



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

44<sup>ο</sup>

9-12  
ΜΑΪΟΥ  
2018

ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
DIVANI CARAVEL  
ΑΘΗΝΑ

**ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΜΑΪΟΥ 2018**

## DEBATE

### **Μείζονες παράγοντες κινδύνου στη Δημόσια Υγεία: Τεχνικές ελέγχου και διαχείρισης**

#### **Συντονιστής:**

**Λευτέρης Θηραΐος**, Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

#### **Ομιλητές:**

**Άγης Τσουρός**, πρώην Διευθυντής Πολιτικής Υγείας στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), Επισκέπτης Καθηγητής στο Institute for Global Health Innovation, Imperial College

**Γιάννης Κυριόπουλος**, Πρόεδρος της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Οικονομίας και Πολιτικής της Υγείας, Ομότιμος Καθηγητής, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

*Τα χρόνια νοσήματα και η διαχείρισή τους αποτελούν σήμερα μεγάλη πρόκληση για τα συστήματα υγείας, τα οποία εστιάζουν στην αγωγή υγείας και σε παρεμβάσεις που στόχο έχουν την αλλαγή της συμπεριφοράς για τη μείωση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία, απουσία φυσικής άσκησης, κακή διατροφή κ.λπ.). Το εξαιρετικά ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα των πολιτικών και εργαλείων διαχείρισης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας συζητήθηκε στο Debate που έλαβε χώρα το Σάββατο 12 Μαΐου 2018 στο **44ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών**.*

*Κατά τη διάρκεια της συζήτησης, αναφέρθηκαν οι μείζονες παράγοντες κινδύνου για την υγεία που συνδέονται με τη συμπεριφορά και την κατανάλωση και η προτεραιοποίησή τους, τα ευρύτερα μέσα ελέγχου και διαχείρισης αυτών των κινδύνων (αγωγή-εκπαίδευση, ενημέρωση και προώθηση υγιεινότερων προτύπων συμπεριφοράς, φορολογία κ.ά.), οι πολιτικές μηδενικής ανοχής (zero tolerance) ή/και αυτές της μείωσης της βλάβης (harm reduction) (όταν δεν μπορείς να εκμηδενίσεις τον κίνδυνο, υιοθετείς πολιτικές όπου αποδέχεσαι μειωμένο κίνδυνο, δηλαδή όχι μόνο «όλο ή τίποτα» αλλά και ενδιάμεσες προσεγγίσεις που μειώνουν τον κίνδυνο), τα όρια του κρατικού και ιατρικού πατερναλισμού για την αντιμετώπισή τους και, τέλος, η αποτελεσματικότητα αυτών των πολιτικών.*

*Στη συζήτηση για τις πολιτικές μείωσης του κινδύνου από το κάπνισμα, ο κ. Άγης Τσουρός υποστήριξε ότι το ζήτημα του καπνίσματος απαιτεί δυναμική και αυστηρή πολιτική αντιμετώπιση. Εάν δεν λειτουργούμε σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που να*

*υποστηρίζει την υγεία μας, στο οποίο οι υγιεινές επιλογές να είναι εύκολες επιλογές, εξήγησε, οι μικρές αποσπασματικές πρωτοβουλίες δεν πρόκειται να φέρουν σημαντικά αποτελέσματα. Από την άλλη πλευρά, ο κ. Γιάννης Κυριόπουλος τάχθηκε υπέρ των πολιτικών μείωσης του κινδύνου, καθώς και της εφαρμογής μιας δέσμης πολιτικών που να επιτρέπουν τη λήψη εγνωσμένων αποφάσεων από τους καταναλωτές, υπογραμμίζοντας ότι η επίδραση ενός «ήπιου πατερναλισμού» ο οποίος ωθεί τους πολίτες να τροποποιήσουν τις συμπεριφορές τους προς μια ορισμένη κατεύθυνση είναι αποδεδειγμένη.*

## **Ποιοι είναι οι μείζονες παράγοντες κινδύνου για τη δημόσια υγεία**

Η διαχείριση των μείζονων παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία οι οποίοι σχετίζονται με τις συμπεριφορές υγείας μπορεί να έχει ουσιαστική συμβολή στην πρόληψη και αντιμετώπιση ορισμένων χρόνιων νοσημάτων, ξεκίνησε τη συζήτηση ο συντονιστής του debate κ. Λευτέρης Θηραίος, καλώντας αρχικά τον κ. Γιάννη Κυριόπουλο να αναφερθεί στους παράγοντες αυτούς και στα χρόνια νοσήματα με τα οποία συνδέονται.

Ο προσδιορισμός των μείζονων αυτών παραγόντων κινδύνου αποτελεί καίριας σημασίας ζήτημα ιδιαίτερα στην παρούσα χρονική συγκυρία, τόνισε ο Γιάννης Κυριόπουλος, δεδομένου ότι οι δείκτες υγείας στη χώρα μας αλλά και στις χώρες οι οποίες βρέθηκαν υπό την εποπτεία της διεθνούς επιτήρησης εμφανίζουν προβλήματα προόδου -μάλιστα στη χώρα μας έχουν και μια ελαφρά οπισθοδρόμηση. Όπως γνωρίζουμε από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει στη χώρα μας και αλλού, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται κυρίως με τη συμπεριφορά και είναι το κάπνισμα, η κακή διατροφή που οδηγεί στην παχυσαρκία και η απουσία φυσικής άσκησης. Υπάρχουν βέβαια και άλλοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με το περιβάλλον, αλλά βρίσκονται σε χαμηλότερη κλίμακα στην ιεράρχηση, συμπλήρωσε ο ομιλητής. Οι τρεις προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου, συνέχισε, αποτελούν θα μπορούσαμε να πούμε την αιτία δημιουργίας της κατάστασης υγείας την οποία ορίζουμε γενικά ως μεταβολικό σύνδρομο. Το μεταβολικό σύνδρομο έχει επίπτωση στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στο διαβήτη και σε ορισμένα νεοπλασμάτα. Εάν θα έπρεπε να θέσουμε προτεραιότητες στην πολιτική πρόληψης υγείας, υπογράμμισε ο κ. Κυριόπουλος, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής άσκησης θα έπρεπε να είναι ψηλά στην ιεραρχική κλίμακα.

2

## **“Social determinants of health” ή κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου**

Ευχαριστώντας τον κ. Κυριόπουλο για την τοποθέτησή του σχετικά με την κατάσταση στη χώρα μας, ο κ. Θηραίος επεσήμανε ότι όλα ξεκίνησαν από τη στρατηγική του ΠΟΥ για την ανάδειξη όχι μόνο αυτών των μείζονων παραγόντων κινδύνου ως προτεραιοτήτων για τη διαχείριση και την πρόληψη των χρόνιων

νοσημάτων, αλλά και άλλων παραγόντων, των περίφημων social determinants of health, των κοινωνικών δηλαδή παραγόντων (ή «καθοριστών») κινδύνου οι οποίοι συνδέονται με τη διαβίωση. Δίνοντας τον λόγο στον κ. Άγι Τσουρό, τον κάλεσε να παραθέσει την εμπειρία του σχετικά με τον τρόπο που προσέγγισε εξ αρχής το θέμα των προτεραιοτήτων ο ΠΟΥ και έθεσε στο επίκεντρο των πολιτικών υγείας τούς παράγοντες κινδύνου για τη δημόσια υγεία, καθώς και να αναφέρει ποιες είναι σήμερα οι προτεραιότητες για τον ΠΟΥ.

Εδώ και τριάντα περίπου χρόνια, μια ολόκληρη δηλαδή γενιά, μιλάμε για τους ίδιους παράγοντες κινδύνου, δήλωσε ο Άγις Τσουρός. Αυτό που έχει αλλάξει σήμερα, συνέχισε, είναι ότι πλέον γνωρίζουμε πολλά περισσότερα για την υγεία και τις συνιστώσες που καθορίζουν την υγεία. Οι υποψίες που είχαμε παλαιότερα για τους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας έχουν σήμερα γίνει βεβαιότητα, τόνισε, και αυτό αφορά όχι μόνο τα social determinants of health, αλλά και τα commercial determinants of health, τα environmental determinants of health κ.ο.κ.

Η σημασία του ζητήματος αυτού δεν είναι ακαδημαϊκή, εξήγησε, αλλά έγκειται στη σχέση που έχουν οι παράγοντες αυτοί με τις συμπεριφορές μας. Κατά τη δεκαετία του '70 και του '80 μιλούσαμε για αγωγή υγείας και ουσιαστικά δαπανούσαμε πολλά χρήματα σε διαφημιστικά μηνύματα και εκστρατείες προκειμένου να πούμε στον κόσμο τι ωφελεί και τι βλάπτει την υγεία του, κατηγορώντας στη συνέχεια αυτούς που δεν ακολουθούσαν τις προτροπές των μηνυμάτων. Σήμερα αυτό έχει αλλάξει, καθώς θεωρούμε ότι η συμπεριφορά κάθε ανθρώπου αποτελεί μία συνάρτηση του φυσικού και του κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει. Κάτι άλλο που έχει αλλάξει, συνέχισε ο ομιλητής, είναι ότι αρχίσαμε να συνειδητοποιούμε ότι οι μεγάλες αποφάσεις για την υγεία στον πλανήτη σήμερα δεν λαμβάνονται στα υπουργεία υγείας, με την έννοια ότι οι παράγοντες κινδύνου -και οι περιβαλλοντικοί και αυτοί που αφορούν στη διατροφή και αυτοί που αφορούν σε ένα περιβάλλον ευνοϊκό για τη φυσική άσκηση- δεν σχετίζονται με το υπουργείο υγείας, αλλά με την τοπική αυτοδιοίκηση, με τις πολυεθνικές που προωθούν διάφορα προϊόντα στα οποία εθιζόμαστε, με τα περιβάλλοντα που πρέπει να είναι απαλλαγμένα από καπνό κ.λπ. Τα προβλήματα είναι μεγάλα και οι τάσεις μέσα σε όλα αυτά τα χρόνια παρουσιάζουν επιδείνωση, υπογράμμισε ο κ. Τσουρός, ωστόσο διαθέτουμε πλέον πολύ πιο βαθειά γνώση για τους τρόπους αντιμετώπισης. Ο πλανήτης μας σήμερα κινδυνεύει καθώς τα χρόνια νοσήματα αποτελούν πλέον επιδημία. Οι αρχηγοί κρατών στα Ηνωμένα Έθνη έχουν ασχοληθεί με τρία σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας, το θέμα του AIDS, τα χρόνια νοσήματα, καθώς και τον παγκόσμιο κίνδυνο που αφορά στην αντίσταση στα αντιβιοτικά. Τα χρόνια νοσήματα κοστίζουν τρισεκατομμύρια παγκοσμίως, συνέχισε, και έχουμε πλέον φθάσει σε ένα σημείο που πρέπει να κάνουμε κάτι. Η επιδημία της παχυσαρκίας σήμερα έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις, καθώς δεν μαστίζει μόνο τη δική μας γενιά, αλλά και τα παιδιά παγκοσμίως, τόνισε ο ομιλητής, και πρέπει να αποτελέσει πολιτική προτεραιότητα για τις υψηλότερες βαθμίδες των κυβερνήσεων και όχι απλά για τους υπουργούς υγείας.

Τη σκυτάλη έλαβε στη συνέχεια ο Γιάννης Κυριόπουλος, ο οποίος αναφέρθηκε στην ιδιαίτερα ανησυχητική αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας που έχει σημειωθεί τα δύο τελευταία χρόνια (από 2,8 σε 4,2 τοις χιλίοις) στην Ελλάδα. Πίσω από αυτό το φαινόμενο, εξήγησε, υπάρχει η φτώχεια και η αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πριν από τον τοκετό. Το αρνητικό αυτό φαινόμενο, συνέχισε, συνδυάζεται με το ερευνητικό εύρημα ότι κατά τα τελευταία χρόνια τα παιδιά έχουν μικρότερο βάρος γέννησης σε σύγκριση με το παρελθόν, ενώ έρχεται σε αντιδιαστολή με το γεγονός ότι οι γυναίκες οι οποίες τεκνοποιούν κατά την περίοδο της κρίσης έχουν σε γενικές γραμμές υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μεγαλύτερο εισόδημα. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο αυτό απαιτείται μεγαλύτερη έρευνα και χρήση νέων εργαλείων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόνισε ο κ. Κυριόπουλος, επισημαίνοντας ότι δυστυχώς υπάρχουν κι άλλες αρνητικές εξελίξεις στη δημόσια υγεία, οι οποίες αποκαλύπτονται σταδιακά χάρη στην καλή λειτουργία της ΕΛΣΤΑΤ και αναμένεται να αποτελέσουν θέμα συζήτησης τα επόμενα χρόνια.

### **Αναζητώντας νέα εργαλεία διαχείρισης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου**

Λαμβάνοντας το λόγο, ο Λευτέρης Θηραίος επεσήμανε προς επίρρωση των λεγομένων του Γιάννη Κυριόπουλου ότι οι νέοι άνθρωποι σήμερα εκτιμάται ότι θα είναι ίσως η πρώτη γενιά που θα έχει μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης από τους γονείς τους, εκτίμηση που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κατά την προτεραιοποίηση των θεμάτων υγείας.

Τα παλαιά εργαλεία έχει αποδειχθεί ότι δεν είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου, συνέχισε ο κ. Θηραίος, και είναι σαφές πλέον ότι απαιτούνται νέα εργαλεία για τη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου. Ποια θα μπορούσαν να είναι αυτά, από πλευράς ΠΟΥ και καλών πρακτικών, και τι έχει αλλάξει στις πολιτικές που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας προκειμένου να προσεγγίσουμε καλύτερα τις ανάγκες των πολιτών, την πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, διερωτήθηκε, δίνοντας το λόγο στον Άγι Τσουρό.

Η υγεία αποτελεί πολιτική επιλογή για δύο λόγους, υπογράμμισε ο κ. Τσουρός, αφενός γιατί είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανάπτυξης, αφετέρου επειδή είναι ένας τομέας όπου εάν δεν υπάρχει δέσμευση από πολύ υψηλό επίπεδο δεν μπορούν να επιτευχθούν μεγάλες αλλαγές στη δημόσια υγεία. Αναζητώντας τις καλές πρακτικές, συνέχισε, βλέπουμε ότι τα μεγαλύτερα οφέλη επιτυγχάνονται όταν η υγεία τίθεται ως εθνική ή ακόμη και τοπική προτεραιότητα και αντιμετωπίζεται συστηματικά και όχι με ενδιαφέρουσες, αλλά μικρές και αποσπασματικές πρωτοβουλίες.

Όσον αφορά στο κάπνισμα για παράδειγμα, σημείωσε ο ομιλητής, η Ελλάδα είναι τελείως αρνητική στο να εφαρμόσει ένα μέτρο που έχει ήδη εφαρμοστεί σε όλη την Ευρώπη. Ενώ έχουμε καλούς νόμους υγείας όσον αφορά στο κάπνισμα, εξήγησε, δεν έχουμε καταφέρει να εφαρμόσουμε την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, ενώ επιπλέον τα τσιγάρα έχουν χαμηλότερες τιμές στη χώρα μας σε σύγκριση με τις άλλες χώρες. Στα χρόνια που μεσολάβησαν από το 1980 και την

εκστρατεία «Τσιγάρο ή Υγεία;» επί υπουργίας του κ. Δοξιάδη έως σήμερα, τόνισε, έχουν αναπτυχθεί διεθνώς κάποια πολύ ισχυρά εργαλεία για τη δημόσια υγεία, όπως το Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) του ΠΟΥ για τον έλεγχο του καπνίσματος.

Το ζήτημα του καπνίσματος απαιτεί δυναμική πολιτική αντιμετώπιση, συνέχισε ο κ. Τσουρός, καθώς η πρόληψη δεν μπορεί να επιτευχθεί με μικρές πρωτοβουλίες σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Η πρόληψη αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα ενός συστήματος, είναι στενά συνδεδεμένη με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και απευθύνεται σε ολόκληρους πληθυσμούς και όχι σε μεμονωμένα άτομα, επομένως απαιτεί έρευνα του προφίλ των πληθυσμών και στη συνέχεια σχεδιασμό των προγραμμάτων που θα ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά των πληθυσμών, λαμβάνοντας υπόψη και κατανοώντας τις ανάγκες τους, υπογράμμισε.

Οι χώρες που παρουσίασαν θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, κατέληξε ο κ. Τσουρός, είναι αυτές που αντιμετώπισαν το ζήτημα με τη δέουσα σοβαρότητα και εφάρμοσαν καθολικά και αυστηρά μέτρα, όπως απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, αύξηση της τιμής των καπνικών προϊόντων, αντιμετώπιση της δημόσιας υγείας σε πληθυσμιακό επίπεδο και ως θέμα με προτεραιότητα, καθώς και καταπολέμηση των ανισοτήτων.

Οι συμπεριφορές έχουν άμεση σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζουν οι άνθρωποι, επεσήμανε ο ομιλητής. Εάν δεν λειτουργούμε σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που να υποστηρίζει την υγεία μας, στο οποίο οι υγιεινές επιλογές να είναι εύκολες επιλογές, εξήγησε, οι μικρές αποσπασματικές πρωτοβουλίες δεν πρόκειται να φέρουν σημαντικά αποτελέσματα.

5

### **Χρειάζεται «εμπλουτισμός» των εργαλείων της Δημόσιας Υγείας**

Είναι σαφές, σχολίασε ο Λευτέρης Θηραίος, ότι αν θέλουμε να έχουμε αποτελέσματα θα πρέπει να εφαρμόσουμε τα τεκμηριωμένα παγκόσμιας εμπέλειας εργαλεία για τη δημόσια υγεία. Τα εργαλεία αυτά είναι κατεξοχήν εργαλεία τροποποίησης συμπεριφορών και δημιουργίας υγιών συνηθειών από πλευράς πληθυσμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είμαστε η μοναδική χώρα, τόνισε ο κ. Θηραίος, που δεν διαθέτει ένα εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και ένα πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου ανά φύλο και ηλικία που να μπορεί να διαχειριστεί αυτά τα θέματα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σχολιάζοντας την προτεραιότητα που θα πρέπει, σύμφωνα με τον Άγι Τσουρό, να δοθεί στα οικονομικά μέτρα, τη φορολογία, για τον έλεγχο του καπνίσματος, ο συντονιστής του debate κάλεσε τον Γιάννη Κυριόπουλο να εκφράσει την άποψή του για τους λεγόμενους φόρους «αμαρτίας», την παρέμβαση δηλαδή της Πολιτείας στα καπνικά προϊόντα και στους παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν τα χρόνια νοσήματα.

Για λόγους ιστορικής δικαιοσύνης, ανέφερε ο κ. Κυριόπουλος, οφείλουμε να υπογραμμίσουμε ότι δυστυχώς μετά το 1980 δεν υπήρξε ουσιαστική πολιτική δημόσιας υγείας. Ο πρώτος και ο τελευταίος υπουργός που εφάρμοσε διατομεακή και

διεπιστημονική πολιτική δημόσιας υγείας ήταν ο Σπύρος Δοξιάδης, εξήγησε ο ομιλητής, και έκτοτε δεν είχαμε παρά μόνο «ψήγματα» τέτοιων πολιτικών. Αν παρουσιάσαμε κάποια πρόοδο στο κάπνισμα, συμπλήρωσε, αυτό οφείλεται στην περίοδο του κ. Δημήτρη Αβραμόπουλου, ο οποίος έφτιαξε έναν όχι ιδιαίτερα αυστηρό νόμο για τον έλεγχο του καπνίσματος που σε συνδυασμό με την αύξηση της τιμής των τσιγάρων εκείνη την περίοδο απέδωσε κάποια θετικά αποτελέσματα κυρίως στις νέες γενιές.

Παραδοσιακά, συνέχισε ο κ. Κυριόπουλος, η προσέγγιση που έχουμε για τη δημόσια υγεία είναι δεοντολογική, ηθική, κανονιστική. Ο «ιατρικός πατερναλισμός» ωστόσο του κλινικού ιατρικού σώματος απέναντι στους ασθενείς, που επικρατεί εδώ και αρκετές δεκαετίες, έχει πλέον γίνει αντιληπτό ότι δεν φέρνει αποτελέσματα. Η δεύτερη προσέγγιση που εφαρμόζεται στη χώρα μας είναι επίσης ιατρική, υπό την έννοια ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες και η διαχείριση του κινδύνου που συζητούνται, αντιμετωπίζονται με στενή κλινική έννοια, σαν νοσήματα. Ούτε αυτή η προσέγγιση έχει αποδώσει ωστόσο ουσιαστικά αποτελέσματα, σε σχέση με την προσπάθεια και τη δέσμευση πόρων που έχει γίνει. Αντίθετα, τόνισε ο ομιλητής, τόσο η χώρα μας όσο και άλλες χώρες είναι αρνητικές στον εμπλουτισμό των εργαλείων της δημόσιας υγείας με άλλα στοιχεία, όπως για παράδειγμα τις τιμές των προϊόντων, παρά το γεγονός ότι έχουν τεκμηριωμένη επίδραση σε ορισμένες βλαπτικές συμπεριφορές. Όσον αφορά στους φόρους «αμαρτίας» ή και «αρετής», συνέχισε, τα τελευταία στοιχεία από την εφαρμογή τέτοιων φόρων σε διάφορες χώρες ήταν πολύ ενθαρρυντικά για τις εκβάσεις, τους δείκτες υγείας και την τροποποίηση της συμπεριφοράς του πληθυσμού. Η επίδραση των τιμών και ενός «ήπιου πατερναλισμού» ο οποίος ωθεί τους πολίτες να τροποποιήσουν τις συμπεριφορές τους προς μια ορισμένη κατεύθυνση είναι αποδεδειγμένη, υπογράμμισε. Ένα άλλο εργαλείο, πρόσθεσε ο κ. Κυριόπουλος, είναι η «μείωση της βλάβης», η οποία θα μπορούσε σε συνδυασμό με τους φόρους «αμαρτίας» να προκαλέσει τεκτονικές αλλαγές στη συμπεριφορά του πληθυσμού όσον αφορά στις καταναλωτικές τους συνήθειες. Όλα αυτά, ωστόσο, θα πρέπει να γίνονται υπό την εποπτεία και τη διαχείριση κάποιων ειδικών, των ιατρών «πρώτης επαφής», που στην περίπτωση της χώρας μας είναι οι γενικοί ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Βέβαια, κατέληξε ο ομιλητής, μια τέτοια προσέγγιση προϋποθέτει αφενός ότι υπάρχουν οι αντίστοιχες πολιτικές, αφετέρου πως το όργανο που παράγει τις πολιτικές αυτές έχει μια συνολική εικόνα της «τοιχογραφίας» των προβλημάτων υγείας στη χώρα.

6

Εάν εφαρμοζόταν μια πολιτική που θα χρησιμοποιούσε ως εργαλείο τις τιμές, επεσήμανε ο κ. Θηραίος με αφορμή τα λεγόμενα του κ. Κυριόπουλου, θα μπορούσαν ενδεχομένως τα έσοδα που θα προέκυπταν να χρηματοδοτήσουν υπηρεσίες του συστήματος υγείας ή ακόμη και πολιτικές δημόσιας υγείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ναι, απάντησε ο κ. Κυριόπουλος, φέρνοντας ως παράδειγμα τα ερευνητικά αποτελέσματα για τις ειδικές φορολογίες, τους φόρους «αμαρτίας», απέναντι στους οποίους οι Έλληνες πολίτες είναι αρχικά συγκρατημένοι καθώς δεν εμπιστεύονται το κράτος, αλλά όταν τους αναφέρεται ότι τα έσοδα από

αυτούς τους φόρους θα πάνε στον ΕΟΠΥΥ ή σε συγκεκριμένες δράσεις υγείας ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 70-80% τους αποδέχεται. Οι Έλληνες πολίτες είναι πολύ προοδευτικοί και «ανοιχτοί» σε ιδέες εφόσον κατανοήσουν την ουσιαστική τους αξία, τόνισε ο ομιλητής.

Επομένως, παρατήρησε ο κ. Θηραίος, έχουμε τις πολιτικές «μείωσης της βλάβης» και τις πολιτικές «μηδενικής ανοχής», πώς μπορούμε όμως να τις εφαρμόσουμε, να τις διαχειριστούμε σε παγκόσμιο επίπεδο, διερωτήθηκε, δίνοντας τη σκυτάλη στον κ. Τσουρό.

### **Ο “αλφαριθμητισμός στην υγεία” στην υπηρεσία του ασθενή**

Σε αντίθεση με τα παλαιότερα συστήματα υγείας που έδειχναν πολύ μικρό ενδιαφέρον για τον ασθενή, για το τι εκπροσωπεί ή το πώς διαμορφώνονται οι σκέψεις του, οι φόβοι του και οι συμπεριφορές του, τα συστήματα υγείας σήμερα αναφέρονται ως επικεντρωμένα στον άνθρωπο, στον ασθενή και την οικογένεια, σημείωσε ο κ. Τσουρός. Οι έννοιες αυτές δεν έχουν γίνει βέβαια ακόμη ευρέως αποδεκτές, υπάρχει ωστόσο η τάση για την εφαρμογή τους. Δεν είναι ότι το πατερναλιστικό ιατρικό σύστημα άρχισε πλέον να ενδίδει, εξήγησε, αλλά η κοινωνία και τα κοινωνικά σύνολα άρχισαν να αποκτούν περισσότερη δύναμη, τη δύναμη που τους έδωσε η πληροφορία, η πρόσβαση και η χρήση του διαδικτύου, αλλά και οι ομάδες υποστήριξης ασθενών. Δημιουργείται επομένως μια νέα πραγματικότητα σήμερα στον κόσμο, συνέχισε ο ομιλητής, όπου ο πολίτης απαιτεί και κατορθώνει να έχει μια διαφορετική αντιμετώπιση στα θέματα που αφορούν στην υγεία του. Αυτός είναι και ο λόγος που ένας τομέας που είναι από τους πιο πολλά υποσχόμενους σήμερα είναι ο εγγραμματισμός, ο αλφαριθμητισμός στην υγεία ή health literacy, υπογράμμισε ο κ. Τσουρός. Δεν μιλάμε πια για αγωγή υγείας, επεσήμανε, αλλά για health literacy, το οποίο δεν σημαίνει απλά ότι ο πολίτης είναι καλύτερα πληροφορημένος, αλλά σημαίνει επίσης ότι έχει κατανοήσει την πληροφορία, μπορεί να την χρησιμοποιήσει προς όφελός του και έχει και τις ικανότητες να μπορεί να κατευθύνει τα συστήματα που υπάρχουν γύρω του ώστε να υποστηρίξουν την υγεία του και την υγεία της οικογένειάς του με θετικά αποτελέσματα. «Health literacy» θα πρέπει να έχουν όλοι σήμερα, συνέχισε ο ομιλητής, όχι μόνο τα άτομα, αλλά και οι ομάδες, τα νοσοκομεία, οι οργανισμοί, καθώς όλοι αποτελούν συνιστώσες μιας κοινωνίας όπου θα πρέπει αυτή η πληροφορία ή αυτές οι δυνατότητες υποστήριξης να είναι και προσβάσιμες και κατανοητές. Δεν νοείται σήμερα να ρωτάμε τον καπνιστή απλά γιατί καπνίζει, πρόσθεσε ο κ. Τσουρός, πρέπει επιπλέον να τον ρωτήσουμε πού ζει, πώς ζει και σε ποιες συνθήκες και να κάνουμε παρεμβάσεις οι οποίες να μην αφορούν μόνο τον ίδιο αλλά και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει.

Η καλύτερη επένδυση που μπορεί να κάνει σήμερα ένας πολιτικός είναι να μπορέσει να θέσει ως προτεραιότητα τη δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος για όλα τα παιδιά ώστε να ξεκινούν τη ζωή τους με τις καλύτερες προϋποθέσεις, να μπορούν όλα τα παιδιά δηλαδή στην έναρξη της ζωής τους να παλαισιώνονται από υπηρεσίες, όχι μόνο ιατρικές, αλλά και κοινωνικές, εκπαιδευτικές, οικιστικές, που θα δημιουργούν

ένα περιβάλλον που θα εξασφαλίζει στα παιδιά και καλύτερη επιβίωση, προσδόκιμο, αλλά και ένα υγιές μέλλον. Το healthy ageing, η υγιής γήρανση, δεν αφορά παρεμβάσεις σε μεγάλες ηλικίες, αλλά ξεκινάει από την εμβρυική ηλικία, τόνισε ο ομιλητής.

Αυτό που πολιτικά μπορεί να κάνει μεγάλη διαφορά στον πλανήτη είναι τα sustainable development goals, οι 17 στόχοι των Ηνωμένων Εθνών που αφορούν τη βιωσιμότητα, στην υλοποίηση των οποίων έχουν δεσμευθεί σήμερα όλες οι χώρες, υπογράμμισε ο Άγις Τσουρός. Ο στόχος 3 αναφέρεται ολοκληρωτικά στην υγεία με ένα μεγάλο τμήμα του να αφορά τα χρόνια νοσήματα, εξήγησε, αλλά οι περισσότεροι στόχοι για να υλοποιηθούν εμπεριέχουν τη διάσταση της υγείας. Εάν ένας πρωθυπουργός αποφασίσει να υιοθετήσει τους στόχους αυτούς επομένως ως πρόγραμμα της κυβέρνησής του, η υγεία θα μπορούσε να δημιουργήσει το momentum που απαιτείται για να γίνουν οι αλλαγές οι οποίες θεωρούνται μέχρι σήμερα ανυπέρβλητα εμπόδια επειδή υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα και αντιστάσεις, ολοκλήρωσε τη σκέψη του ο ομιλητής.

Σχολιάζοντας τα λεγόμενα του κ. Τσουρού, ο κ. Θηραίος επεσήμανε ότι ο εγγράμματος πολίτης ως κινητήρια δύναμη που μπορεί να κινητοποιήσει και τους επαγγελματίες υγείας και το σύστημα ώστε να διαχειριστούν τις ανάγκες του προϋποθέτει και έναν εγγράμματο ή με διαφορετικό τρόπο εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας σήμερα, συμπλήρωσε, έχουν μάθει να διαχειρίζονται νοσήματα και όχι τις ανάγκες του ασθενή που πάσχει από συγκεκριμένο νόσημα και δεν έχουν μάθει πώς μπορούν να εκπαιδεύσουν έναν ασθενή ώστε να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του.

Δυστυχώς, συνέχισε ο συντονιστής του debate, αν και διαθέτουμε πολιτικές και διαδικασίες, δεν υπάρχει αποτελεσματική εφαρμογή τους ειδικά σε πληθυσμούς ή λαούς με ιδιαίτερη ιδιοσύσταση, ιδιοπροσωπία. Σε περίπτωση όμως που δεν κατορθώσουμε να εκμηδενίσουμε τον κίνδυνο σε τέτοιους πληθυσμούς εφαρμόζοντας πολιτικές απόλυτης μείωσης και εξάλειψης του κινδύνου, μήπως υπάρχουν ενδιάμεσες πολιτικές που να μπορούμε να εφαρμόσουμε για μια αποδεκτή μείωση του κινδύνου ή άλλες πολιτικές που να είναι εφαρμόσιμες, έθεσε το ερώτημα ο κ. Θηραίος.

### **Πολιτικές για μια αποδεκτή μείωση του κινδύνου;**

Η προσέγγιση που θεωρεί ότι η αντιμετώπιση του κινδύνου είναι ένα θέμα κανονιστικό και επιχειρήθηκε να εφαρμοσθεί τα τελευταία χρόνια, έχει αποτύχει, ανέφερε λαμβάνοντας το λόγο ο Γιάννης Κυριόπουλος. Ζούμε σε έναν κόσμο που περιλαμβάνει πολλούς κινδύνους, συνέχισε, κάτι που δεν αναμένεται να αλλάξει καθώς νέοι κίνδυνοι εμφανίζονται συνεχώς. Δεν υπάρχει κόσμος απαλλαγμένος από όλους τους κινδύνους, εξήγησε ο ομιλητής, κατά συνέπεια θα πρέπει να βρούμε έναν τρόπο διαχείρισής τους, ιεραρχώντας τους αρχικά ανάλογα με το βαθμό στον οποίο απειλούν τη διάρκεια και την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων και προτεραιοποιώντας στη συνέχεια τις δράσεις μας για την αποτελεσματική



αντιμετώπισή τους. Τα αποτελέσματα βέβαια που μπορούμε να περιμένουμε από αυτή την προσέγγιση δεν είναι «όλον ή ουδέν». Στο θέμα της πολιτικής «μηδενικής ανοχής», το κλασικό δίλημμα που επικρατούσε στις υπηρεσίες υγείας ανάμεσα στην ελευθερία και την ισότητα με το πέρασμα του χρόνου έχει αρχίσει να ξεθωριάζει, όπως επίσης έχει ξεθωριάσει και ο ασφυκτικός μονοπωλιακός ρόλος του ιατρικού σώματος –σε άλλες χώρες βέβαια, καθώς στη χώρα μας εξακολουθεί να υφίσταται. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, βλέπει κανείς τις αντιμονοπωλιακές αντιδράσεις της κοινωνίας μέσω των οργανώσεων των ασθενών, μέσω των παρεμβάσεων της Πολιτείας. Κατά συνέπεια, τόνισε ο ομιλητής, πρέπει να βρούμε έναν τρόπο διαχείρισης των κινδύνων ο οποίος θα εξασφαλίζει και την ελευθερία μας, αλλά και την αποτελεσματικότητα των δράσεων της δημόσιας υγείας. Αναφερόμενος στη θεωρία της ώθησης, ο κ. Κυριόπουλος επεσήμανε ότι ο ρόλος της Πολιτείας μέσω των επαγγελματιών υγείας είναι να μεριμνά για την εγγραμματοσύνη των πολιτών ώστε να κάνουν οι ίδιοι ορθές επιλογές. Δεν έχουμε δικαίωμα να επιβάλουμε στους άλλους πώς πρέπει να ζουν, υπογράμμισε ο ομιλητής, έχουμε όμως την υποχρέωση να τους πληροφορήσουμε ως ειδικοί ή άνθρωποι της Πολιτείας για τους κινδύνους που υπάρχουν. Ο ρόλος της Πολιτείας δεν τελειώνει βέβαια εκεί, μπορεί να συνεχιστεί με τη θεωρία κινήτρων, τη θεωρία της ώθησης, μέσω ήπιων μέτρων ιατρικής κρατικής παρέμβασης, όπως για παράδειγμα με το μέτρο των τιμών, συμπλήρωσε ο ομιλητής, επισημαίνοντας ότι κατά την άποψή του οι απαγορεύσεις κλασικού τύπου οδηγούν πολλές φορές σε αντίθετα αποτελέσματα.

9

Τα νέα εργαλεία που διαθέτουμε, όπως οι φόροι «αμαρτίας» και «αρετής», η διαχείριση της συμπεριφοράς από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας -η οποία βέβαια πάλι δεν μπορεί να είναι πατερναλιστική, η αποστασιοποίηση από πολιτικές του «όλον ή ουδέν» και η ενθάρρυνση πολιτικών μείωσης του κινδύνου πρέπει να είναι στην καθημερινή agenda μας, ολοκλήρωσε την τοποθέτησή του ο κ. Κυριόπουλος, για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων προβλημάτων δημόσιας υγείας που υπάρχουν σήμερα στη χώρα μας, της παχυσαρκίας, την έλλειψη φυσικής άσκησης και του καπνίσματος.

Οι καλές πρωτοβουλίες είναι σημαντικές και ασφαλώς πρέπει να ενθαρρύνονται και να αξιοποιούνται, σχολίασε ο Άγις Τσουρός. Το πρόβλημα είναι όταν αυτές οι πρωτοβουλίες δημιουργούν την ψευδαίσθηση ότι έχουμε κάτι που λειτουργεί αποτελεσματικά ενώ δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο, συνέχισε ο ομιλητής, δηλώνοντας την απογοήτευσή του που στη χώρα μας δεν εφαρμόζονται πολιτικές δημόσιας υγείας που τόσες χώρες στον κόσμο έχουν εφαρμόσει.

Αναφερόμαστε για παράδειγμα στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., επεσήμανε, και στο μυαλό κάθε πολίτη στην Ελλάδα αποτελεί οτιδήποτε άλλο από αυτό που ο υπάρχων νόμος ορίζει, ένα αξιόπιστο δηλαδή κέντρο που να ασχολείται και με τα μεταδιδόμενα αλλά και με τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Είναι ασύλληπτο το γεγονός, πρόσθεσε, ότι αν και στην Ελλάδα υπάρχει νόμος που καθιστά αυτόν τον οργανισμό κέντρο ελέγχου όλων των νόσων, ο νόμος δεν εφαρμόζεται. Έχουμε επίσης νόμο για τη δημόσια υγεία και δεν τον εφαρμόζουμε, συμπλήρωσε ο κ. Τσουρός, ενώ επιπλέον παρά τις πολλές συζητήσεις που γίνονται δεν έχουμε ακόμη εθνική αναφορά της υγείας του ελληνικού

πληθυσμού. Όλες οι χώρες του κόσμου έχουν μία τέτοια εθνική αναφορά της υγείας του πληθυσμού, εξήγησε, η οποία βέβαια δεν συνίσταται σε απογραφή των θανάτων και των νοσοκομειακών εισαγωγών, αλλά σε καταγραφή της κοινωνικής κατάστασης, των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού, των συνθηκών ζωής, των συμπεριφορών υγείας, των ανισοτήτων που υπάρχουν κ.ά. Η εθνική αυτή αναφορά της υγείας του πληθυσμού, όπου υπάρχει, παρουσιάζεται στη Βουλή και με βάση αυτή καθορίζονται οι πολιτικές δημόσιας υγείας, υπογράμμισε ο ομιλητής, αλλά στη χώρα μας, δυστυχώς, στηριζόμαστε ακόμη σε μεμονωμένες μελέτες για κάποιες αποσπασματικές συνιστώσες της υγείας του πληθυσμού.

Σχολιάζοντας την τοποθέτηση του Άγι Τσουρού και ολοκληρώνοντας τις εργασίες του debate, ο Γιάννης Κυριόπουλος δήλωσε περήφανος για τη συνεργασία των δυο τους αφενός στη δημιουργία του νόμου που αποσκοπούσε στη μετατροπή του Κ.Ε.Ε.Λ. από ένα τριτοκοσμικό κέντρο λοιμωδών σε ένα ελληνικό CDC πριν από 15-20 χρόνια, αφετέρου στη δημιουργία ενός μεγάλου νόμου-πλαίσιου για τη δημόσια υγεία. Δυστυχώς ωστόσο, τόνισε, στην πραγματικότητα οι νόμοι αυτοί όχι μόνο δεν εφαρμόστηκαν αλλά αντιμετωπίστηκαν και με έναν τρόπο «συμπλεγματοειδή», καθώς και οι δύο αυτές παρεμβάσεις ήταν και νομοθετικά και πολιτικά «προχωρημένες» για τις υπάρχουσες συνθήκες, κάτι που όμως χρειαζόταν εκείνη τη στιγμή η χώρα.

Όσον αφορά στην απουσία εθνικής αναφοράς της υγείας του πληθυσμού, ο κ. Κυριόπουλος επεσήμανε ότι, αν και είχε γράψει προσωπικά μία διάταξη η οποία προέβλεπε την υποχρεωτική παρουσίαση στη Βουλή της κατάστασης υγείας του έθνους και του δορυφορικού προϋπολογισμού υγείας, με απώτερο στόχο να λαμβάνει γνώση η ελληνική κοινωνία για τα θέματα αυτά, δυστυχώς το πολιτικό σύστημα αρνήθηκε και αρνείται να υιοθετήσει μια τέτοια προσέγγιση.

10