

Η φυματίωση στην Ελλάδα και τον κόσμο, το νέο εθνικό πρόγραμμα αντιμετώπισης της φυματίωσης

Σ. Ηρ. Κωνσταντόπουλος

Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής
Σχολής Ιωαννίνων και Συντονιστής
Επιστημονικής Επιτροπής Φυματίωσης του
ΚΕΕΛΠΝΟ

Η φυματίωση αποτελεί ακόμα και σήμερα την υπ' αριθμό ένα λοιμώδη αιτία θανάτου στον κόσμο. Καμία χώρα δεν είναι ελεύθερη από τη φυματίωση που φθάνει να είναι ενδημική στις περισσότερες φτωχές χώρες του κόσμου. Το 1/3 του πληθυσμού της γης έχει μολυνθεί χωρίς να παρουσιάζει συμπτώματα αλλά 5-10% θα αναπτύξουν νόσο κατά την διάρκεια της ζωής τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) έχει εκτιμήσει ότι το 2007 υπήρχαν περίπου 15.000.000 περιπτώσεις φυματίωσης (9,3.000.000 νέες περιπτώσεις) και 1,8.000.000 θάνατοι. Οι αριθμοί αυτοί ελάχιστα έχουν αλλάξει από το 2001^{1,2}.

Με την σημερινή μεγάλη μετακίνηση πληθυσμών "Κανένας δεν μπορεί να είναι ασφαλής αν όλοι δεν είναι ασφαλείς", διακηρύσσει ο Π.Ο.Υ.. Έτσι το τεράστιο πρόβλημα φυματίωσης στην Ανατολική Ευρώπη και ειδικότερα ο εφιάλτης πιθανής ανίατης φυματίωσης (XDR-TB: Extensively drug resistant tuberculosis) κινητοποίησε ολόκληρη τη Γηραιά Ήπειρο. Σε πρόσφατη (2006) συνάντησή τους οι Υπουργοί Υγείας κήρυσαν την φυματίωση "επείγον τοπικό πρόβλημα για την Ευρώπη" και ζήτησαν την πολύ μεγάλη αύξηση κονδυλίων για την αντιμετώπισή της ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του Global Plan to Stop Tb 2006-2015 που είναι ο περιορισμός στο μισό της νοσηρότητας και των θανάτων από φυματίωση ως το 2015 και η εκρίζωση της νόσου ως το 2050 σε παγκόσμια κλίμακα (2). Και όταν λέμε αύξηση κονδυλίων εννοούμε 56 δισεκατομμύρια δολάρια τα επόμενα τρία χρόνια. (Σημείωση: σύνολο δαπανών προϋπολογισμού της Ελλάδος για το 2007 = 53 δις ΕΥΡΩ).

Αλληλογραφία:

Σταύρος Ηρ. Κωνσταντόπουλος
Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Συντονιστής
Επιστημονικής Επιτροπής Φυματίωσης του
Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης
Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), Τηλ. 26510
97535, Fax. 26510 97051, e-mail:
eprevez@uoi.gr

Για να επιτευχθούν οι στόχοι του Global Plan to Stop Tb 2006-2015 ζητήθηκε από όλες τις Ευρωπαϊκές Χώρες η εκπόνηση Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης (ΕΠΕΦ). Η Επιτροπή Φυματίωσης του ΚΕΕΛΠΝΟ είχε ήδη ξεκινήσει την εκπόνηση ενός τέτοιου προγράμματος για την Ελλάδα, το οποίο ολοκληρώθηκε και έχει δοθεί για έγκριση στο Δ.Σ. του ΚΕΕΛΠΝΟ³. Συνοπτικά οι κύριες αρχές του ΕΠΕΦ είναι: i) να καλύπτει ολόκληρη τη χώρα, ii) να είναι

ενσωματωμένο στο Ε.Σ.Υ, iii) οι υπηρεσίες να είναι άρτια οργανωμένες, iv) να λαμβάνει υπ' όψη τις τοπικές συνθήκες και v) να είναι πλήρες, δηλαδή να περιλαμβάνει όλα τα μέτρα ελέγχου της φυματίωσης καθώς και την επιτήρηση τόσο της νόσου όσο και των μέτρων ελέγχου της. Η Επιτροπή εκτίμησε ποια είναι η κατάσταση στην Ελλάδα σήμερα και πως θα μπορούσαμε να φτάσουμε σύντομα τους στόχους του WHO. Ως σημαντικότερα προβλήματα αναγνωρίστηκαν:

1. Η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου και ακόμη περισσότερο η ανεπάρκεια εφαρμογής μέτρων για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων. Έτσι, π.χ. δεν υπάρχει νόμος που να υποχρεώνει τον απείθαρχο ασθενή να πάρει την θεραπεία του κ.α.. Οι βασικές αρχές που προτάθηκαν ήταν: α) καθιέρωση υποχρεωτικής νοσηλείας/περιορισμού πάσχοντος από φυματίωση, β) καθιέρωση κάρτας υγείας, γ) αναστολή απέλασης αλλοδαπών πασχόντων, δ) η χορήγηση των φαρμάκων απολύτως δωρεάν, ε) η ανανέωση της νομολογίας στα σύγχρονα δεδομένα, π.χ. Νόμος του 1950 και στ) ο εκσυγχρονισμός της συνταξιοδοτικής και επιδοματικής πολιτικής.

2. Η υποδήλωση. Από παλαιότερες εργασίες μας⁴ είχε φανεί ότι στην Ελλάδα δηλώνονται περίπου το 1/3 των περιπτώσεων φυματίωσης που θεραπεύονται. Φαίνεται ότι αυτή η κατάσταση δεν έχει αλλάξει. Έτσι ο Π.Ο.Υ. δεν δέχεται στα επίσημα έγγραφα του αυτό που δηλώνουν οι Ελληνικές Υγειονομικές Αρχές (7 νέες περιπτώσεις/100.000/έτος) και θεωρεί ως πραγματικό αριθμό: 19/100.000 (2). Η Επιτροπή προτείνει να υπάρχει διπλή δικλείδα ασφαλείας. Δηλαδή: α) να μην δίνονται εξιτήρια από τα νοσοκομεία αν δεν συμπληρώνεται η σχετική δήλωση και στη συνέχεια, β) ο Φαρμακοποιός πριν εκτελέσει την συνταγή να συμπληρώνει και αυτός δήλωση ή να βεβαιώνει ότι υπάρχει και γ) να καθιερωθεί ελεγχόμενη συνταγογραφία των αντιφυματικών φαρμάκων.

3. Η αποδιοργάνωση, ο αποσυντονισμός και η σύγχυση στόχων και φορέων του αντιφυματικού αγώνα. Ενώ δηλαδή από τη δεκαετία του 1960 υπάρχουν νόμοι και επαρκής υποδομή, δεν έχουν ποτέ εφαρμοστεί πλήρως. Για να ερευνηθεί ποια είναι η πραγματική κατάσταση σήμερα, έγινε πιλοτικό πρόγραμμα σε Ήπειρο και Κρήτη. Οι πρώτες διαπιστώσεις είναι ότι σε κάποιους Νομούς δεν υπάρχει Αντιφυματικό Ιατρείο, σε άλλους δεν γίνονται οι στοιχειώδεις μικροβιολογικές εξετάσεις, ενώ σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ο έλεγχος με άμεση μικροσκοπική εξέταση πτυέλων γίνεται μία φορά την

εβδομάδα!

Έτσι προτάθηκαν:

α) Η συμπλήρωση του χάρτη με στελέχωση των Αντιφυματικών Ιατρείων όλων των Νομών της χώρας, η ένταξή τους σε Πνευμονολογικές Κλινικές, ο εκσυγχρονισμός τους κυρίως με σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα και η γενναία ενίσχυση σε παραϊατρικό προσωπικό (κυρίως Επισκέπτες Υγείας). Είναι ο μόνος τρόπος να επιτευχθεί άμεσα ελεγχόμενη χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων (DOTS), τουλάχιστον στην αρχή, κάτι που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας οιαδήποτε προγράμματος ελέγχου φυματίωσης⁵. Έτσι οργανωμένο, το Αντιφυματικό Ιατρείο θα αποτελεί δίτιπολο μονίμου επικοινωνίας με την Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της αντίστοιχης Νομαρχίας.

β) Η ενίσχυση του Ειδικού Ιατρείου Αντιμετώπισης πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης των Αθηνών (ΝΝΘΑ) και ενεργοποίηση αντίστοιχου στην Θεσσαλονίκη. Τα δύο αυτά ειδικά ιατρεία θα είναι οι μόνιμοι φορείς για την κατ' αρχήν αντιμετώπιση πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης. Έτσι μόνο θα αποφύγουμε αυτό που ήδη έχει γίνει στην Ανατολική Ευρώπη, όπου κακή χρήση των δευτερευόντων αντιφυματικών φαρμάκων, που αποτελούν την τελευταία γραμμή άμυνας απέναντι στην φυματίωση, έχει αρχίσει να δημιουργεί εξαιρετικά ανθεκτικά στελέχη μυκοβακτηριδίων φυματίωσης (extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB)). Για τα στελέχη αυτά πρακτικά δεν υπάρχει βεβαία, αποτελεσματική θεραπεία σήμερα και αν επικρατήσουν θα επιστρέψουμε στην προ R.Koch εποχή και θα θεραπεύουμε την φυματίωση με ηλιοθεραπεία³.

γ) Η μικροβιολογική κάλυψη διαβαθμίζεται σε τρία επίπεδα με βάση σχετική πιστοποίηση όλων των Εργαστηρίων του ΕΠΕΦ. Τα επίπεδα αυτά είναι: i) στοιχειώδης (Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία) για απλή εξέταση και καλλιέργειες, ii) πλήρης (Νοσοκομεία Νοσημάτων Θώρακος και Πανεπιστημιακά) και iii) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (ΝΝΘΑ) το οποίο έχει ανάγκη ενίσχυσης σε προσωπικό και υποδομή. Το ταχύτερο δυνατόν πρέπει να οργανωθεί αντίστοιχο και στην Θεσσαλονίκη.

Η Επιτροπή δεν θεώρησε ότι μπορεί, θεσμικά, να εκτιμήσει το ακριβές κόστος του Προγράμματος αλλά εκτιμάται ότι είναι πολύ χαμηλό αφού τα έξοδα αφορούν κυρίως σε διοικητικές παρεμβάσεις που αναφέρονται στους εξής τομείς δράσης:

α) Εξοπλισμός, εκσυγχρονισμός Αντιφυματικών

ιατρείων. Ο ηλεκτρονικός εξοπλισμός είτε υπάρχει, είτε θα έπρεπε να υπάρχει ήδη στα Νοσοκομεία. Η ηλεκτρονική επικοινωνία (e-mail) μπορεί επίσης να καλυφθεί από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου. Οι Επισκέπτες Υγείας υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό. β) Στελέχωση με ιατρικό προσωπικό. Θα ζητηθεί κατά προτεραιότητα προκήρυξη θέσεων που υπάρχουν και έχουν ήδη ζητήσει τα διάφορα Νοσοκομεία. Στις ελάχιστες Νομαρχίες που ίσως δεν υπάρχουν τέτοιες θέσεις, πρέπει να δημιουργηθούν αλλά σε δεύτερη φάση. γ) Ενσωμάτωση Αντιφυματικών Ιατρείων σε Πνευμονολογικές Κλινικές. Αποτελεί διοικητικό μέτρο άνευ κόστους. δ) Ενίσχυση Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (Μικροβιολογικού Εργαστηρίου ΝΝΘΑ) και Ειδικών Ιατρείων πολυανθετικών μορφών φυματίωσης. Η μόνη δράση με κόστος αλλά και τεράστιο όφελος. ε) Ενίσχυση προγραμμάτων/εκδηλώσεων για την φυματίωση από τα λειτουργικά έξοδα του ΚΕΕΛΠΝΟ. Πιστεύουμε δηλαδή ότι το Πρόγραμμα που προτείνουμε είναι υλοποιήσιμο και ελάχιστα δαπανηρό σε σχέση με το προσδοκώμενο όφελος. Το όφελος αυτό είναι ανεκτίμητο αν μετρηθεί ως βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών Υγείας αλλά μπορεί να μετρηθεί και οικονομικά, δηλαδή με σχέση κόστους/οφέλους.

Ως αρνητικό παράδειγμα (ακόμα και με οικονομικούς όρους) μπορούμε να αναφέρουμε την τεράστια οικονομική επιβάρυνση που έφερε ο παροπλισμός των Αντιφυματικών Ιατρείων στην περιοχή της Νέας Υόρκης προ 20ετίας. Ο παροπλισμός αυτός είχε ως συνέπεια την μεγάλη αύξηση νέων κρουσμάτων ενεργού φυματίωσης στην περιοχή τα οποία στοίχισαν (το κάθε κρούσμα χωριστά) όσο περίπου ολόκληρο το Πρόγραμμα Πρόληψης με σωστά λειτουργούντα Αντιφυματικά Ιατρεία. Η «επιδημία» αυτή αναχαιτίστηκε μετά το 1993 με απλή επαναφορά του προηγούμενου καθεστώτος της ενίσχυσης των Αντιφυματικών Ιατρείων.

Ένα θετικό παράδειγμα, (ακόμα και με οικονομικούς όρους) για την Ελλάδα, θα μπορούσε να είναι η πιθανή κατάργηση του εμβολίου BCG αν μετά από σωστή εφαρμογή του προγράμματος επιτύχουμε τους δείκτες που απαιτούνται από την IUATLD και τον Π.Ο.Υ.⁵. Το κέρδος από την πιθανή αυτή κατάργηση σε κονδύλια και ανθρωπο-ώρες θα είναι τεράστιο και πρέπει να επαναποθετηθεί στο ΕΠΕΦ. Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι, κάθε συζήτηση για διακοπή (ή επιλεκτική χορήγηση BCG σε ομάδες κινδύνου), προϋποθέτει αξιόπιστο σύστημα δήλωσης νέων κρουσμάτων φυματίωσης. Αυτό δεν ισχύει με κανέναν τρόπο στην

Ελλάδα σήμερα και αποτελεί μείζονα στόχο του ΕΠΕΦ.

Το πρόγραμμα αυτό έχει παρουσιαστεί σε κάθε ευκαιρία από το 2006 έως σήμερα (2009) και παράλληλα έγιναν μεγάλες προσπάθειες να υιοθετηθεί από το Υπουργείο Υγείας. Έτσι, είμαστε στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσουμε δύο σημαντικές εξελίξεις:

α) η εντυπωσιακή ιστορία του Αμερικανού τουρίστα με την πολυανθεκτική φυματίωση το καλοκαίρι του 2007 ενεργοποίησε τις νομικές υπηρεσίες του Υπουργείου και μέσα σε λίγες μέρες κατετέθη νέο νομοθετικό πλαίσιο που υπερκαλύπτει όσα είχαμε ζητήσει.

Και το σημαντικότερο

β) το Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Φυματίωσης υιοθετήθηκε από το Υπουργείο και εντάχθηκε στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων (2008-2012) που αποτελεί μέρος του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία⁷.

Στο επίσημο αυτό έγγραφο, το Υπουργείο Υγείας αναγνωρίζει ότι η φυματίωση είναι υπεύθυνη για πάνω από το μισό του κόστους αντιμετώπισης όλων των μεταδοτικών νοσημάτων (σύνολο για 2004: 15.337.920 εκ των οποίων 7.989.600 για φυματίωση) (Πίνακας 1)⁷.

Αυτό έχει ως συνέπεια, στην σχετική οικονομοτεχνική μελέτη που έγινε⁸ να προβλέπονται σημαντικά κονδύλια για την φυματίωση και κυρίως «για την επίτευξη των στόχων του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης». Πιο συγκεκριμένα:

α) Για την «αναδιοργάνωση-ενίσχυση υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη για την θεραπεία της φυματίωσης» προβλέπονται για τα έτη 2008-2012 4.059.566 ΕΥΡΩ από σύνολο 42.162.918 ΕΥΡΩ. Τετρακόσιες χιλιάδες ΕΥΡΩ ακόμα διατίθενται για την ενίσχυση του Γραφείου Φυματίωσης του ΚΕΕΛΠΝΟ. Σημαντικό είναι ότι εξειδικεύονται οι δράσεις για την αντιμετώπιση της φυματίωσης οι οποίες συμπίπτουν σχεδόν απόλυτα με τους στόχους του ΕΠΕΦ όπως φαίνεται στον Πίνακα 2⁸.

Πίνακας 2: Παρατίθεται αυτούσιος ο Πίνακας 14 (σελ. 44) από την οικονομοτεχνική μελέτη του Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία⁸

Συνεπώς πάμε καλά με την φυματίωση ; Έχουν όλα τελειώσει ; Ασφαλώς όχι. Βρισκόμαστε στην αρχή ενός πολύ μεγάλου αγώνα για την επίτευξη των στόχων του WHO και του Global Plan to Stop Tb 2006-2015. Αυτοί είναι ο περιορισμός στο μισό της νοσηρότητας και των θανάτων από φυματίωση ως το 2015 και η εκρίζωση της νόσου ως το 2050 σε παγκόσμια κλίμακα^{1,2}. Για την

Νόσημα	Κόστος νοσηλείας ανά νόσημα, Ελλάδα 2004
Γρίπη	1 34.400€
Φυματίωση	7.989.600€
Ελονοσία	69.120€
Βρουκέλλωση	925.920€
Ιλαρά	46.080€
Ερυθρά	2.880€
Διφθερίτιδα	3.840€
Τέτανος	20.400€
Κοκίτης	11 5.920€
Πολιομυελίτιδα	84.000€
Ηπατίτιδα Α και Β	2.732.160€
Μηνιγγίτιδες	3.213.600€
Σύνολο	15.337.920€

Πίνακας 1. Κόστος νοσηλείας μεταδοτικών νοσημάτων στην Ελλάδα. Παρατίθεται αυτούσιος Πίνακας από το κεφάλαιο 5.2 (σελ. 72) από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012⁷

ΑΞΟΝΑΣ Ι. - ΔΡΑΣΗ 8

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ- ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

1. Ενίσχυση του ειδικού ιατρείου αντιμετώπισης πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης της Αθήνας και ενεργοποίηση αντίστοιχου στην Θεσσαλονίκη
2. Ενίσχυση της μικροβιολογικής κάλυψης μέσω της αναβάθμισης των υποδομών και της πιστοποίησης όλων των συναφών εργαστηρίων.
3. Ενίσχυση (υποδομές και προσωπικό) του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων και δημιουργία αντίστοιχου στην Θεσσαλονίκη.
4. Ενσωμάτωση των Αντιφυματικών Ιατρείων στις πνευμονολογικές κλινικές και αναβάθμιση των υποδομών τους.
5. Ενίσχυση των (υποδομές και προσωπικό) Ειδικών Ιατρείων πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης
6. Νομοθετικές ρυθμίσεις για τη δήλωση κρουσμάτων και την συνταγογράφηση φαρμάκων για τη φυματίωση.

ΕΤΗΣΙΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

2008	2009	2010	2011	2012
	1.304.000€	900.920€	918.348€	936.298€

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

4.059.566€

Πίνακας 2: Προϋπολογισμός δαπανών Δράσης 8 ((Αναδιοργάνωση - Ενίσχυση υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη και τη θεραπεία της Φυματίωσης))

Ελλάδα ένας ρεαλιστικός στόχος θα ήταν η πλήρης εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης ως τότε (2015).

Είναι πια σαφές ότι αποτυχία ελέγχου φυματίωσης είναι ευθεία συνέπεια χονδροειδών ανισοτήτων πλούτου και παροχής υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στις διάφορες χώρες αλλά και μέσα σε κάθε χώρα. Ο έλεγχος φυματίωσης είναι σε τελική ανάλυση θέμα δικαιοσύνης και ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αποτελεί παγκόσμια προτεραιότητα και πρέπει να προσελκύσει γενναία τεχνική και οικονομική υποστήριξη από την διεθνή κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. W.H.O. The world health report 2004: changing history. Geneva World Health Organization, 2004
2. Global Tuberculosis Control 2009, Epidemiology, Strategy, Financing, World Health Organization
3. Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Φυματίωσης, Παράρτημα σελ. 102-153. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008 (www.ygeianet.gov.gr)
4. P.Theodoropoulos, M.Dimadi, S.H.Constantopoulos. Calculation of new cases of tuberculosis from the consumption of antituberculosis medications; comparison with notification rates. *Respiration* 59: 64, 1992
5. Evaluation of a National Tuberculosis Programme, page 135. In: Tuberculosis: A manual for Medical Students. Nadia Ait-Khaled and Donald A.Enarson (Eds), World Health Organization (Geneva), International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases, (Paris), WHO/CDS/TB/99.272
6. BCG vaccine. Weekly epidem. record, WHO, 29 January 2004; No: 4, 79: p. 25-40
7. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008
8. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα 2008-2012. Οικονομοτεχνική Μελέτη. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008