



Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου.

Πετρέλης Ματθαίος¹, Δομάγερ Φίλιππος - Ριχάρδος²

1. *PT, Φυσικοθεραπευτής στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ, MSc (c) Διοίκησης Μονάδων Υγείας Ε.Α.Π.*
2. *MD, MHA, MSc, PhD, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός - Εκλεγμένος Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ, Υπεύθυνος-Συντονιστής Τμήματος Ελέγχου-Ποιότητας, Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Γ.Ν. Χαλκίδας, Καθηγητής-ΣΕΠ ΜΠΣ "Διοίκησης Μονάδων Υγείας" Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου*

DOI: 10.5281/zenodo.56482

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α) οι κυριότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας είναι το ποσοστό των καπνιστών, των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων, της κατανάλωσης αλκοόλ, της πρόληψης φρούτων και λαχανικών, και της φυσικής δραστηριότητας. Η πρόληψη και τα στάδια της, επιδιώκουν την τροποποίηση των παραγόντων προς όφελος της υγείας των πολιτών. Η Ελλάδα βρίσκεται σε δυσχερή θέση, όσον αφορά τις επιδόσεις της στους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την «Υγεία 2020», και το μέλλον της φαίνεται ακόμα πιο δυσοίωνο. Η πολιτική της πρόληψης κρίνεται αναγκαία για την επίτευξη των στόχων, με έμφαση όμως στην πρωτοβάθμια βαθμίδα, για την αλλαγή των συμπεριφοριστικών παραγόντων κινδύνου. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος αμφισβητείται για την επιρροή του στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, αποτελεί όμως σημαντικό εργαλείο της πρόληψης, το οποίο θα πρέπει να εφαρμόζεται στοχευμένα σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Λέξεις κλειδιά: Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας, Υγεία 2020, δείκτης θνησιμότητας, δείκτης νοσηρότητας, πρόληψη, προσυμπτωματικός έλεγχος.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Πετρέλης Γ. Ματθαίος Σωκράτους 34, Άνω Λιόσια, Τ.Κ.13341, email: matpetrelis@hotmail.com, τηλ.: 00306977275939.

Rostrum of Asclepius® - "To Vimatou Asklepiou" Journal Volume 15, Issue 3 (July - September 2016)

SPECIAL ARTICLE

The "HEALTH 2020" and Greece. Contribution of general health check and screening.

Petrelis Matthaios¹, Domeyer Philip-Richard²

1. *PT, Physiotherapist at T.Y.P.E.T, MSc (c) in Health Management, Hellenic Open University- Faculty of Social Sciences*
2. *MD, MHA, MSc, PhD, General Practitioner / Family Physician, Head of Department of Quality-Control, Research and Continuing Education at Chalkis General Hospital, Academic Tutor of Health Management, Hellenic Open University*

DOI: 10.5281/zenodo.56482

ABSTRACT

According to Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), the essential determinants of health are the percentage of smokers, overweight and obesity among adults, the alcohol consumption, the consumption of fruit and vegetable and physical activity. Prevention and its levels are seeking a modification of the determinants for the benefit of the citizens' health. Greece is in a very difficult position, regarding the performance of "Health 2020" World Health Organization (WHO) objectives, and the future looks even more bleak. Preventive policy is necessary in order to achieve the goal of changing the behavioral risk factors, including an emphasis on primary level. The general health checks and screenings are debatable for their influence in morbidity and mortality, on the other hand they represent an important tool of prevention, which must be applied to high-risk groups.

Keywords: Health determinants, Health 2020, prevention, morbidity, mortality, screening.

Corresponding author: Petrelis G. Matthaios, Sokratous 34, AnoLiosia, 13341, email: matpetrelis@hotmail.com, Mob: 00306977275939

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) αναφέρει ότι «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας». Το Σεπτέμβριο του 2012, τα ευρωπαϊκά κράτη υιοθέτησαν το πρόγραμμα «Υγεία 2020» του Π.Ο.Υ., ως το νέο πλαίσιο πολιτικής για την υγεία. Κύριο μέλημα αυτού αποτελούν οι ενέργειες των κυβερνήσεων και των κοινωνιών για την βελτίωση του επιπέδου υγείας και ευεξίας των πληθυσμών.¹

Σύμφωνα με την έκθεση του Π.Ο.Υ. για τα ευρωπαϊκά δρώμενα έως το 2012, εκτιμάται πρόοδος στην επίτευξη των έξι στόχων, δηλαδή στην μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στην μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, στην ενίσχυση της ευημερίας των πληθυσμών, στην μετακίνηση προς την καθολική κάλυψη της υγείας και στην καθιέρωση των εθνικών στόχων που τίθενται από τα κράτη μέλη. Αν και τα αποτελέσματα είναι πρώιμα, συνεχίζεται να παρατηρούνται ανισότητες και δυσαρμονίες μεταξύ των ευρωπαϊκών περιοχών και κρατών.^{1,2} Η οικονομική κρίση και τα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής των χωρών φαίνεται να έχουν επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο υγείας των πληθυσμών και τα συστήματα υγείας.³⁻⁵ Από τις διακυμάνσεις

των στοιχείων αποτιμώνται ενδιαφέροντα συμπεράσματα για την Ελλάδα, προκειμένου να στοιχειοθετηθούν κατάλληλα προγράμματα πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας.⁶

Στην πρώτη ενότητα περιγράφονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας και η συμβολή των επιπέδων πρόληψης στην βελτίωση αυτού. Στην δεύτερη ενότητα περιγράφονται οι 6 στόχοι του «Υγεία 2020» του Π.Ο.Υ., καθώς και η σύγκριση των επιδημιολογικών δεδομένων της Ελλάδας σε σχέση με τα ευρωπαϊκά ως προς τους στόχους. Τέλος, στην τρίτη ενότητα συζητείται η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου του γενικού πληθυσμού στην επίτευξη των παραπάνω στόχων.

Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας και συμβολή των σταδίων πρόληψης στην βελτίωση αυτών

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α) το επίπεδο υγείας αποτυπώνεται μέσα από τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας (επίπτωση- επιπολασμός), το προσδόκιμο ζωής, τα Έτη Υγιούς Ζωής και την μέτρηση της ποιότητας ζωής.⁷ Υπάρχουν πολλοί παράγοντες, που ασκούν θετική ή αρνητική επιρροή στην υγεία. Το πιο ευρέως

χρησιμοποιούμενο πρότυπο, που επιχειρεί να περιγράψει την σχέση μεταξύ συντελεστών και υγείας, αποτελεί το μοντέλο του Dahlgren και Whitehead με τη μορφή των στρώσεων ενός ουράνιου τόξου.^{8,9} Από το σχεδιάγραμμα (εικόνα 1) στο κέντρο βρίσκονται τα άτομα, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των οποίων είναι προκαθορισμένα και επιδρούν εν μέρει στην υγεία, όπως η ηλικία, το φύλο και η γενετική προδιάθεση. Αυτά περιβάλλονται από παράγοντες, που βρίσκονται σε άμεση και δυναμική αλληλεπίδραση καθόλη τη διάρκεια της ζωής, και οι οποίοι μπορεί να τροποποιηθούν από την πολιτεία με πολιτικές.^{8,10} Οι παράγοντες αυτοί είναι :

1. Ο τρόπος ζωής των ατόμων, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, οι διατροφικές συνήθειες και η σεξουαλική συμπεριφορά.
2. Τα κοινωνικά δίκτυα (οι σχέσεις με την οικογένεια, με τους φίλους, με τους γείτονες και την τοπική κοινωνία), η κοινωνική υποστήριξη- συνοχή και η αμοιβαιότητα.
3. Οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, η πρόσβαση σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες, το μορφωτικό επίπεδο.
4. Το γενικότερο πολιτικοοικονομικό, πολιτιστικό και φυσικό περιβάλλον.

Από πλήθος ερευνών έχει βρεθεί ότι οι συστηματικές διαφορές στην κατανομή των παραγόντων (το εισόδημα, η φτώχεια, οι εργασιακές συνθήκες, η έλλειψη κοινωνικής

συνοχής), είναι υπεύθυνες για τις ανισότητες στα επίπεδα υγείας.^{11,12} Οι κυριότεροι συμπεριφοριστικοί παράγοντες κινδύνου στην Ευρώπη θεωρούνται:¹³

1. Το κάπνισμα.
2. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.
3. Η χαμηλή πρόσληψη σε φρούτα και λαχανικά.
4. Η μειωμένη φυσικά δραστηριότητα.
5. Η παχυσαρκία.
6. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης και αρτηριακής υπέρτασης.
7. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών.
8. Η σεξουαλική συμπεριφορά.
9. Τα χαμηλά επίπεδα σιδήρου στο αίμα .

Ο Ο.Ο.Σ.Α χρησιμοποιεί για την μέτρηση των κύριων συντελεστών της υγείας τα πέντε πρώτα προαναφερόμενα σε ενήλικες και παιδιά.¹⁴

Υπό το πρίσμα των παραπάνω, καθίσταται επιβεβλημένη η στόχευση των προγραμμάτων πρόληψης μιας χώρας σε όλο το φάσμα των προσδιοριστών υγείας^{15,16}. Η πρόληψη αναφέρεται σε όλες εκείνες της ενέργειες, που αποσκοπούν στην μείωση των κινδύνων εμφάνισης ή της εξελικτικής επιδείνωσης της αρρώστιας και της νόσου. Από μακροχρόνιες έρευνες είναι αποδεδειγμένη, η συμβολή των μέτρων προληπτικής ιατρικής στην μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα λοιμώδη

νοσήματα.^{13,17,18} Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης:

1. Πρωτογενής. Σε αυτήν εντάσσονται όλες οι δραστηριότητες και τα μέτρα για την μείωση της επίπτωσης (incidence) μιας νόσου. Αυτά μπορούν να εστιάζονται στο άτομο (διατροφικές συνήθειες, σωματική άσκηση, εμβολιασμοί, σωματική υγιεινή) ή στον πληθυσμό (έλεγχος του πόσιμου νερού, αποχετευτικό σύστημα, υγιεινή νοικοκυριών και χώρου εργασίας, αγωγή υγείας).
2. Δευτερογενής. Σε αυτήν περιλαμβάνονται οι ενέργειες για την μείωση του επιπολασμού μιας αρρώστιας. Σχετίζεται με την πρόωπη διάγνωση (προσυμπτωματικός έλεγχος) και την θεραπεία των πασχόντων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι εξετάσεις ελέγχου του καρκίνου, όπως τεστ Παπανικολάου, μαστογραφίες.^{13,18}
3. Τριτογενής. Σε αυτήν, ο ρόλος της επεκτείνεται στον τομέα αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης. Περικλείονται οι ενέργειες, που στοχεύουν στην μείωση του επιπολασμού της χρόνιας ανικανότητας και των υποτροπών της αρρώστιας στον πληθυσμό. Τα προγράμματα παρηγορητικής

φροντίδας των καρκινοπαθών είναι αντιπροσωπευτικά αυτής.

Η «Υγεία 2020» και η Ελλάδα

Το 2013, ο Π.Ο.Υ. και τα 53 μέλη της Ευρωπαϊκής ηπείρου συμφώνησαν για την πολιτική της υγείας έως το 2020. Τα κράτη ενέκριναν συγκεκριμένους στόχους και δείκτες για να ελέγξουν την εφαρμογή και την επίπτωση του «Υγεία 2020», ορίζοντας ως σημείο αναφοράς προόδου το έτος 2010.¹ Οι έξι στόχοι είναι:

1) Η μείωση της πρόωρης θνησιμότητας. Αυτός ποσοτικοποιείται από τρεις υποστόχους, την πρόωρη θνησιμότητα από τις κύριες μη-μεταδοτικές παθήσεις (Noncommunicable Diseases – NCDs) όπως ο καρκίνος, οι καρδιοαγγειακές παθήσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, τις ασθένειες που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς και την θνησιμότητα από εξωτερικά αίτια, όπως τα τροχαία ατυχήματα.

Για την πρόωρη θνησιμότητα από τις NCDs, έχει τεθεί ο στόχος της ετήσιας μείωσης κατά 1,5% έως το 2020. Οι βασικοί δείκτες που συνδέονται με αυτόν είναι το σύνολο των θανάτων από τις NCDs, του επιπολασμού των καπνιστών άνω των 18 ετών, τη συνολική κατανάλωση αλκοόλ ατόμων άνω των 15 ετών, του επιπολασμού των υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων. Από τα στοιχεία παρατηρείται ότι οι θάνατοι από



τα NCDs στην Ελλάδα το 2012 ήταν 256 ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους, ενώ το 2011 ανήλθαν στους 259. Αν και η Ευρώπη παρουσιάζει πτώση 2% μέχρι το 2012 πετυχαίνοντας το στόχο, στην Ελλάδα η θνησιμότητα αυξάνεται κατά 1%, με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε αντίθετη πορεία.¹⁹ Ο επιπολασμός των ενήλικων καπνιστών στην Ελλάδα ήταν περίπου 39% το 2010, παραμένοντας σταθερός έως το 2014 και ένας από τους μεγαλύτερους στην Ευρώπη. Αντίθετα ο αντίστοιχος μέσος όρος των ευρωπαϊκών χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 23% το 2010 ενώ το 2012 μειώθηκε στο 22,8%.²⁰ Συνεπώς εάν δεν εφαρμοστούν κατάλληλα μέτρα και πολιτικές, η επιδίωξη για μείωση κατά 30% έως το 2025 φαντάζει πολύ δύσκολη.^{1,16}

Στη συνέχεια, η κατανάλωση αλκοόλ των ατόμων άνω των 15 ετών στην Ελλάδα προσέγγιζε τα 8,2 λίτρα ανά κάτοικο (litpercap) το 2010,¹⁴ υποχωρώντας στα 7,9 litpercap το 2012,²¹ καταλήγοντας στα 7,6 litpercap το 2013.²⁰ Παρόμοια εικόνα παρουσίασε και η Ευρώπη, η οποία είχε ποσοστό 10,07 litpercap το 2010¹⁴, φτάνοντας στα 10,1 litpercap το 2012.²¹ Συνεπώς και εφόσον συνεχιστεί η μειωτική πορεία, ο στόχος της ελάττωσης της κατανάλωσής αλκοόλ κατά 10% μέχρι το 2025 φαίνεται ότι μπορεί να υλοποιηθεί.

Επιπρόσθετα, το 2010 ο επιπολασμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων στην

Ελλάδα από 59,1% και 21,3% αντίστοιχα, ανήλθε στο 60,5% και στο 22,9 το 2014.¹ Την ίδια στιγμή, ο ευρωπαϊκός μέσος όρος άγγιζε το 56,6% και το 21% το 2010, αυξανόμενος στο 58,6% και 23% το 2014.¹ Από την σύγκριση των δεδομένων, προκύπτει ότι η Ελλάδα είναι αρνητικός πρωταγωνιστής ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, χωρίς να καταφέρνει την συνθήκη για τη μείωση και τον έλεγχο της παχυσαρκίας.¹³ Συνοψίζοντας τα προηγούμενα, επισημαίνεται ότι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για τις NCDs. Τα επιδημιολογικά δεδομένα της Ελλάδος καταδεικνύουν την επιρρέπεια τους σε αυτές και κατ' επέκταση στην πρόωγη θνησιμότητα από αυτές.¹

Όσο αφορά την εξάλειψη των ασθενειών που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς, κύριος προσδιοριστικός δείκτης είναι το ποσοστό εμβολιασμού των παιδιών για την ιλαρά, την πολιομυελίτιδα και την ερυθρά.¹ Οι πληροφορίες για την Ελλάδα αποκαλύπτουν την κάλυψή σε ποσοστό 99% σταθερά από το 2010 έως το 2012, τόσο για την ερυθρά όσο και για την πολιομυελίτιδα. Αντίθετα ο ευρωπαϊκός μέσος όρος από 93,4% και 94,7% το 2010 αυξήθηκε σε 94,6% και 95,4% το 2012 αντίστοιχα, υπολειπόμενος όμως σε σχέση με την Ελλάδα¹. Τέλος, από τα στοιχεία του Π.Ο.Υ¹ για την πρόωγη θνησιμότητα από εξωτερικά αίτια (τροχαία ατυχήματα και

αυτοκτονίες), η Ελλάδα εμφανίζει μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τη Ευρώπη. Στην Ελλάδα, οι θάνατοι από εξωτερικά αίτια από 30 ανά 100.000 κατοίκους το 2010, μειώθηκε σε 29 το 2011. Σε αντιστοιχία οι θάνατοι στην Ευρώπη ξεπερνούσαν τους 60,9 ανά 100.000 κατοίκους το 2010, μειούμενος στους 60,2 το 2011.¹

2) Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Η αποτύπωση γίνεται με το δείκτη του προσδόκιμου επιβίωση κατά την γέννηση, ο οποίος θα πρέπει να συνεχίζει να αυξάνεται σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.¹. Από τα στοιχεία φανερώνεται η υπεροχή της Ελλάδος σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Πράγματι η Ελλάδα είχε προσδόκιμο επιβίωσης τα 80,7 έτη το 2010, ανεβαίνοντας σταδιακά στα 80,9 το 2011, φτάνοντας τα 81,4 το 2013. Στην Ευρώπη συνεχίστηκε η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά την γέννηση από 76,6 το 2010 σε 76,8 το 2011.^{20,22}

3) Η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.

Από πλήθος μελετών έχουν αναδειχτεί οι ανισότητες στην υγεία και η συσχέτιση τους με συγκεκριμένους κοινωνικούς προσδιοριστές.^{4,10,11} Οι κύριοι δείκτες που αποτυπώνουν την μείωση αυτή είναι:¹

1. Η παιδική θνησιμότητα ανά 1000 γεννήσεις
2. Η αναλογία των παιδιών που δεν εντάσσονται στην επίσημη πρωτοβάθμια παιδεία.
3. Η ανεργία.

4. Το προσδόκιμο επιβίωσης

5. Η εθνικές ή οι περιφερειακές πολιτικές, που θέτουν επί τάπητος την μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων, τεκμηριωμένα και εξακριβωμένα.

Η παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα, υπολογιζόταν στους 3,8 ανά 1000 γεννήσεις το 2010, ακολούθησε μια πτωτική πορεία φτάνοντας τους 2,9 θανάτους το 2012, ανεβαίνοντας όμως στους 3,7 το 2013, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία.²⁰ Παρόλο που τα ποσοστά είναι χαμηλότερα συγκρινόμενα με της Ευρώπης (7 ανά 10.000 γεννήσεις σταθερά έως το 2011), φαίνεται ότι βαίνουν αντίθετα με το στόχο για μείωση.^{20,23} Αντίθετα, η αναλογία των παιδιών, που δεν εντάσσονται στην πρωτοβάθμια μειώνεται πανευρωπαϊκά από 15,2% το 2010, σε 12,7% το 2011 και 10,5% το 2012.¹ Ανάλογη πορεία παρατηρείται και στην Ελλάδα όπου ο αριθμός των παιδιών από 2787 υποχώρησε στα 1550 το 2012.²⁴

Πολύ σημαντικός δείκτης για τις ανισότητες αποτελεί η ανεργία, τα υψηλά επίπεδα της οποίας έχουν συσχετιστεί με την υιοθέτηση ανθυγιεινού τρόπου ζωής, αύξησή του άγχους και ψυχολογικές διαταραχές.^{6,25} Η ανεργία στην Ελλάδα από 12,5% το 2010, εκτοξεύθηκε στο 26,5% το 2014 λόγω της οικονομικής κρίσης.²² Από της άλλη, ο μέσος όρος ανεργίας την Ευρώπη παρέμεινε σταθερός γύρω στο 9% έως το 2012.¹ Όσο



αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αναλυθεί προηγουμένως, ενώ ο αριθμός των χωρών που εφαρμόζουν μια πολιτική για τις ανισότητες έχει αυξηθεί το 2013 σε σχέση με το 2010. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν να κάνουν με την αντιμετώπιση της φτώχειας, την ενσωμάτωση των μειονοτήτων και την βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος.¹

4) Η ενίσχυση της ευημερίας των πληθυσμών.

Η ευημερία δεν έχει κάποιον συγκεκριμένο δείκτη μέτρησης, γι' αυτό περιγράφεται υποκειμενικά από την αντίληψη του ίδιου του ατόμου για την κατάσταση του, και αντικειμενικά μέσα από δείκτες όπως η ανεργία, το ποσοστό των παιδιών που δεν εντάσσονται στην πρωτοβάθμια παιδεία, οι υπηρεσίες κοινής ωφέλειας (αποχετευτικό σύστημα, υδροδότηση) και η κοινωνική υποστήριξη. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι το αίσθημα της ικανοποίησης από τη ζωή και την ύπαρξη άμεσου και στενού κοινωνικού περίγυρου (συγγενείς, φίλοι, γείτονες) σε περίπτωση ανάγκης βρίσκεται στο 5,9 σε κλίμακα του 10 και πάνω από 80% στην Ελλάδα και στην πλειοψηφία των χωρών της Ευρώπης το 2015. Στις υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, το 98,9% του πληθυσμού της Ελλάδας έχει βελτιωμένες υπηρεσίες σε σχέση με το 97,9% του μέσου όρου της Ευρώπης.¹

5) Η μετακίνηση προς την καθολική κάλυψη της υγείας.

Σύμφωνα με το Π.Ο.Υ, η καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού αναφέρεται στην ισότιμη πρόσβαση σε αποτελεσματικές και απαραίτητες υπηρεσίες, χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Οι κύριοι δείκτες μέτρησης είναι οι συνολικές δαπάνες της υγείας ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ), οι συνολικές ιδιωτικής χρηματοδότησης δαπάνες στο σύνολο των δαπανών, και το ποσοστό των εμβολιασμένων παιδιών. Από τα δεδομένα φαίνεται ότι οι συνολικές δαπάνες και οι ιδιωτικές δαπάνες για την Ευρώπη διατηρούνται αμετάβλητες στο 8,3% του ΑΕΠ και στο 24% των συνολικών δαπανών έως το 2012. Το ίδιο διάστημα στην Ελλάδα, οι συνολικές δημόσιες δαπάνες και οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες από 9,84% του ΑΕΠ και 29,7% στις συνολικές δαπάνες, φτάνουν στο 8,65% του ΑΕΠ και 35,6% αντίστοιχα.^{1,20,22} Από τα στοιχεία, γίνεται αντιληπτό ότι τα προγράμματα προσαρμογής της ελληνικής οικονομίας και η οικονομική ύφεση έχουν επηρεάσει την πρόσβαση και την διάθεση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, μεταφέροντας το κόστος στην ιδιωτική συμμετοχή.⁶

6) Η καθιέρωση εθνικών στόχων που τίθενται από τα κράτη μέλη

Το ποσοστό των χωρών, των οποίων οι πολιτικές ευθυγραμμίστηκαν με την «Υγεία 2020» αυξήθηκε από 58% σε 75% το 2013.

Μέσα από την διαδικασία στοχοθέτησης, τη δημιουργία υπευθύνων μηχανισμών και την εφαρμογή των σχεδίων, υιοθετήθηκαν οι προσεγγίσεις και οι αρχές για την βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών.¹

Συμβολή του προσυμπτωματικού ελέγχου στους στόχους του Π.Ο.Υ.

Η αξία του προσυμπτωματικού ελέγχου στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου και κατά συνέπεια τη θεραπεία έχει αποδειχτεί από πλήθος ερευνών, ιδιαίτερα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη και του παχέος εντέρου.²⁶ Εξετάσεις όπως η μαστογραφία, το τεστ Παπανικολάου, οι αιματολογικές εξετάσεις για τα επίπεδα του σακχάρου και της χοληστερίνης αποτελούν τις πιο διαδεδομένες, συμβάλλοντας στην μείωση του επιπολασμού του μη-μεταδιδόμενων ασθενειών και στην θεραπεία, αποκατάσταση και διάρκεια εξέλιξης αυτών.^{11,27} Τα μαζικά προγράμματα ελέγχου όμως, πέρα από την πρώιμη διάγνωση, λειτουργούν και ως πύλης εισόδου των ατόμων στα συστήματα υγείας.¹¹

Σε συνάρτηση και με τη δήλωση του πρώην υπουργού υγείας, περί καθολικού υποχρεωτικού προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού για συγκεκριμένες παθήσεις και μη κάλυψη των νοσηλίων σε όσους δεν υποβληθούν σε έλεγχο σε περίπτωση νοσήσεως, έχει αναπτυχθεί συζήτηση σχετικά

με την συμβολή ή όχι του μαζικού ελέγχου στην επίτευξη των στόχων του Π.Ο.Υ.^{17,28,29} Αρχικώς, θα πρέπει να εξεταστεί η επάρκεια των πόρων του συστήματος (ανθρώπινων και υλικών). Μέσα σε αυτό το περιβάλλον δημοσιονομικής προσαρμογής και περικοπών στην υγεία, το ίδιο το σύστημα αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και θα ήταν ακόμα δυσκολότερο να ανταποκριθεί σε αυτό.^{6,30} Υπολογίζοντας και την δημογραφική αλλαγή της Ελλάδος, η ανάγκη υπηρεσιών υγείας θα αυξηθεί και τα συστήματα υγείας θα αντιμετωπίσουν μεγάλες οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις.^{16,31}

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, έχει αρχίσει να αμφισβητείται ο ρόλος του μαζικού ελέγχου στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας.¹⁷ Η επιρροή του στους δείκτες αυτούς είναι πολύ μικρή, ενώ ολόένα και αυξάνει το ενδιαφέρον για τις βλαβερές επιπτώσεις που μπορεί αυτοί να έχουν.³³ Λανθασμένα αποτελέσματα μπορεί να οδηγήσουν σε διαγνωστικές επεμβάσεις που δεν χρειάζονται, σε άγχος, σε αίσθημα ανασφάλειας στο ιατρικό προσωπικό και σε καθυστερημένη ιατρική επίσκεψη.³⁴ Από την άλλη, μια ενδεχόμενη εφαρμογή ενός καθολικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου όπως προτείνει ο πρώην υπουργός υγείας, με ρήτρα τη μη κάλυψη των νοσηλίων σε όσους δεν υποβληθούν και νοσήσουν, θα κρινόταν αποσπασματική επειδή δεν θα εκπλήρωνε



όλους τους στόχους του Π.Ο.Υ. (μείωση ανισοτήτων, ενίσχυση της ευημερίας, καθολική κάλυψη) και της πρόληψης.^{1,28}

Η πρόταση ενός προγράμματος πρόληψης επικεντρωμένο στην τροποποίηση των «επικίνδυνων συνηθειών» (κάπνισμα, παχυσαρκία, κατανάλωση αλκοόλ, κακή διατροφή) κρίνεται πιο αποτελεσματική.^{17,35}

Βασικό συστατικό του προγράμματος πρέπει να αποτελεί ο εμβολιασμός του πληθυσμού τόσο για την ιλαρά, ερυθρά, πολιομυελίτιδα, όσο και την ηπατίτιδα Β και C (HBV και HCV) και τα κονδυλώματα (HPV).³⁶

Συμπληρωματικά, ο στοχευμένος προσυμπτωματικός έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου έρχεται να εκπληρώσει το ρόλο του.^{11,26} Η επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, έχουν επηρεάσει περισσότερο τις χαμηλά κοινωνικές τάξεις και τις μειονότητες.⁴ Ταυτόχρονα δεν θα πρέπει να λησμονηθεί και το ζήτημα των μεταναστών και προσφύγων και πως αυτά τα άτομα μπορούν να ενταχθούν στις δράσεις αυτές.^{2,9,38}

Συμπεράσματα

Η Ελλάδα φαίνεται να πρωταγωνιστεί αρνητικά ως προς την επίτευξη των στόχων, λόγω της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας. Η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία και η αντίστοιχη αύξηση των συνολικών ιδιωτικών δαπανών, αναδεικνύει

την δυσκολία της πρόσβασης των χαμηλά κοινωνικών τάξεων σε υπηρεσίες υγείας. Η διατήρηση του υψηλού ποσοστού ανεργίας ενισχύει τις ανισότητες στην υγεία, οδηγώντας περισσότερες ομάδες σε κοινωνικό αποκλεισμό και ψυχολογικές διαταραχές. Επιπρόσθετα, ευθύνεται για την υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, ο οποίος εγκυμονεί μακροπρόθεσμους κινδύνους υγείας. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης κρίνεται επιβεβλημένος για την αλλαγή της υγειονομικής κατεύθυνσης της χώρας, με την έμφαση να δίνεται στην πρωτοβάθμια πρόληψη. Η τελευταία εκτός ότι αποτελεί οικονομικότερη λύση, φαίνεται ότι επηρεάζει τους παράγοντες που ευθύνονται αποδεδειγμένα για τις μη-μεταδοτικές παθήσεις, αλλά με πιο μακροχρόνια αποτελέσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WorldHealth Organization. The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO. ISBN 978 92 890 1430 4, Retrieved from:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-

-
- [en.pdf?ua=1](#), Accessed 03/01/2016, 2015.
2. Lancet, T. Europe in 2015—health in a diverse and changing region. *The Lancet* 2015; 386(10000): 1211.
 3. Stuckler D, King L P, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Med* 2008; 5(7):e143.
 4. Κυριόπουλος Β, Τσιάντου Μ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη Αρχεία ελληνικής Ιστορίας 2010;27(5):834-840.
 5. Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012;11(1):202-212.
 6. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014;383(9918): 748-753.
 7. OECD, Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en, Accessed 03/01/2016, 2015.
 8. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social 9. Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies 1991.
 9. Αθανασοπούλου Μ, Μεχίλι-Ενκελεϊντ Α, Αθανασοπούλου Α, Διομήδους Μ. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2013;5(4): 162-167.
 10. Bambra C, Gibson M, Amanda S, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009: jech-2008.
 11. Di Cesare M, Khang Y H, Asaria P, Blakely T, Cowan M J, Farzadfar F, Lancet NCD Action Group. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *The Lancet* 2013; 381(9866): 585-597.
 12. Χαράλαμπος Α, Τσίτση Θ. Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010; 27(1): 106-112.
 13. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines Geneva: WHO. ISBN 92 4 154557 7, Retrieved from:
-



- <http://www.who.int/iris/handle/10665/42494>, Accessed 03/01/2016, 2002.
14. OECD. Health at a glance: Europe 2012, OECD Publishing, Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>, Accessed 03/01/2016, 2012.
15. World Health Organization Gaining health: the European strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Copenhagen: WHO. ISBN 92-890 2179 9, Retrieved from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>, Accessed 03/01/2016, 2006.
16. World Health Organization. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO. ISSN 2077-1584, Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/asset/s/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf, Accessed 03/01/2016, 2013.
17. Μαστροκώστας Α. Πρόληψη του καρκίνου: Μήπως ήρθε η ώρα να πάρουμε την υγεία μας επιτέλους στα χέρια μας;? Το Βήμα του Ασκληπιού 2016;15(2): 97-101.
18. Danaei G. Global burden of infection-related cancer revisited. The Lancet Oncology 2012; 13(6): 564-565.
19. Vlachadis N, Vrachnis N, Ktenas E, Vlachadi M, Kornarou E. Mortality and the economic crisis in Greece. The Lancet 2014; 383(9918): 691.
20. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en Accessed 03/01/2016, 2015.
21. OECD. Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en, Accessed 03/01/2016, 2014.
22. ELSTAT [website]. Living conditions in Greece. Athens: Hellenic Statistical Authority, Available at: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-livingcond>, Accessed 03/01/2016, 2015a.
23. Michas G, Varytimiadi A, Chasiotis I, Micha R. Maternal and child mortality in Greece. The Lancet 2014; 383(9918): 691-692.
24. UNESCO Institute for Statistics data centre [online database]. Montreal: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Retrieved from: <http://www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx>, Accessed 03/01/2016, 2014.

25. Τσαλακοπούλου Β, Σαράφης Π. Ελληνική Υγεία: Εξε-ληγμένη ή Εξελιγμένη. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2013; 5(2): 49-65.
26. Dimitrakaki C, Boulamatsis D, Mariolis A, Kontodimopoulos N, Niakas D, and Tountas Y. Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nationwide Hellas Health I survey. European Journal of Cancer Prevention 2009; 18(3): 248-257.
27. Frederiksen B L, Jorgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. British journal of cancer 2010; 103(10): 1496-1501.
28. Δελτίο Τύπου Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Ανάκτηση από: <http://www.isathens.gr/sylogos/arxeio-drasewn-isa/5225-isa-diaxronika-yper-proliptikis-iatrikis-alla-oxitimwria-politwn.html>, στις 03/01/2016, 2015.
29. Δελτίο Τύπου, Γραφείο Υπουργού Υγείας, Ανάκτηση από: <http://www.moh.gov.gr/articles/mini-stry/grafeio-typoy/press-releases/3430-dhlwsh-ytoyrgoy-ygeias-panagiwth-koyroymplh-quot-eimaste-h-monh-xwra-sto-dytiko-hmisfairio-xwris-ethniko-programma>
30. Tsounis A, Sarafis P, Alexopoulos E C. Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. TheLancet2014;384(9960): 2110.
31. Πατελάρου Α, Μανιδάκη Α, Μπαλολάκης Α, Ορφανού Ε, Πατελάρου Ε. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2011; 4(3): 53-61.
32. KrogsbøllLT, JørgensenKJ, GrønhøjLarsenC, GøtzschePC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2, 2012.
33. Krogsbøll L T, Jørgensen K J, Gøtzsche P C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. JAMA 2013; 309(23): 2489-2490.
34. Edge Leading. Cancer detection and primary care... revisited. The Lancet Oncology 2009; 10(2): 97.
35. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez A D, Murray C J, Ezzati M, Comparative Risk Assessment collaborating group



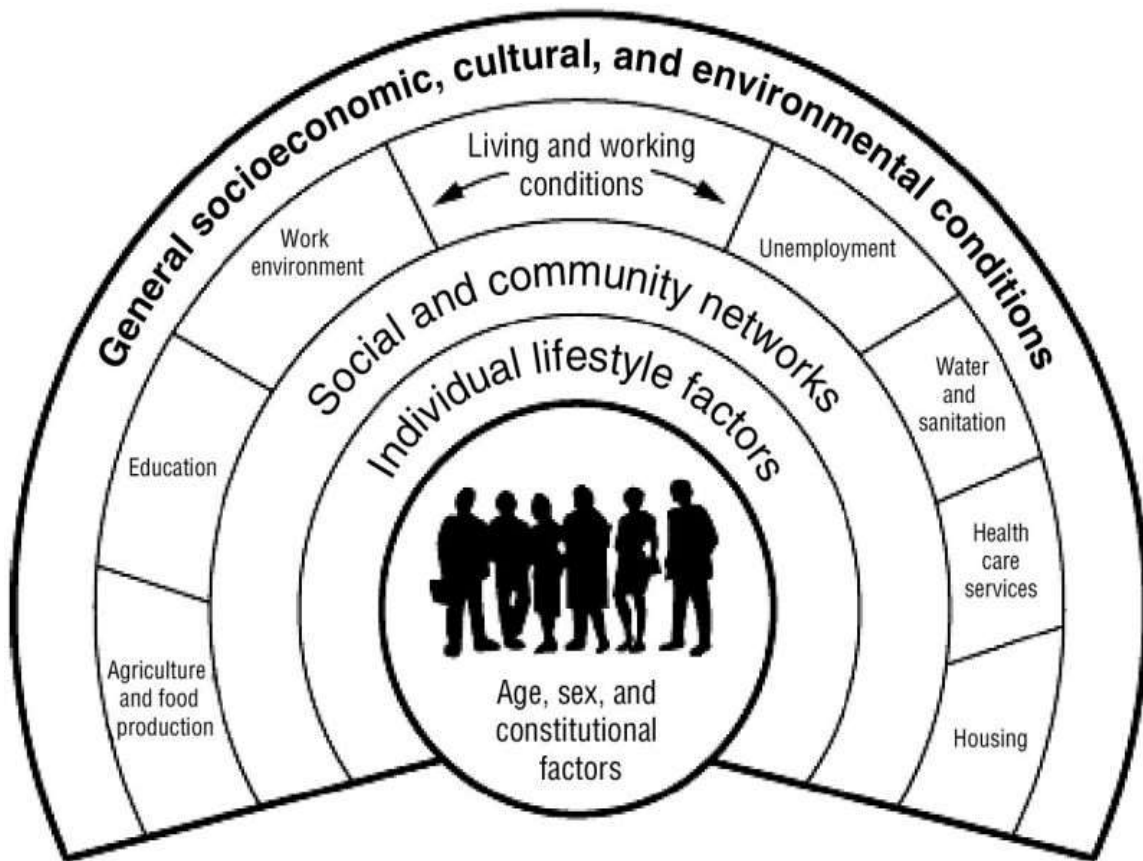
(Cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. *The Lancet* 2005; 366(9499): 1784-1793.

36. De Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, Plummer M. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The lancet oncology* 2012; 13(6): 607-615.

37. Αθανασοπούλου Μ, Μεχίλι-Ενκελεϊντ Α, Αθανασοπούλου Α, Διομήδους Μ. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2013; 5(4): 162-167.

38. Ρούπα Ζ, Ζωγράφου Π, Βασιλόπουλος Αρ. Οι μετανάστες ως χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2014; 6(4): 154-159.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Εικόνα 1. Το μοντέλο του Dahlgren and Whitehead.*

*ΠΗΓΗ: Dahlgren and Whitehead (1991). Used with permission of the Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden.