριτική δημόσια και υπεύθυνη σε μία Κυβέρνηση, αν κάνει καλά ή όχι τη δουλειά της, εάν όχι αυτή η Επιτροπή; Το κλίμα στην Επιτροπή είναι πράγματι, κατά την άποψή μου, ικανοποιητικό. Η χθεσινή συνεδρίαση της Επιτροπής μας, ήταν μία απάντηση σε αυτό.

Δεν θα ήθελα κάτι άλλο να προσθέσω κάτι άλλο. Σε αυτό το σημείο, θα δώσω το λόγο στον κ. Υπουργό, για να απαντήσει σε μια σειρά από πολιτικά και όχι μόνον ερωτήματα.

Το λόγο έχει ο κ. Υπουργός.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ (Υπουργός Υγείας): Εγώ όντως θεωρώ ότι ήταν μια χρήσιμη συζήτηση και πραγματικά πιστεύω ότι αυτού του τύπου τα θέματα, τα οποία έρχονται ούτως ή άλλως, στο δημόσιο διάλογο με αφορμή τα μείζονα κοινωνικά προβλήματα που έχει η χώρα, είναι καλό δια της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων να υπάρχει μια πολύ τεκμηριωμένη επιστημονική προσέγγιση. Προφανώς υπάρχει και ένα ζήτημα πολιτικής από εκεί και μετά και αυτό είναι υπόθεση και της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου και φυσικά των συναδέλφων που συμμετέχουν στις Επιτροπές και νομοθετούν.

Νομίζω ότι είναι σαφές ότι έχουμε να κάνουμε με ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας, που έχει παγκόσμια διασπορά, που δεν είναι σε έξαρση, όπως πολύ σωστά είπε ο κ. Τουμπής, που έχουμε καταγραφή κρουσμάτων, που αλλάζει σιγά-σιγά το επιδημοτολογικό τους προφίλ στη χώρα και άρα, αυτό θέλει νέου τύπου προσεγγίσεις και οργάνωση των υπηρεσιών. Σε καμιά περίπτωση δεν υπάρχει προσπάθεια είτε να υποτιμηθεί το πρόβλημα, είτε να ωραιοποιηθεί μια όντως δύσκολη πραγματικότητα που υπάρχει στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες έχουν την ευθύνη για τον χειρισμό του.

Εδώ συζητάμε υπεύθυνα. Αναδεικνύονται τα προβλήματα, πιστεύω στις πραγματικές τους διαστάσεις και μετά είναι προφανώς υποχρέωση δική μας να προωθήσουμε μετρήσιμα βήματα, εφικτά βήματα, ρεαλιστικές αλλαγές και βελτιώσεις, οι οποίες είναι προφανές ότι επείγουν.

Έχει δίκιο ο κ. Παπαβασιλείου, με την έννοια, ότι κατά την άποψή μου, ο τρόπος με τον οποίο το ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα, οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν αντιμετωπίσει διαχρονικά τη φυματίωση δείχνει ότι το κίνητρο για τη φαρμακευτική καινοτομία δεν είναι πάντα η κοινωνική ανάγκη, η ανάγκη να αντιμετωπίσουμε ένα πρόβλημα που ενδεχομένως, πριν από μερικά χρόνια ήταν πρόβλημα του τρίτου κόσμου, αλλά είναι η χρηματιστηριακή ανάγκη, η ανάγκη των μεγάλων εταιρειών να ανεβούν οι μετοχές τους στα χρηματιστήρια, επειδή θα έχουν την προσδοκία να έχουν μεγάλο εμπορικό κέρδος κυρίως από αγορές των δυτικών χωρών. Αυτή είναι η ουσία του θέματος και δείχνει και τα όρια των αλλαγών και της βελτίωσης της ιατρικής που θέτει ο σύγχρονος καπιταλιστικός κόσμος, ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένα τα κράτη με βάση το κέρδος, η παγκοσμιοποίηση κ.λπ. κ.λπ..

Όντως η φυματίωση δεν έχει σύνορα. Εδώ πρέπει να είμαστε απολύτως σαφείς. Ούτε τα μικρόβια έχουν σύνορα, ούτε οι λοιμώξεις. Προφανώς, δεν υπάρχει πολιτική ανοικτών συνόρων, αγαπητοί συνάδελφοι. Αυτό το οποίο υπάρχει είναι φτώχεια, πόλεμος και πείνα στις γειτονιές μας, οι οποίες πυροδοτούν μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών, πρωτοφανείς μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Το ερώτημα είναι, αν θα έχεις μια ανθρωπιστική προσέγγιση με βάση τα ανθρώπινα δικαιώματα, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια, με σεβασμό στα στάνταρς της δημόσιας υγείας ή θα έχεις μια ξενοφοβική μισαλλόδοξη προσέγγιση που πυροδοτεί την βαρβαρότητα. Αυτό είναι το δίλημμαμ κατά την άποψή μου.

Η χώρα μας επέλεξε να κάνει το πρώτο και ακριβώς επειδή αντιλαμβάνεται τους κινδύνους, υπάρχει διακινδύνευση σε αυτή την πολιτική, προσπαθεί να ενισχύσει με παρεμβάσεις στήριξης των υπηρεσιών και του Συστήματος Υγείας, αλλά και της υγειονομικής φροντίδας των μετακινούμενων πληθυσμών, να στηρίξει την φροντίδα αυτών των ανθρώπων, την αξιοπρεπή και αξιόπιστη επιστημονικά φροντίδα, έτσι ώστε τα όποια κρούσματα, που είναι αναμενόμενο να εφαρμοστούν, να μην έχουν διασπορά.

Η παρέμβαση που κάναμε φέτος αρχές του χρόνου για την καθολική πρόσβαση των ανασφάλιστων ανθρώπων των αιτούντων άσυλο, των αλλοδαπών που βρίσκονται χωρίς χαρτιά στη χώρα δεν έχει μόνο κίνητρα ανθρωπιστικού χαρακτήρα, ούτε είναι ιδεολογική εμμονή. Έχει στοιχεία προστασίας της δημόσιας υγείας. Φανταστείτε αν όλοι αυτοί οι άνθρωποι είχαν το φόβο ότι δεν μπορούν να προσεγγίσουν το δημόσιο νοσοκομείο γιατί θα συλληφθούν και θα παραπεμφθούν στην αστυνομία, αν αυτό το πράγμα δεν θα πυροδοτούσε αυτόν τον κίνδυνο της υγειονομικής βόμβας, τον οποίο ακούμε και κάποιοι επενδύουν σε αυτόν. Είναι προκλητικό να επενδύεται σε αυτό το πράγμα η πολιτική αντιπαράθεση.

Πρέπει να είμαστε απολύτως σαφείς. Η χώρα έχει εξαιρετικό επιστημονικό δυναμικό, παρακολουθεί τις διεθνείς επιστημονικές εξελίξεις, συνεργάζεται με τα αξιόπιστα κέντρα της Ευρώπης και του εξωτερικού, παρέχει υψηλά στάνταρς προστασίας στη δημόσια υγεία. Η χώρα είναι υγειονομικά ασφαλής και αυτήν την περίοδο ενισχύεται και σταθεροποιείται και το Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Βεβαίως με προβλήματα, με κενά, γιατί προφανώς οι πληγές όλης αυτής της παρέμβασης που έγινε τα τελευταία 5 – 6 χρόνια δεν έχουν επουλωθεί. Αλλά δεν μπορούμε να δημιουργούμε αίσθημα ανασφάλειας στους πολίτες της χώρας που έχουν δικαιολογημένα ανασφάλεια για την εργασία τους, για το εισόδημά τους, για την επιβίωσή τους, να τους δημιουργούμε και επιπλέον, προβλήματα ανασφάλειας εξαιτίας υποτιθέμενου υγειονομικού κινδύνου. Υπάρχει υγειονομικός κίνδυνος να τον δούμε, να τον καταγράψουμε και να κάνουμε τις ιεραρχήσεις για τις παρεμβάσεις που πρέπει, αλλά όχι να κινδυνολογούμε ασυστόλως και, κατά την άποψή μου, προσβλητικά ειδικά για το επίπεδο των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στη χώρα.

Τώρα, τι έχει γίνει πρακτικά. Κάναμε μια παρέμβαση πέρυσι ενισχύοντας τις δομές υγείας των νησιών του βόρειου και ανατολικού Αιγαίου με ένα ευρωπαϊκό ειδικό πρόγραμμα το ISF, προσλάβαμε 140 άτομα, γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό. Ήταν μια μεγάλη κρίσιμη ένεση ανθρώπινου δυναμικού. Στήριξαν νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, ΠΕΔΥ τα οποία είχαν υποστεί πολύ μεγάλη πίεση, λόγω του μεγάλου περσινού προσφυγικού ρεύματος και ανακούφισαν και τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία, αλλά και τους πολίτες των τοπικών κοινωνιών οι οποίοι είδαν ότι ενισχύθηκαν οι δομές, οι οποίες εξυπηρετούσαν και τους ίδιους. Αυτό το πρόγραμμα έληξε. Κάνουμε μια συστηματική προσπάθεια να το επαναλάβουμε με νέα προκήρυξη, δεν μπορούσε να δοθεί παράταση. Είμαστε σε επικοινωνία με τις αρμόδιες υπηρεσίες της Κομισιόν για αυτό το θέμα εντάσσοντάς το ίσως και σε πολυετή προγράμματα, δηλαδή μιας πιο μακροπρόθεσμης προοπτικής γιατί στο προφανώς στο ορατό μέλλον αυτοί οι άνθρωποι θα παραμένουν στα νησιά.

Αντίστοιχα είναι τώρα στην τελική φάση, έχουν αναρτηθεί οι πίνακες επιτυχόντων, υπάρχει άλλο πρόγραμμα μέσω του ΚΕΕΛΠΝΟ, το οποίο χρηματοδοτείται μέσα από ένα ειδικό ευρωπαϊκό Ταμείο το AMIF, αφορά 850 άτομα από αυτά περίπου τα 350 θα δημιουργήσουν μάλλον ένα υγειονομικό πυρήνα κρατικό σε κάθε δομή ανοιχτής φιλοξενίας, θα προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που σήμερα κατά τεκμήριο προσφέρουν οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και σε κάποιες περιπτώσεις ο στρατός και οι εθελοντές. Αυτό θα είναι σημαντικό, διότι θα βελτιώσει το πρώτο επίπεδο πρόσβασης και screening ελέγχου για οποιαδήποτε πρόβλημα υγείας και φυσικά και για τις λοιμώξεις και το υπόλοιπο προσωπικό θα ενισχύσει τις όμορες δημόσιες δομές, νοσοκομεία και κέντρα υγείας, τα οποία είναι κοντά σε χώρους ανοιχτής φιλοξενίας και που φυσικά αντιμετωπίζουν όλα τα σοβαρά περιστατικά που θέλουν νοσηλεία. Αυτή είναι σημαντική παρέμβαση, θα έχει δεκάμηνη διάρκεια, αλλά πιστεύουμε ότι επειδή ακριβώς έχουμε αποδείξει και από το προηγούμενο πρόγραμμα ότι υπάρχει απορροφητικότητα των πόρων και σωστή διαχείρισή τους θα έχουμε τη δυνατότητα να το επαναλάβουμε και για όσο διάστημα παραμείνει ένας μεγάλος προσφυγικός πληθυσμός στη χώρα να έχουμε την ασφάλεια ότι η περίθαλψή του είναι αξιοπρεπής και για τους ίδιους και για τη δημόσια υγεία.

Το θέμα των φυλακών είναι πολύ κρίσιμο ζήτημα, σωστά επισημάνθηκε ότι είναι ένας χώρος υψηλής επίπτωσης που ευνοεί την διασπορά των κρουσμάτων φυματίωσης. Εκεί, γίνεται μια συστηματική προσπάθεια, το τελευταίο διάστημα, αναβάθμισης της νοσηλευτικής φροντίδας στο θέμα των φυλακών. Υπάρχει σχέδιο ένταξης του νοσοκομείου φυλακών και του ψυχιατρείου φυλακών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πρόσφατα ολοκληρώθηκε και προωθείται για υπογραφή ρύθμιση από κοινού με το Υπουργείο Δικαιοσύνης, ειδικά για το ψυχιατρείο των φυλακών, το οποίο θα είναι διασυνδεδεμένο με το Αττικό. Για τα υπόλοιπα κοινά περιστατικά υπάρχει διασύνδεση με το νοσοκομείο της Νίκαιας και ήδη έχει βελτιωθεί σημαντικά η εργαστηριακή παρακολούθηση, η φαρμακευτική αγωγή και η κλινική εξέταση χρονίων πασχόντων που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο φυλακών. Επίσης, έχει αποσυμφορηθεί, εξαιτίας των ευεργετικών διατάξεων που έδωσαν τη δυνατότητα απόλυσης για λόγους υγείας, το νοσοκομείο και είναι πιο αξιοπρεπής η φροντίδα των φυλακισμένων.

Το θέμα των πληροφοριακών συστημάτων, σωστής καταγραφής, αντιμετώπισης του προβλήματος της υποδήλωσης των κρουσμάτων, νομίζω ότι χρειάζεται μια σοβαρή προσέγγιση και οφείλουμε να το κάνουμε αυτό. Δεν μπορούμε σε ένα τέτοιο μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, όπου και η Ευρώπη και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μας ζητά στοιχεία, να μην έχουμε ένα αξιόπιστο σύστημα καταγραφής και επιτήρησης. Υπάρχει σχέδιο δράσης, πανευρωπαϊκό, από το γραφείο του Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας της Ευρώπης, στο οποίο συμμετέχει και η χώρα μας, δηλαδή παρακολουθεί τη συζήτηση και συμμετέχει. Έχει εντοπίσει 18 ευρωπαϊκές χώρες είναι υψηλού κινδύνου για την φυματίωση, μέσα στις οποίες δεν είναι η χώρα μας, είναι κυρίως χώρες της πρώην ανατολικής Ευρώπης, όπου υπάρχουν και τα υψηλά ποσοστά πολυανθεκτικότητας, όπως είπαμε πριν.

Νομίζω ότι τα επίπεδα στα οποία πρέπει να κινηθούμε είναι τρία. Το πρώτο, είναι το ειδικό θέμα, αυτό που αφορά αυτή καθεαυτή τη φυματίωση. Άρα, σχέδιο ενεργητικής αναζήτησης κρουσμάτων, πολύ κρίσιμος στους χώρους φιλοξενίας και σε περιοχές με ευάλωτο πληθυσμό. Δεύτερον, σχέδιο έγκαιρης διάγνωσης. Μέσα από το AMIF θα εξοπλιστούν με τα tests, τα οποία θα δίνουν τη δυνατότητα πολύ γρήγορα, σε δύο ώρες, με μοριακή τεχνική, να γίνεται διάγνωση. Προφανώς, αυτό δεν μπορεί να γίνεται παντού και ανεξέλεγκτα. Πρέπει, να χωριστούν σε εγκεκριμένα εργαστήρια, σε συγκεκριμένα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία θα είναι επιφορτισμένα με αυτό το καθήκον. Τρίτον, σχέδιο καλής επιδημιολογικής επιτήρησης. Μέσα από το AMIF θα υπάρξει ένα πρόγραμμα αυξημένης επιδημιολογικής επιτήρησης, ανά υγειονομική περιφέρεια, το οποίο θα χρηματοδοτηθεί με επιδημιολόγους, γιατρούς δημόσιας υγείας, οι οποίοι θα παρεμβαίνουν έγκαιρα όταν εμφανίζονται κρούσματα όπως για παράδειγμα στο Τσεπέλοβο. Έτσι, τα όποια κρούσματα εμφανίζονται θα περιορίζονται και δεν θα δημιουργούν πρόβλημα διασποράς, τόσο στον ευάλωτο πληθυσμό, αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα.

Νομίζω ότι το θέμα του εμβολίου έχει επαρκώς απαντηθεί. Πρέπει να είμαστε απολύτως σαφείς, εμείς έχουμε ένα επιστημονικό όργανο που λέγεται Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, το οποίο με επιστημονικά και επιδημιολογικά κριτήρια εισηγείται στο κράτος πιο πρέπει να είναι το πρόγραμμα αυτό. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών εισηγήθηκε να καταργηθεί ο εμβολιασμός που γινόταν στην Α΄ δημοτικού, φαίνεται ότι επ’ αυτού δεν υπάρχει επιστημονικός αντίλογος, ήταν ένας αναχρονισμός αυτό το πράγμα.

Η σύσταση είναι να γίνεται από την νεογνική ηλικία σε ευάλωτους πληθυσμούς. Αυτό δεν είναι εύκολο διότι πρέπει να επανεκπεδευτεί το προσωπικό των μαιευτηρίων, των γυναικολογικών κλινικών σε αυτή τη νέα προσέγγιση. Για να κλείσει η όποια αμφισβήτηση γύρω από αυτά τα θέματα, θα παρακαλούσα τον Πρόεδρο να καλέσει μία αντιπροσωπεία της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, αμέσως μετά τις γιορτές να έρθει εδώ και να παρουσιάσει ποιο είναι το συνολικό πρόγραμμα εμβολιασμών για τη χώρα, ποια είναι τα κριτήρια, γιατί για παράδειγμα στην τελευταία συζήτηση-συνεδρίαση της επανέλαβε την άρνηση της να εντάξει το εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου B΄ στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Να παρατεθούν, λοιπόν, αυτά και να είναι σε γνώση όλων των συναδέλφων και να μην γίνονται, επιτρέψτε μου να πω, επίκαιρες ερωτήσεις στη Βουλή με βάση θέματα, τα οποία χειρίζεται μία Επιστημονική Επιτροπή.

Η πολιτική ηγεσία υποχρεούται να τα λάβει αυτά υπ’ όψη της και να τα υλοποιήσει. Πρωτόκολλα προφανώς ελέγχου και το θέμα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης. Έχει επίσης δίκιο ο κ. Παπαβασιλείου, με την έννοια ότι αν είναι κάτι που έλειψε σε αυτή τη χώρα, την περίοδο της υποτιθέμενης ευημερίας, τότε που δεν υπήρχαν δημοσιονομικοί περιορισμοί και που κανείς δεν σκεφτόταν το κόστος και που ήταν ασύδοτα τα πράγματα, ήταν ακριβώς ότι δεν υπήρξε η πρόνοια να υπάρξει ένα σοβαρό σχέδιο συνολικά για τη χώρα. Για το κράτος, για το Σύστημα Υγείας, για την Κοινωνική Πρόνοια, για τις λοιμώξεις, για τα πάντα.

Σήμερα προσπαθούμε σε συνθήκες μεγάλης κρίσης της κοινωνίας και με τεράστιους δημοσιονομικούς περιορισμούς να αντιμετωπίσουμε τις πιο επείγουσες ανάγκες και φυσικά να κάνουμε κι ένα σοβαρό σχεδιασμό. Διότι είμαστε σε μία φάση, το έχω πει πάρα πολλές φορές, ασυμμετρίας ανάμεσα στις ανάγκες και στους πόρους. Αυτή είναι η αλήθεια.

Είμαστε σε μία περίοδο που δεν επαρκούν οι πόροι για να καλύψουμε το σύνολο και όπως θα έπρεπε τις κοινωνικές ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί και λόγω της κρίσης. Άρα, είμαστε υποχρεωμένοι πρώτον να αναζητήσουμε συμπληρωματικούς πόρους από την Ευρώπη, προφανώς, με προτάσεις τεκμηριωμένες και επιλέξιμες και κυρίως να κάνουμε ένα σοβαρό σχέδιο, το οποίο θα βάζει τις σωστές προτεραιότητες.

Δεν μπορούμε να αναπτύσσουμε το σύστημα υγείας ομοιόμορφα και παντού με τον ίδιο τρόπο. Πρέπει να ιεραρχήσουμε πού πραγματικά θα πρέπει να δοθεί το βάρος και προφανώς στο κομμάτι της δημόσιας υγείας πρέπει να δοθεί τεράστια προτεραιότητα.

Έχει ειπωθεί πάρα πολλές φορές, ότι η δημόσια υγεία είναι η μόνη δημοκρατική στην πραγματικότητα πολιτική υγείας επειδή αφορά ισότιμα όλο τον πληθυσμό. Και δεν μπορεί παρά να είναι κεντρικό στοιχείο σήμερα της πολιτικής υγείας μίας ευνομούμενης πολιτείας που θέλει να συγκαταλέγεται στις Ευρωπαϊκά ανεπτυγμένες χώρες.

Είναι, λοιπόν, ζήτημα και υγειονομικών standards και κοινωνικής συνοχής και –επιτρέψτε μου να πω – ποιότητας δημοκρατίας το να κάνουμε αυτές τις παρεμβάσεις και να μην δίνουμε δικαίωμα σε κανένα, εκμεταλλευόμενος τα υπαρκτά κενά και τις ελλείψεις, να αμφισβητεί και τους θεσμούς και την δημοκρατική νομιμότητα στη χώρα.

Το Νοσοκομείο Σωτηρία είναι όντως η «Γραμμή Mαζινό» για το θέμα της φυματίωσης, μάλλον από μόνο του είναι όλη η γραμμή άμυνας. Πρέπει να πάμε κι εκεί πολύ προσεκτικά σε μία προσπάθεια αποφόρτισης κι ενίσχυσης αντίστοιχων κέντρων στην Ελλάδα που έχουν εμπειρογνωμοσύνη, τεχνογνωσία, ιστορικότητα, έτσι ώστε ένα μέρος από αυτό το βάρος να κατανεμηθεί κάπως πιο δίκαια στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας.

Γίνεται προσπάθεια και από την παρούσα Διοίκηση, όπως έχω ενημέρωση, με μία ορθολογική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Ξέρω ότι έχουν ενισχυθεί τα κρεβάτια εντατικής θεραπείας, τα οποία λειτουργούν αυτή την περίοδο στο Νοσοκομείο «Σωτηρία». Έχουν «ανοίξει» 13 κρεβάτια, τα οποία ήταν κλειστά. Αυτή ήταν μία παρέμβαση αναβάθμισης.

Προφανώς, τα Ειδικά Κέντρα, δηλαδή, και το Κέντρο Αναφοράς Μικροβακτηριδίων και η Μονάδα Αντιμετώπισης της Πολυανθεκτικής Φυματίωσης και όλες οι δομές και τα εργαστήρια, τα οποία συμβάλλουν στο να έχουμε σήμερα αξιόπιστη αντιμετώπιση σε αυτό το ζήτημα, χρειάζονται ειδική μέριμνα. Αυτό πρέπει να το δούμε και στους φετινούς προϋπολογισμούς. Είμαστε στη φάση που διαμορφώνονται σιγά σιγά και πρέπει να λάβουμε υπόψη αυτές τις ιδιαιτερότητες, έτσι ώστε, όχι να μην αδικηθεί το νοσοκομείο, αλλά και να ενισχυθεί.

Σε ότι αφορά αυτό που είπε ο κ. Μπαργιώτας για τις κάθετες δράσεις, είναι στη λογική ενός σοβαρού σχεδίου, το οποίο θα αξιοποιεί με τον πιο ορθολογικό τρόπο τους λιγοστούς ανθρώπινους και υλικούς πόρους που έχει αυτή την περίοδο η Πατρίδα μας. Είναι μεγάλη συζήτηση και δεν αρκεί να έχεις σχέδιο στα χαρτιά. Το ζητούμενο είναι με ποιους υλικούς όρους αυτό μπορεί να εφαρμοσθεί.

Πιστεύω, όμως, ότι πρέπει να προχωρήσουμε γρήγορα και σε αυτό έχουμε συνεννοηθεί με το Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας, να έχει κι’ εκείνος την έγνοια να προχωρήσει γρήγορα η επικαιροποίηση του Εθνικού Σχεδίου. Να έχουμε, δηλαδή, το «εργαλείο» και μετά να κάνουμε τις καλύτερες δυνατές αναπροσαρμογές στους πόρους για να τα αντιμετωπίσουμε.

Τέθηκε το ζήτημα της έλλειψης φυματίνης. Αυτό είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Υπάρχει έλλειμμα παραγωγής. Δεν οφείλεται σε κάτι άλλο. Άλλωστε, δεν είναι ακριβή η φυματίνη. Υπάρχει πρόβλημα παραγωγικό και επάρκειας σε πολλές χώρες. Όλα αυτά συζητούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση και υπάρχει δέσμευση του αρμόδιου Επιτρόπου Υγείας να ενισχυθούν παρεμβάσεις κοινών προμηθειών, ειδικά σε χώρες που έχουν μικρές αγορές, έτσι ώστε να διασφαλίζεται επάρκεια σε αυτές τις απαραίτητες φαρμακευτικές ουσίες.

Σε ό,τι αφορά στο ζήτημα της ριφαμπικίνης ετέθη με οξύτητα. Νομίζω ότι πρέπει να υπάρχει μία δυσκολία αυτή την περίοδο μέσω του ΙΦΕΤ. Η ριφαμπικίνη, επίσης, είναι ένα φθηνό το φάρμακο. Δεν σχετίζεται με δημοσιονομικούς λόγους και έλλειψη ρευστότητας. Μάλλον ο ΙΦΕΤ έχει προβλήματα έλλειψης ρευστότητας και κάνουμε αυτή την περίοδο μία προσπάθεια να ενισχύσουμε την αποπληρωμή οφειλών από τα νοσοκομεία, τα οποία του χρωστούν πάνω από 15 εκατ. €. Ήδη, έχει μπει σε ένα πρόγραμμα αυτό και κάνουμε και μία προσπάθεια να αυξήσουμε το μετοχικό του κεφάλαιο, έτσι ώστε να έχει μία δυνατότητα αγοραστική, που να το καθιστά γρήγορο στην ανταπόκριση, όταν εμφανίζονται ελλείψεις.

Προφανώς, υπάρχουν φθηνά φάρμακα στη χώρα που οι φαρμακευτικές εταιρείες, επειδή, ακριβώς, δεν έχουν σημαντικό εμπορικό κέρδος, δεν τα φέρνουν στη χώρα. Αυτό δεν αφορά μόνο τη ριφαμπικίνη, αλλά και άλλα πολλά παλιά φθηνά και αποτελεσματικά φάρμακα. Ουσιαστικά, ο ΙΦΕΤ είναι η κρατική φαρμακαποθήκη τελευταίας καταφυγής, η οποία καλύπτει αυτές τις απώλειες, όταν η αγορά δεν λειτουργεί.

Σε ό,τι αφορά στα νέα φάρμακα, αυτό είναι μια μεγάλη συζήτηση, την οποία την έχουμε ξανακάνει και θα την κάνουμε και την επόμενη περίοδο. Θα υπάρξει μία νομοθετική πρωτοβουλία πάνω σε αυτό.

Σήμερα, γίνεται παγκόσμια -και ειδικά στην Ευρώπη- υπάρχει ένα μεγάλο θέμα, για το πώς θα διασφαλίσουμε από τη μία την πρόσβαση στη φαρμακευτική καινοτομία και από την άλλη, το πώς θα διασφαλίσουμε τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Αυτό για να γίνει θέλει, ουσιαστικά, δύο προϋποθέσεις: η μία είναι να έχεις ένα αποτελεσματικό μηχανισμό αξιολόγησης της τεχνολογίας και ελέγχου της ζήτησης, (συστήματα hta, nice, κ.α., θεραπευτικά πρωτοκόλλα και διαγνωστικά, κατευθυντήριες οδηγίες, ηλεκτρονικό σύστημα το οποίο να σου επιτρέπει να βάζεις φίλτρα στον έλεγχο).

Δεύτερον, θέλει άλλου τύπου διαπραγμάτευση των τιμών αποζημίωσης με τις φαρμακευτικές εταιρείες. Αν δεν τα κάνουμε αυτά τα δύο θα είμαστε έρμαια των πιέσεων και των εκβιασμών και των στρεβλώσεων που δημιουργεί η αγορά.

Εγώ δεν έχω υπόψιν μου να υπάρχουν εταιρείες φαρμακευτικές που να έχουν υποβάλει στον ΕΟΦ αίτημα να φέρουν τα νέα φάρμακα για τη φυματίωση.

Κύριε Παπαβασιλείου, θα το δούμε αυτό, όπως κάνουμε με πάρα πολλά φάρμακα, όπου υπάρχει η διαδικασία έκτακτης εισαγωγής, όπου υπάρχει η διαδικασία εκτός ενδείξεων εισαγωγής, συνήθως για κακοήθειες κλπ.

Κι εκεί, λοιπόν, βλέπω ότι πάλι το θέμα πάει στο ΙΦΕΤ και στην αγοραστική του δύναμη και στη διασφάλιση της ρευστότητάς του. Κάνουμε μια συστηματική προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση.

Κλείνω λέγοντας το εξής: Θεωρώ ότι πλέον έχουμε την ωριμότητα όλοι μας να συμβάλουμε, προφανώς με τις διαφορές μας, οι οποίες είναι θεμιτές –και μιλώ για τις πολιτικές δυνάμεις, αλλά και για την επιστημονική κοινότητα- να συμβάλουμε στην επιβίωση της δημόσιας περίθαλψης και του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα. Αυτό το χρειάζεται η κοινωνία, είναι τεράστια η κοινωνική επένδυση αυτής της προσπάθειας. Και να κάνουμε, έστω και καθυστερημένα, έστω και κατόπιν εορτής, με ανοιχτές τις πληγές του συστήματος υγείας και του κοινωνικού κράτους στη χώρα, να κάνουμε, επιτέλους, τον προγραμματισμό, τον σχεδιασμό, τα βήματα, τα οποία θα μας επιτρέψουν να υπάρχει μία ευστάθεια στο σύστημα, αλλά και να προσαρμοζόμαστε στις νέες ανάγκες, στα νέα δεδομένα, τα οποία δημιουργεί η επιστήμη.

Θεωρώ ότι ήταν μια εξαιρετικά χρήσιμη συζήτηση, σας ευχαριστώ ιδιαίτερα γι’ αυτό και θα είμαστε εδώ για να επαναλάβουμε με άλλα θέματα.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος Επιτροπής): Ευχαριστούμε τον Υπουργό, ευχαριστούμε τους προσκεκλημένους. Κάτι θέλει να πει η κυρία Τζούφη.

ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ : Φαίνεται ότι είναι ένα θέμα επίκαιρο, απασχολεί όλη την κοινωνία, το ζήτημα των εμβολιασμών. Θα συνηγορήσω εδώ με τον Υπουργό ότι θεωρώ ότι επειδή συζητάμε πάρα πολύ για τα εμβόλια, είτε για τα παλιά, αν θα πρέπει να συνεχιστούν, ή τα καινούρια αν θα πρέπει να μπουν, ή θα πρέπει να γίνονται οι εμβολιασμοί –κι αυτό είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας που το βρίσκουμε μπροστά μας- προτείνω και εγώ μια από τις επόμενες συνεδριάσεις να αφορά αυτό το θέμα.

Μια πολύ μικρή διευκρίνιση: στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, αυτό που προτείνουμε να γίνεται ως επιδημιολογική επιτήρηση, η Μantoux προτεινόταν να γίνεται στους 15-18 μήνες. Πριν από το εμβόλιο της ιλαράς. Αυτό ήταν μια πρακτική των παιδιάτρων στα πλαίσια της επιδημιολογικής επιτήρησης. Και παλαιότερα, για να θυμίσω εδώ, γιατί δεν ήρθε τώρα η φυματίωση, σε κάθε παιδί που έμπαινε στις παιδιατρικές κλινικές κάναμε screening test με τη Μantoux και βρίσκαμε περιστατικά διαχρονικά όλα αυτά τα χρόνια. Δεν εξαφανίστηκε η φυματίωση, έτσι; Αυτό σαν μια πολύ μικρή παρατήρηση.

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ (Πρόεδρος Επιτροπής): Ευχαριστούμε την κυρία Τζούφη. Δυστυχώς, δεν εξαφανίστηκε ποτέ η φυματίωση, ούτε θα εξαφανιστεί – λένε οι επαΐοντες, δεν το λέω εγώ. Εν πάση περιπτώσει, εμείς πρέπει να κάνουμε τις προσπάθειες που κάνουμε και να τις ολοκληρώσουμε. Ευχαριστώ πάρα πολύ τους συναδέλφους και τους προσκεκλημένους μας. Λύεται η συνεδρίαση.

Στο σημείο αυτό ο Πρόεδρος της Επιτροπής έκανε τη γ’ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ.: Αθανασίου Νάσος, Κατσαβριά Χρυσούλα, Θεωνάς Γιάννης, Ψυχογιός Γεώργιος, Καΐσας Γιώργος, Καστόρης Αστέρης, Κωστοπαναγιώτου Ηλίας, Μανιός Νίκος, Μαντάς Χρήστος, Σταματάκη Ελένη, Μουσταφά Μουσταφά, Παπαδόπουλος Σάκης, Τζούφη Μερόπη, Βαγιωνάς Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Παπακώστα – Σιδηροπύλου Αικατερίνη, Σαλμάς Μάριος, Αΐβατίδης Ιωάννης, Κρεμαστινός Δημήτριος, Λοβέρδος Ανδρέας, Μπαργιώτας Κωνσταντίνος, Μεγαλοοικονόμου Θεοδώρα και Γρηγοράκος Λεωνίδας.

Τέλος και περί ώρα 12.30΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

**ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΟΣ ΜΕΡΟΠΗ ΤΖΟΥΦΗ**