

Interreg

Greece-Bulgaria

EQUAL2HEALTH



European Regional Development Fund

Τίτλος έργου: Μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για κοινωνικά σημαντικές ασθένειες σε υποβαθμισμένες κοινότητες διασυνοριακών περιοχών - Equal2Health

Παραδοτέο 3.1.3. Ανάλυση της τρέχουσας κατάστασης στις ανισότητες στην υγεία για κοινωνικά σημαντικές ασθένειες στην περιοχή GR CB

Δικαιούχος:



Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» Ψ.Ν.Θ., Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

	Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και από εθνικούς πόρους των χωρών που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Συνεργασίας INTERREG VA "Ελλάδα-Βουλγαρία 2014-2020"	
---	--	---

Δήλωση Αποποίησης Ευθυνών: Το παρόν παραδοτέο έχει παραχθεί με την οικονομική βοήθεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα περιεχόμενα του παραδοτέου αποτελούν αποκλειστική ευθύνη του δικαιούχου του έργου και δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί ότι εκφράζουν τις απόψεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των συμμετεχουσών χωρών, της Διαχειριστικής Αρχής και της Κοινής Γραμματείας.

Συγγραφέας: Κώστας Καραμάρκος

URBAN & REGIONAL
STRATEGIC PLANNER

limits above the sky

Δ/νση: Βασιλικής Μικρού 4, ΤΚ. 50131, Κοζάνη | Αλ. Παπαναστασίου & Γρ. Κουσίδη 6, ΤΚ. 15572, Ζωγράφου, Αθήνα
Τηλ: 2461030713 & 6973 351800 | Email: kostas@kkc.gr & kostaskaramarkos@gmail.com

Abstract

The current deliverable is addressing the issue for social determinants of health in the cross border area, firstly by presenting in brief the relevant literature, making a comparative analysis of the social important diseases and the factors that affects them. It then focuses on the social determinants of health in the cross-border area taking also into account the previous outputs of the project. Based on the analysis, there are important issues in almost all social determinants of health and especially concerning poverty, social exclusion, living conditions, low income, and unemployment. The 2010-2016 financial and humanitarian crisis created has brought Greece in to a direr situation than Bulgaria.

Πίνακας Περιεχομένων

Παραδοτέο 3.1.3. Ανάλυση της τρέχουσας κατάστασης στις ανισότητες στην υγεία για κοινωνικά σημαντικές ασθένειες στην περιοχή GR CB.....	1
Κατάλογος Γραφημάτων	4
Κατάλογος Σχημάτων	4
Κατάλογος Πινάκων	5
1 Εισαγωγή.....	6
2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση και θεωρητική παρουσίαση των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία και των ασθενειών που επηρεάζονται σημαντικά από αυτούς.....	8
2.1 Εκτίμηση των αναγκών διερεύνησης και ο σαφής καθορισμού του σκοπού της ανασκόπησης.....	8
2.2 Καθορισμός ερωτήματος	12
2.3 Ανάπτυξη πρωτοκόλλου	14
2.3.1 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας	14
2.3.2 Μεθοδολογία	14
2.3.3 Κριτήρια Ταχείας βιβλιογραφικής επισκόπησης	16
2.3.4 Πηγές άντλησης δεδομένων	17
2.3.5 Χρονοδιάγραμμα ολοκλήρωσης	17
3 Συγκριτική παρουσίαση και ανάλυση κοινωνικά σημαντικών ασθενειών και παραγόντων πρόκλησής τους (κοινωνικά χαρακτηριστικά, επιβλαβείς συνήθειες κ.λπ.) στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε.	17
3.1 Ανάλυση κοινωνικά σημαντικών ασθενειών.....	17
3.2 Ανάλυση παραγόντων πρόκλησής τους	23
3.2.1 Εκπαίδευση	24
3.2.2 Ανεργία και Εργασιακή Ανεσφάλεια	25
3.2.3 Εργασιακές συνθήκες	26
3.2.4 Διατροφή	28
3.2.5 Στέγαση, βασικές ανέσεις και περιβάλλον	29
3.2.6 Κοινωνικός αποκλεισμός και διακρίσεις	34
3.2.7 Δομικοί παράγοντες.....	36
3.3 Συγκριτική παρουσίαση	37
4 Ανάλυση των δευτερογενών πηγών σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές στην υγεία (κοινωνικά σημαντικές ασθένειες) στην Ελληνική διασυνοριακή περιοχή.	38
4.1 Κοινωνικά σημαντικές ασθένειες.....	38
4.1.1 Ελλάδα	38
4.1.2 Βουλγαρία	42
4.2 Παρουσίαση δεδομένων για τη διασυνοριακή περιοχή	43
4.2.1 Δημογραφικά στοιχεία διασυνοριακής περιοχής	43
4.2.2 Υποδομές υγείας και προσωπικό	46
5 Αξιοποίηση όλων των προηγούμενων εκθέσεων και μελετών στο πεδίο που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του έργου.....	53
5.1 Αξιοποίηση μελετών έργου	53
5.2 Καλές Πρακτικές	56
5.2.1 Trisan.....	57
5.2.2 Project INTERSYC	59
5.2.3 Healthacross for future	61
6 Εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεις προς την κατεύθυνση υλοποίησης δράσεων για το μετριασμό των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας-Βουλγαρίας.	65

6.1	Συμπεράσματα ανάλυσης	65
6.2	Προτάσεις μετριασμού.....	66
	Αναφορές.....	69

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1	Μη ικανοποιημένες ανάγκες υγείας, ΕΕ-27, 2020	23
Γράφημα 2	Ποσοστό αποχώρησης από την εκπαίδευση, 2013-2020	24
Γράφημα 3	Ποσοστά ανεργίας, 2010-2020	25
Γράφημα 4	Μακροχρόνια ανεργία, 2010-2020	25
Γράφημα 5	Ποσοστό NEETs, 2010-2020	26
Γράφημα 6	Κίνδυνος έκθεσης σε παράγοντες επικίνδυνους για τη φυσική ή ψυχική / πνευματική υγεία, 2020	27
Γράφημα 7	Εργασιακές συνθήκες, Ελλάδα, Βουλγαρία (<i>ad hoc</i> , 2017).....	28
Γράφημα 8	Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, (<i>ad hoc</i> , 2014)	28
Γράφημα 9	Ποσοστά παχυσαρκίας, (<i>ad hoc</i> , 2014)	29
Γράφημα 10	Ποσοστό συνωστισμού στις κατοικίες, 2010-2020	30
Γράφημα 11	Ποσοστό συνωστισμού στο σπίτι ανά επίπεδο φτώχειας, Ελλάδα, 2010-2020	30
Γράφημα 12	Ποσοστό συνωστισμού στο σπίτι ανά επίπεδο φτώχειας, Βουλγαρία, 2010-2020	31
Γράφημα 13	Ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, 2010-2020	31
Γράφημα 14	Ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, Ελλάδα, 2010-2020	32
Γράφημα 15	Ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, Βουλγαρία, 2010-2020	32
Γράφημα 16	Ποσοστό ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά με χαμηλή απασχόληση, 2010-2020	33
Γράφημα 17	Υλική αποστέρηση, σύνολο χωρών, 2010-2020	33
Γράφημα 18	Υλική αποστέρηση σε άτομα άνω των 65 ετών, 2010-2020	34
Γράφημα 19	Ποσοστό ατόμων με κίνδυνο φτώχειας (aRoPE), 2010-2020	35
Γράφημα 20	Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, 2013-2020	36
Γράφημα 21	Προσδόκιμο ζωής.....	39
Γράφημα 22	Παράγοντες κινδύνου, Ελλάδα, 2020	39
Γράφημα 23	Κύριες αιτίες θανάτου, Ελλάδα, 2017-2018	40
Γράφημα 24	Μεταβολή θανάτων από άλλες ασθένειες, Ελλάδα, 2017-2018	41
Γράφημα 25	Θάνατοι στην Ελλάδα κατά αιτία θανάτου, 2018	42
Γράφημα 26	Παράγοντες κινδύνου, Βουλγαρία, 2020	43
Γράφημα 27	Αριθμός επαγγελματιών υγείας ανά περιοχή, Βουλγαρία 2017	47
Γράφημα 28	Κύριες αιτίες θανάτων, 4 ^η ΥΠΕ	50

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1	Πλαίσιο για τους κοινωνικούς προσδιοριστές στην υγεία	9
Σχήμα 2	Μεθοδολογία.....	15
Σχήμα 3	Χρονοδιάγραμμα έρευνας (Gantt Chart)	17

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Κριτήρια βιβλιογραφικής επισκόπησης	16
Πίνακας 2 Πηγές δεδομένων	17
Πίνακας 3 Αριθμός θανάτων ανα αιτία θανάτου, Ελλάδα, Βουλγαρία, ΕΥ, 2018-2019	18
Πίνακας 4 Ποσοστό DALYs Ελλάδα, Βουλγαρία, ΕΕ, 2019	22
Πίνακας 5 Πληθυσμός στην περιοχή του προγράμματος	43
Πίνακας 6 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ, τρέχουσες τιμές	44
Πίνακας 7 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ, PPS	45
Πίνακας 8 Ποσοστό ανεργίας, διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας Βουλγαρίας.....	45
Πίνακας 9 Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού.....	46
Πίνακας 10 Κέντρα Υγείας και αριθμός κρεβατιών, Ελλάδα	46
Πίνακας 11 Επαγγελματίες υγείας στα Κέντρα Υγείας, Ελλάδα	47
Πίνακας 12 Δομές υγείας, Ελλάδα.....	48
Πίνακας 13 Δομές υγείας, Βουλγαρία	48
Πίνακας 14 Κρεβάτια ανα 1000 άτομα, διασυνοριακή περιοχή	49
Πίνακας 15 Θάνατοι και γεννήσεις, 2008-2011	49
Πίνακας 16 Κύριες αιτίες θανάτου, Ελλάδα	49
Πίνακας 17 Θνησιμότητα ανά ηλικιακή κατηγορία	50
Πίνακας 18 Κύριες αιτίες θανάτου, Βουλγαρία	52
Πίνακας 19 Trisan's project ID	57
Πίνακας 20 INTERSYC's project ID	59
Πίνακας 22 Healthacross for future project ID	61

1 Εισαγωγή

Το έργο Equal2Health με τίτλο «Μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για κοινωνικά σημαντικές ασθένειες σε υποβαθμισμένες κοινότητες διασυνοριακών περιοχών» σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της 2ης πρόσκλησης υποβολής προτάσεων του Προγράμματος Συνεργασίας Interreg V-A «Ελλάδα - Βουλγαρία 2014-2020» και συγκεκριμένα, στον Άξονα Προτεραιότητας 4 «Μια διασυνοριακή περιοχή χωρίς κοινωνικούς αποκλεισμούς» και στην επενδυτική προτεραιότητα 9α. «Επένδυση σε υγειονομικές και κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην εθνική, περιφερειακή και τοπική ανάπτυξη, μειώνοντας τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, προωθώντας την κοινωνική ένταξη μέσω βελτιωμένης πρόσβασης σε κοινωνικές, πολιτιστικές και ψυχαγωγικές υπηρεσίες και τη μετάβαση από τις θεσμικές στις κοινοτικές βασισμένες υπηρεσίες».

Ο γενικός στόχος του προγράμματος Equal2Health είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία στη διασυνοριακή περιοχή και η συμβολή στην εκτροπή σημαντικού όγκου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τα νοσοκομεία σε εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης και έμμεσα η παροχή καλύτερης υγειονομικής κάλυψης σε απομακρυσμένες και/ή κοινωνικά αποκλεισμένες κοινότητες μέσω: (1) της προστασίας (ιατρικές εξετάσεις) των πολιτών (ιδιαίτερα κοινωνικά ευάλωτων και ειδικών ομάδων πληθυσμού) από κοινωνικά σημαντικές ασθένειες, (2) της προώθησης της πρόληψης της υγείας και της «γνώσης» για τα ζητήματα της υγείας σε υποβαθμισμένες κοινότητες για την καλύτερη κατανόηση και ωφελιμότητα από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και (3) της ανάπτυξης υποστηρικτικού περιβάλλοντος για υγιή τρόπο ζωής.

Βασικός στόχος του παρόντος παραδοτέου είναι η ανάλυση της τρέχουσας κατάστασης στις ανισότητες στην υγεία για κοινωνικά σημαντικές ασθένειες στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας - Βουλγαρίας. Η κεντρική ιδέα είναι η παραγωγή μιας μελέτης εμπειρογνωμοσύνης ώστε να καταρτιστεί καλύτερα ο σχεδιασμός αντιμετώπισης των ανισοτήτων στη διασυνοριακή περιοχή.

Για αυτόν τον σκοπό, η παρούσα μελέτη εκκινεί με μια αδρή βιβλιογραφική επισκόπηση που αφορά στην παρουσίαση των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία. Το κεφάλαιο αυτό, εκτός από τη βιβλιογραφική επισκόπηση περιγράφει και τα ερευνητικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν ενώ περιγράφονται όλα τα μεθοδολογικά και τεχνικά στοιχεία που θα αξιοποιηθούν από την ομάδα έργου για την κατάρτιση της μελέτης.

Διαδεχόμενα γίνεται με συγκριτική παρουσίαση και ανάλυση των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών σε συνδυασμό με τους παράγοντες που τις προκαλούν. Ειδικότερα, εξετάζονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές για την υγεία όπως αυτοί περιγράφονται από τον Π.Ο.Υ. και έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφική επισκόπηση. Για παράδειγμα συζητούνται ζητήματα ανεργίας, εκπαίδευσης, διατροφής, υλικής αποστέρησης και εργασιακών συνθηκών.

Η μελέτη συνεχίζει με την παρουσίαση των κοινωνικών προσδιοριστών και την υφιστάμενη κατάσταση στη διασυνοριακή περιοχή. Παράλληλα, παρουσιάζονται πολύ συνοπτικά κάποιες καλές πρακτικές και αποτελέσματα προηγούμενων εκθέσεων του έργου, ώστε να γίνει η βασική εξαγωγή συμπερασμάτων και να παρουσιαστούν οι προτάσεις μετριασμού των ανισοτήτων στην υγεία.

2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση και θεωρητική παρουσίαση των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία και των ασθενειών που επηρεάζονται σημαντικά από αυτούς.

2.1 Εκτίμηση των αναγκών διερεύνησης και ο σαφής καθορισμός του σκοπού της ανασκόπησης

Οι διαστάσεις του αγαθού της υγείας όπως περιγράφονται και καταγράφονται ανά εποχή σχετίζονται και διαφοροποιούνται αναλόγως με τις εκάστοτε κοινωνικοπολιτικές συνθήκες που επικρατούν. Στη σύγχρονη εποχή, είναι ευρέως κατανοητό ότι το αγαθό της υγείας περιλαμβάνει εκείνους τους παράγοντες που έχουν ως σκοπό να προφυλάξουν και να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας εν γένει. Ο ορισμός της «υγείας», όπως αυτός αποδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) περιλαμβάνει αρνητική σημασιολογική προσέγγιση και συγκεκριμένα «υγεία είναι η απουσία της νόσου». Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως προσδιοριστές της υγείας (social determinants of health).

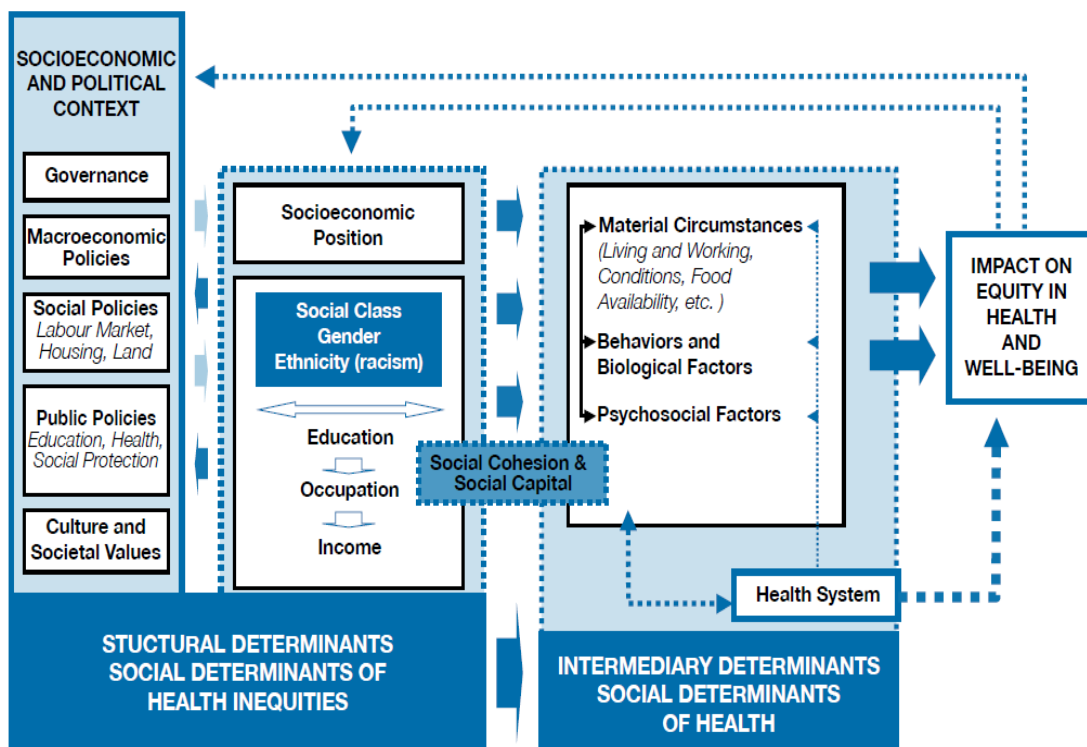
Ο Π.Ο.Υ. έχει εκτενώς αναλύσει τους κοινωνικούς προσδιοριστές και τις ασθένειες που επηρεάζονται σημαντικά από αυτούς. Το παρακάτω Σχήμα 1 συγκεντρώνει τα βασικά στοιχεία του πλαισίου από τον Π.Ο.Υ. Το Σχήμα 1 εντοπίζει και συνοψίζει όλα τα βασικά σημεία του πλαισίου, οργανώνοντας με ενιαίο τρόπο όλες τις κύριες κατηγορίες για τους κοινωνικούς προσδιοριστές που δημιουργούν ανισότητες στην υγεία (1). Το πλαίσιο καθιστά συγκεκριμένες ορισμένες κατηγορίες, οι οποίες θα συζητηθούν στην παρούσα μελέτη.

Η γενική ιδέα για το πλαίσιο αυτό είναι ότι η κοινωνική διαστρωμάτωση παίζει καθοριστικό ρόλο στους «μηχανισμούς ανισότητας στην υγεία». Η κοινωνική διαστρωμάτωση δημιουργεί διαφορετική έκθεση σε επιβαρυντικές για την υγεία συνθήκες ή / και ευπάθεια, όσον αφορά τις συνθήκες υγείας και τη διαθεσιμότητα υλικών πόρων. Επιπροσθέτως, καθορίζει οριακές συνέπειες για την μειωμένη υγεία στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες πληθυσμού (συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών). Στην ουσία, φαίνεται ότι το κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο των χωρών αποτελούν το ευρύ φάσμα των παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο της υγείας των ατόμων. Οι παράγοντες αυτοί, ασκούν ισχυρή διαμορφωτική επίδραση στα πρότυπα κοινωνικής διαστρωμάτωσης και, επομένως, στην υγεία των ανθρώπων.

Για παράδειγμα, κάποιοι ερευνητές έχουν συγκεντρώσει με την πάροδο των ετών ένα όλο και πιο σταθερό σύνολο στοιχείων που αποδεικνύουν ότι η ποιότητα πολλών κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας εξαρτάται από τις πολιτικές προσεγγίσεις στη δημόσια υγεία. Για να αναφέρουμε μόνο ένα παράδειγμα, η πολιτεία της Κεράλα στην Ινδία

έχει μελετηθεί ευρέως, δείχνοντας τη σχέση μεταξύ της εντυπωσιακής μείωσης των ανισοτήτων τα τελευταία 40 χρόνια και των βελτιώσεων στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού της, (2) Αντιστοίχως, άλλες μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ πολιτικών μεταβλητών και υγείας του πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο και καμία δεν έχει συμπεριλάβει έναν ολοκληρωμένο αριθμό πολιτικών μεταβλητών για να κατανοήσουν την επίδρασή τους στην υγεία του πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα προσαρμόζονται για τους οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες στα αποτελέσματα της υγείας.(3)

Σχήμα 1 Πλαίσιο για τους κοινωνικούς προσδιοριστές στην υγεία



Πηγή solar & Irwin (2010) (1)

Με βάση όλα τα παραπάνω και δεδομένου, ότι ακόμα στην περίπτωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης εντοπίζονται ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία, η παρούσα μελέτη σε αυτό το σημείο θα προσπαθήσει να αναλύσει τους κοινωνικούς προσδιοριστές σε θεωρητικό πλαίσιο ώστε να γίνει αργότερα συγκριτική παρουσίαση και να εξαχθούν τα καταλληλά συμπεράσματα.

Η υγεία, μετρούμενη με το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, βελτιώνεται ραγδαία όσο αυξάνεται το κατά κεφαλήν εισόδημα. Οι δείκτες υγείας λοιπόν, φαίνεται ότι εξαρτώνται από την κατανομή του εισοδήματος του ατόμου, ενώ αντιθέτως, η φτώχεια με τη μορφή του χαμηλού εισοδήματος κατά κεφαλήν συνδέεται με ελάττωση του προσδόκιμου επιβίωσης και με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα (4,5). Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ το 2011 παρουσιάστηκε αύξηση του προσδόκιμου ζωής, με το μέσο όρο ηλικίας να ανέρχεται στα 82 έτη. Συγκριτικά με το 1970 καταγράφεται αύξηση της τάξεως

των 10 ετών. Εξαιτίας της αύξησης του εισοδήματος και σε χώρες όπως Κίνα, η Ινδονησία και η Ινδία, το όριο ηλικίας έχει επίσης αυξηθεί (4,6-8).

Χαρακτηριστικά ωστόσο παραμένουν τα στοιχεία της βρεφικής θνησιμότητας που αποδεικνύουν ακριβώς τη σχέση της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, του εισοδήματος και των κοινωνικών συνθηκών σε χώρες όπως η Ινδία, η Αιθιοπία και το Αφγανιστάν. (4,6). Το 2010 οι χώρες αυτές σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ κατέγραψαν τη μεγαλύτερη βρεφική θνησιμότητα από 0- 56 μηνών. Εκατομμύρια παιδιά στις προαναφερόμενες χώρες αδυνατούν να αποκτήσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες παροχής υγείας, σε πόσιμο νερό και τροφή. Σε αυτά τα στοιχεία προστίθενται επίσης και ασθένειες όπως η ελονοσία, το AIDS η ιλαρά, οι κοινωνικές συρράξεις, η δουλεία, οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης και η παιδική εργασία υπό σκληρές συνθήκες.

Αντιστοίχως, ο σύγχρονος τρόπος ζωής διογκώνει το άγχος, το οποίο αποτελεί σημαντικό παράγοντα στους προσδιοριστές της υγείας. Το άγχος λειτουργεί επιβαρυντικά προκαλώντας ιδιαίτερες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Δημιουργεί επίταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και αύξηση των αυτοάνοσων και ρευματολογικών παθήσεων. Τα δερματικά νοσήματα, η υπέρταση, οι εποχικές αλλεργίες και οι κεφαλαλγίες παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό λόγω αυξημένου άγχους. Αξίζει να αναφερθεί και η επίδρασή του στην ψυχική υγεία των ατόμων προκαλώντας κρίσεις άγχους, δυσκολία στη διαχείριση και επίλυση καθημερινών προβλημάτων, αύξηση της χρήσης καπνού, αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλης και πιθανά και τοξικών ουσιών. Αυτά με τη σειρά τους επιβαρύνουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, την αύξηση των τιμών τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης και την εμφάνιση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (4,9).

Άλλος, κοινωνικός προσδιοριστής είναι και η ανεργία. Η ανεργία αποτελεί ένα φαινόμενο σε συνεχόμενη αύξηση τα τελευταία έτη και ιδιαίτερα τα δύο τελευταία έτη από την εμφάνιση της πανδημίας. Η ανεργία σχετίζεται με τον επιπολασμό, την επίπτωση και την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών. Η δυσφορία, η κατάθλιψη, το άγχος, αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης οδηγούν σε αυτοκτονίες και χρήση απαγορευμένων και ναρκωτικών ουσιών. Επίσης καταγράφεται και αυξημένος αριθμός αυτοκτονιών με συνοδό αύξηση της εγκληματικότητας και ενισχύεται η βίαιη συμπεριφορά και τα φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας. (4,10).

Η ανεργία αποτελεί επίσης και παράγοντα αποσταθεροποίησης του θεσμού της οικογένειας, η οποία δεν δύναται να ανταποκριθεί στις καθημερινές οικονομικές ανάγκες που προκύπτουν, ώστε να διατηρήσει το αναμενόμενο για την κοινωνία βιοτικό επίπεδο. Ταυτόχρονα όμως καταγράφεται και μειωμένη πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με αποτέλεσμα να μην δύναται να αντιμετωπιστούν άμεσα και αποτελεσματικά, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα και το θέμα της πρόληψης.

Αντιστοίχως, η εκπαίδευση, φαίνεται να αποτελεί βασικό κοινωνικό προσδιοριστή για την υγεία. Ειδικότερα, το προσδόκιμο επιβίωσης εξαρτάται από την εκπαιδευτική κατάσταση των ατόμων. Διαπιστώθηκε η σχέση και η συσχέτιση μεταξύ των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των χαμηλότερων επιπέδων εκπαίδευσης σε έρευνα στις ΗΠΑ (11). Συγκεκριμένα αναδείχθηκε από αυτήν την έρευνα ότι τα άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες καρδιολογικού συμβάντος εξαιτίας του γεγονότος ότι καταγράφηκαν υψηλότερες τιμές χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων και υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσής παρέχει περίπου 6 επιπλέον έτη διαβίωσης.

Οι έρευνες τα τελευταία χρόνια, αναδεικνύουν και τη διατροφή ως βασικό κοινωνικό προσδιοριστή για την υγεία. Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση της υγείας των ατόμων. Η παχυσαρκία αποτελεί βασικό επιβαρυντικό παράγοντα για την υγεία των πληθυσμών και σχετίζεται με πάρα πολλές κοινωνικές ασθένειες (καρδιοαγγειακά, μυοσκελετικά κτλ.). Επιπλέον, η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες όπως σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, αυξημένη χοληστερίνη, μεταβολικό σύνδρομο, καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό, ορισμένες μορφές καρκίνου μέχρι και πρόωρο θάνατο. Συγκεκριμένα η παχυσαρκία είναι η πιο συχνή παθογόνος αιτία που οδηγεί σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Για κάθε 1 κιλό αύξησης βάρους πάνω από το φυσιολογικό, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 κατά 9%. Η παχυσαρκία μπορεί επίσης να επιδεινώσει άλλες παθήσεις και να κάνει πιο δύσκολη τη θεραπεία τους. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση περίπου 60% των ενηλίκων και πάνω από 20% των παιδιών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Στην Ελλάδα 27.9% των ανδρών και 25.6% των γυναικών είναι παχύσαρκοι (στοιχεία 2001-03) ενώ 37% των κοριτσιών και 45% των αγοριών είναι είτε υπέρβαρα είτε παχύσαρκα (στοιχεία 2005-06) (12).

Ο ρόλος της οικογένειας στα πρώτα ειδικά χρόνια του παιδιού είναι καθοριστικός για τη σωματική, πνευματική και ψυχική ανάπτυξη του. Στο πλαίσιο αυτό ανήκουν οι ομαλές σχέσεις στα μέλη της οικογένειας, η συμπεριφορά του πατέρα απέναντι στη μητέρα και στα παιδιά, το χαμηλό κοινωνικό και εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, γεγονότα που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των παιδιών όπως ενδεχομένως το διαζύγιο ή ο θάνατος μέλους της οικογένειας. Επίσης Μελέτες που έλαβαν χώρα σε αναπτυσσόμενες χώρες, έχουν αναδείξει και αποδείξει την άρρηκτη σχέση μεταξύ της κοινωνικής-οικογενειακής στήριξης και των καρδιαγγειακών συμβάντων. Δύσκολες ενδοοικογενειακές σχέσεις αυξάνουν την κατανάλωση αλκοόλης και του καπνίσματος.

Η εργασία διαμορφώνει το εισόδημα, έτσι ώστε ένα άτομο να μπορεί να ζει, να είναι παραγωγικό και να ικανοποιεί τις καθημερινές του ανάγκες. Επίσης επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και στην ωρίμανση των ατόμων. Αποτελεί το μέσο της κοινωνικής και της κατάταξης των ατόμων στην κοινωνία.

Η εμφάνιση των επιδράσεων του εργασιακού στρες στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και κυρίως η εμφάνιση της κατάθλιψης παρατηρούμε πως εμφανίζονται τα τελευταία

χρόνια. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα δείχνουν να σχετίζονται με το εργασιακό στρες ως βασικό τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου. Έχουν γίνει εμπειρικές έρευνες σχετικά με τα εργασιακά χαρακτηριστικά , με τον κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιακές παθήσεις και εμφάνισης αυξημένου αρνητικού εργασιακού άγχους. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών έχουν δείξει την ισχυρή αρνητική επίδραση του εργασιακού άγχους στα καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως στους εργαζόμενους που δεν αλλάζουν θέσεις εργασίας. Στα επαγγέλματα υγείας , στα επαγγέλματα κοινωνικής ωφέλειας παρατηρούμε ότι οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις δέχονται αρνητικές επιδράσεις του εργασιακού stress σε συνδυασμό με την έλλειψη αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από την εργασία. Στα μυοσκελετικά νοσήματα και σε αναπνευστικές παθήσεις είναι περισσότερο επιρρεπή τα άτομα που απασχολούνται με χειρωνακτικές εργασίες, καθώς και άτομα που εργάζονται με εξορύξεις μετάλλων.

Είναι γεγονός ότι η οικονομική κρίση επιφέρει ραγδαίες αλλαγές στην εργασία, με νέες μορφές απασχόλησης και μετακινήσεις εργαζομένων , αλλά και μεγάλο αριθμό ατόμων να βρίσκονται εκτός του εργασιακού τομέα, με την ανεργία να πλήττει τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, αλλά και με τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας εξ' ορισμού αποτελεί βασικό παράγοντα που συμβάλλει στην πρόληψη, αντιμετώπιση και ίαση προβλημάτων υγείας που ενδέχεται να προκύψουν στη ζωή ενός ατόμου. Με τρόπο, η άμεση , απρόσκοπτη και πλήρης πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας συνδράμει καίρια και αποφασιστικά στην αντιμετώπιση οποιονδήποτε συμβάντων ενδεχόμενα έχουν προκύψει.

Η πρόσβαση όμως στη φροντίδα υγείας και στις υπηρεσίες ποικίλει ανάλογα με τη χώρα, το εισόδημα, την κοινωνική τάξη και την εκπαίδευση. Οι μετανάστες για παράδειγμα διαμένουν υπό δύσκολες συνθήκες, δεν έχουν ασφαλιστικό φορέα που να τους καλύψει άμεσα και επαρκώς. Ακόμη και άνεργοι που λόγω μη κάλυψης από ασφαλιστικό φορέα, δεν έχουν την ίδια πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Αυτός είναι και ο λόγος που έχουν κατά τύπους οργανωθεί κοινωνικά ιατρεία, στα οποία ιατροί παρέχουν αφιλόκερδός και εθελοντικά τις υπηρεσίες τους σε άτομα που χρήζουν άμεσης βοήθειας, αφήνοντας σε δεύτερο ρόλο την πρόληψη.

2.2 Καθορισμός ερωτήματος

Η συζήτηση για τις ανισότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και μεταξύ των διαφόρων ομάδων πληθυσμού στις χώρες αυτές είναι μεγάλη. Καθοριστικός παράγοντας των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία αποτελούν οι κοινωνικοί προσδιοριστές, οι οποίοι έχουν αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής

και τη γενική κατάσταση υγείας.¹ Παράλληλα, οι ασθένειες αυτές επιβαρύνουν τα συστήματα υγείας, καθώς χρειάζονται περισσότερους πόρους. (9,13-15)

Ειδικότερα, σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση εντοπίζονται κοινωνικές ανισότητες σε σχέση με την υγεία των πληθυσμών. Οι κοινωνικά ευπαθείς ομάδες και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα εμφανίζουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Οι ευάλωτες και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, όπως οι μετανάστες ή τα άτομα με αναπηρία ή οι άστεγοι, έχουν ιδιαίτερα χαμηλό μέσο επίπεδο υγείας. Οι αιτίες της κακής κατάστασης της υγείας σε αυτές τις ομάδες δύναται να είναι οι κακές συνθήκες στέγασης, η κακή διατροφή και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία καθώς και διακρίσεις, στιγματισμός και εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και άλλες υπηρεσίες (16,17).

Προβλέπεται ότι η πανδημία COVID-19 θα οδηγήσει σε οικονομική ύφεση σε ολόκληρη την Ευρώπη, η οποία θα επιδεινώσει τις ανισότητες στην υγεία. Η πανδημία COVID-19 θα επιδεινώσει τις προϋπάρχουσες ανισότητες στον τομέα της υγείας έχοντας βαρύτερο αντίκτυπο στη ζωή των ανθρώπων που ζουν σε στέρση. Έρευνες υποδηλώνουν ότι οι μαύροι άνδρες και οι γυναίκες έχουν 4,2 και 4,3 φορές αντίστοιχα περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από θάνατο που σχετίζεται με το COVID-19 από ότι οι λευκοί άνδρες και γυναίκες. Οι περισσότεροι θάνατοι είναι μεταξύ εκείνων με υποκείμενες ασθένειες όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, ο διαβήτης και οι καρδιακές ή αναπνευστικές παθήσεις από τις οποίες είναι πιο πιθανό να υποφέρουν τα κοινωνικά και οικονομικά μειονεκτικά άτομα. Παράλληλα η εξάπλωση του ιού διόγκωσε τις ανάγκες των μεταναστών, των αιτούντων άσυλο και των Ρομά που ήδη υφίστανται διακρίσεις και ανισότητες στην υγεία. Αυτή η τάση ισχύει και για κινδύνους κακής ψυχικής υγείας, που επιδεινώνεται από την απομόνωση, τον φόβο και την ανασφάλεια (18-25)

Στο πλαίσιο του εν λόγω παραδοτέου θα γίνει μια συνολική θεώρηση του φαινομένου των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών προκειμένου να αποτυπωθεί η υφιστάμενη κατάσταση στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας - Βουλγαρίας και να καθοριστούν δράσεις για το μετριασμό τους.

Από όλα τα παραπάνω, οι αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι:

1. Αποτύπωση των κοινωνικών προσδιοριστών για την υγεία στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία
2. Συγκριτική ανάλυση των κοινωνικών προσδιοριστών για την Ελλάδα και τη Βουλγαρία

¹ Κατηγορίες ασθενειών που συνδέονται με τη στέρση, τη φτώχεια, την ανισότητα και άλλους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες της υγείας, και κατά συνέχεια μπορούν να χαρακτηριστούν ως κοινωνικές είναι σημαντικές μη μεταδοτικές ασθένειες, κυρίως καρδιαγγειακές παθήσεις (συμπεριλαμβανομένης της χοληστερόλης), χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και οφθαλμολογικές παθήσεις, καθώς και ψυχιατρικές παθήσεις όπως κατάθλιψη, άγχος και νευρολογικές παθήσεις/κεφαλαλγία, άνοια.

3. Εξειδίκευση για τη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας – Βουλγαρίας
4. Διαμόρφωση μέτρων πολιτικής μετριασμού των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία για τη διασυνοριακή περιοχή.

2.3 Ανάπτυξη πρωτοκόλλου

Ένα μέρος της συμβάσης του Αναδόχου με την Αναθέτουσα Αρχή είναι η ανάπτυξη ερευνητικού πρωτοκόλλου. Παρακάτω παρουσιάζεται το Ερευνητικό Πρωτόκολλο πάνω στο οποίο καταρτίστηκε και διεξήχθη η παρούσα μελέτη.

2.3.1 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Βασικός σκοπός της έρευνας είναι η αποτύπωση μιας συνολικής θεώρησης του φαινομένου των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών προκειμένου να αποτυπωθεί η υφιστάμενη κατάσταση στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας - Βουλγαρίας και να καθοριστούν δράσεις για το μετριασμό τους.

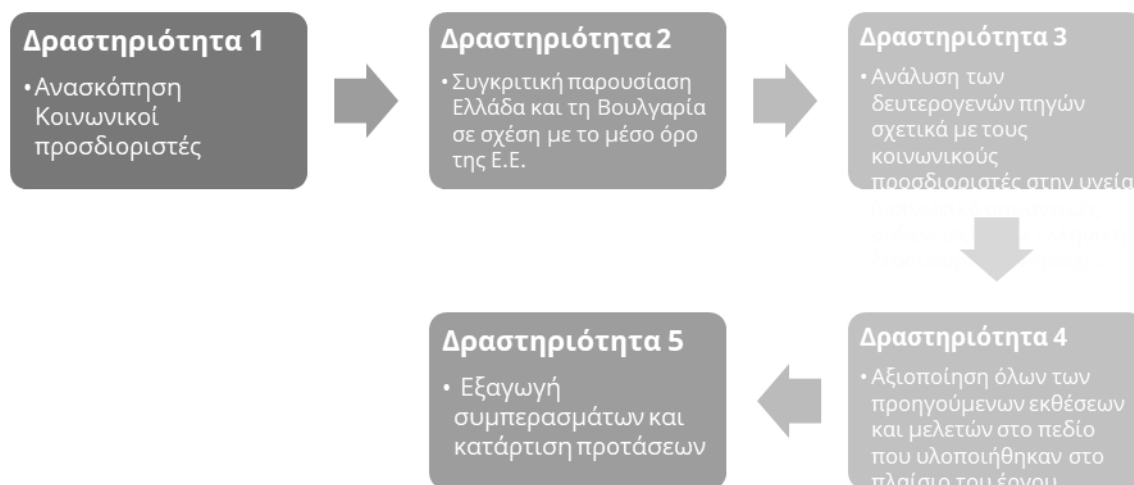
Από όλα τα παραπάνω, οι αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι:

1. Αποτύπωση των κοινωνικών προσδιοριστών για την υγεία στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία
2. Συγκριτική ανάλυση των κοινωνικών προσδιοριστών για την Ελλάδα και τη Βουλγαρία
3. Εξειδίκευση για τη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας – Βουλγαρίας
4. Διαμόρφωση μέτρων πολιτικής μετριασμού των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία για τη διασυνοριακή περιοχή.

2.3.2 Μεθοδολογία

Για την επιτυχή ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης θα διεξαχθούν οι παρακάτω δραστηριότητες, οι οποίες αποτελούν και τα μεθοδολογικά βήματα. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια *ad hoc* περιπτώσιολογική μελέτη (case study) η οποία αναπτύσσεται στα εξής παρακάτω βήματα / δραστηριότητες όπως περιγράφονται στο Σχήμα 2.

Σχήμα 2 Μεθοδολογία



Ειδικότερα, αρχικά θα διεξαχθεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση και θεωρητική παρουσίαση των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία και των ασθενειών που επηρεάζονται σημαντικά από αυτούς. Η κεντρική ιδέα είναι να γίνει κατανοητό το αντικείμενο της έρευνας και το περιεχόμενό του, οι ερευνητές θα αναπτύξουν πλήρως τα ερευνητικά ερωτήματα και θα αναπτύξουν το πρωτόκολλο της έρευνας.

Με την ανάπτυξη του πρωτοκόλλου, οι ερευνητές θα διεξάγουν μια *ταχεία βιβλιογραφική επισκόπηση (rapid literature review)* με συγκεκριμένα κριτήρια, ώστε να εντοπιστούν οι κοινωνικοί προσδιοριστές για την υγεία, καθώς και οι ανισότητες πρόσβασης που εντοπίζονται.

Διαδεχόμενα, οι ερευνητές θα συλλέξουν από δευτερογενείς πηγές (πχ Eurostat, Εθνικές Στατιστικές Υπηρεσίες, United Nations, World Health Organization, World Bank) στοιχεία που περιγράφουν και αποδεικνύουν τα ζητήματα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Με βάση αυτά τα στοιχεία θα γίνει εξειδίκευση για τις υπό εξέταση χώρες, Ελλάδα και Βουλγαρία. Η εξειδίκευση θα βασιστεί σε μια περιγραφική παρουσίαση και συγκριτική ανάλυση των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών και παραγόντων πρόκλησής τους (κοινωνικά χαρακτηριστικά, επιβλαβείς συνήθειες κ.λπ.) στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε.

Στη συνέχεια η ομάδα έργου θα προχωρήσει σε εξειδίκευση της έρευνας σε επίπεδο ελληνικής διασυνοριακής περιοχής. Αφού έχει εντοπίσει τις κοινωνικά σημαντικές ασθένειες σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και έχοντας μελετήσει τη θέση της Ελλάδας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η ομάδα θα προχωρήσει σε ανάλυση των διαθέσιμων δευτερογενών πηγών προκειμένου να αποτυπώσει την κατάσταση στην ελληνική διασυνοριακή περιοχή. Ενδεικτικές πηγές που θα χρησιμοποιηθούν περιλαμβάνουν επιστημονικά περιοδικά και παρουσιάσεις σε συνέδρια, άρθρα, διαδίκτυο, ΕΛΣΤΑΤ, μελέτες και δεδομένα του Υπουργείου Υγείας.

Τέλος, η ομάδα έργου θα συγκεντρώσει σε συνεργασία με την Αναθέτουσα Αρχή και θα μελετήσει όλες τις προηγούμενες σχετικές έρευνες και μελέτες που έγιναν στο πλαίσιο του έργου προκειμένου να εντοπίσει χρήσιμα για τους σκοπούς της έρευνας στοιχεία. Η σύνθεση των αποτελεσμάτων των παραπάνω διαδικασιών θα περιλαμβάνει συμπεράσματα αλλά και προτάσεις μέτρων πολιτικής. Τα μέτρα πολιτικής θα οριστούν προς την κατεύθυνση υλοποίησης δράσεων για το μετριασμό των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας-Βουλγαρίας.

Τα βασικά μεθοδολογικά εργαλεία που θα αξιοποιήσει η ομάδα έργου κατά την εκπόνηση της μελέτης-εμπειρογνωμοσύνης είναι:

- Η πρωτογενής έρευνα (συνεντεύξεις από βασικούς εμπλεκόμενους φορείς και πρόσωπα που δραστηριοποιούνται στην περιοχή μελέτης).
- Η βιβλιογραφική έρευνα η οποία θα περιλαμβάνει (α) τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας για τις ανισότητες στην υγεία και τις κοινωνικά σημαντικές ασθένειες, (β) τη μελέτη της Εθνικής Στρατηγικής Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας, (γ) μελέτες και έργα που σχετίζονται με την υγεία.
- Η διαδικτυακή έρευνα, καταγραφή και ανάλυση.
- Η συγκριτική αξιολόγηση σε μία προσπάθεια αναγνώρισης των βέλτιστων και συναφέστερων στην περίπτωση που εξετάζουμε έργων / μελετών.

2.3.3 Κριτήρια Ταχείας βιβλιογραφικής επισκόπησης

Για να διεξαχθεί η βιβλιογραφική επισκόπηση, θα χρησιμοποιηθούν οι βάσεις δεδομένων που περιγράφονται στον Πίνακα 2. Η βιβλιογραφική επισκόπηση διεξήχθη κατά τη διάρκεια του Ιουνίου και Ιουλίου. Τα κριτήρια που αξιοποιήθηκαν για τον εντοπισμό των κατάλληλων άρθρων είναι αυτά που παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η χρονική διάρκεια των μελετών είναι από το 2014 έως το 2021.

Πίνακας 1 Κριτήρια βιβλιογραφικής επισκόπησης

A/A	Λέξεις κλειδιά
1	Social determinants of health / determinants / health / socioeconomic status, geographical location,
2	Health inequalities / mental health/ inequalities /
3	Unemployment/ NEETs/ job insecurity
4	vulnerable populations / minorities
5	Covid, pandemics
6	Obesity / BMI / tobacco use / smoking / environmental pollution / degrade neighborhoods/ depression /
7	Education

2.3.4 Πηγές άντλησης δεδομένων

Ενδεικτικές πηγές των στοιχείων άντλησης των ως άνω πληροφοριών που θα αξιοποιηθούν αποτελούν:

Πίνακας 2 Πηγές δεδομένων

A/A	Περιγραφή
1	Υπουργεία Υγείας των χωρών Ελλάδας και Βουλγαρίας
2	Κεντρική Υπηρεσία της 3ης και 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας και η αντίστοιχη στη Βουλγαρία,
3	Ελληνική και Βουλγαρική Στατιστική Αρχή
4	Ευρωπαϊκή Στατιστική Αρχή (Eurostat)
5	World Health Organization, World Bank, United Nations
6	PubMed, Scholar, Cochrane Library, Embase
7	Βάσεις καλών πρακτικών στον τομέα της υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.
8	το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης 2014-2020, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Περιφέρειες στην Ανάπτυξη 2014-2020» της Βουλγαρίας, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα INTERREG V-A «Ελλάδα-Βουλγαρία 2014-2020», το τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την υγεία, το πρόγραμμα «Η ΕΕ για την υγεία», η Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020,

2.3.5 Χρονοδιάγραμμα ολοκλήρωσης

Το χρονοδιάγραμμα ολοκλήρωσης της μελέτης παρουσιάζεται στο Σχήμα 3 παρακάτω.

Σχήμα 3 Χρονοδιάγραμμα έρευνας (Gantt Chart)

Στάδια	Ιούνιος	Ιούλιος
Έναρξη συλλογής δεδομένων		
Βιβλιογραφική επισκόπηση & ανάλυση		
Επεξεργασία και ανάλυση δευτερογενών δεδομένων		
Συγγραφή αποτελεσμάτων		

3 Συγκριτική παρουσίαση και ανάλυση κοινωνικά σημαντικών ασθενειών και παραγόντων πρόκλησής τους (κοινωνικά χαρακτηριστικά, επιβλαβείς συνήθειες κ.λπ.) στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε.

3.1 Ανάλυση κοινωνικά σημαντικών ασθενειών

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, οι χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και ο διαβήτης, αποτελούν σημαντικές αιτίες

αναπηρίας, κακής κατάστασης της υγείας, συνταξιοδότησης για λόγους υγείας και πρόωρου θανάτου στην ΕΕ και συνεπάγονται σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, κάθε χρόνο στην ΕΕ πεθαίνουν πρόωρα από μη μεταδοτικές ασθένειες περίπου 550.000 άτομα σε ηλικία εργασίας. Οι ασθένειες αυτές συνιστούν τη βασική αιτία θνησιμότητας στην ΕΕ και, ως εκ τούτου, συνεπάγονται το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, κοστίζουν στις οικονομίες της ΕΕ 115 δισ. ευρώ ή 0,8 % του ΑΕΠ ετησίως.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι βασικές αιτίες θανάτου των μη μεταδοτικών ασθενειών στη ΕΕ, την Ελλάδα και τη Βουλγαρία. Οι υψηλότεροι αριθμοί θανάτων οφείλονται σε καρκίνους, καρδιακιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα.

Πίνακας 3 Αριθμός θανάτων ανα αιτία θανάτου, Ελλάδα, Βουλγαρία, ΕΥ, 2018-2019

		2018	2019
All causes of death (A00-Y89) excluding S00-T98	EU-27	4.321.930	4.321.930
	BG	107.292	106.625
	GR	120.363	120.363
Certain infectious and parasitic diseases (A00-B99)	EU-27	67.381	67.381
	BG	603	442
	GR	4.054	4.054
Malignant neoplasms (C00-C97)	EU-27	1.121.400	1.121.400
	BG	17.369	18.149
	GR	29.732	29.732
Non-malignant neoplasms (benign and uncertain)	EU-27	36.564	36.564
	BG	95	117
	GR	599	599
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	EU-27	:	:
	BG	145	146
	GR	263	:
Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E90)	EU-27	132.301	132.301
	BG	1.708	1.563
	GR	2.509	2.509
Mental and behavioural disorders (F00-F99)	EU-27	:	:
	BG	85	92
	GR	1.940	:
Diseases of the circulatory system (I00-I99)	EU-27	:	:
	BG	70.692	69.764
	GR	44.590	:
Diseases of the respiratory system (J00-J99)	EU-27	:	:
	BG	4.883	4.205
	GR	12.668	:
Diseases of the digestive system (K00-K93)	EU-27	:	:
	BG	3.960	4.128
	GR	3.544	:
Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00-L99)	EU-27	:	:

		2018	2019
	BG	47	46
	GR	54	:
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (M00-M99)	EU-27	:	:
	BG	35	38
	GR	352	:
Diseases of the genitourinary system (N00-N99)	EU-27	:	:
	BG	1.538	1.827
	GR	3.544	:
Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O99)	EU-27	:	:
	BG	4	0
	GR	4	:
Certain conditions originating in the perinatal period (P00-P96)	EU-27	:	:
	BG	173	155
	GR	173	:
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99)	EU-27	:	:
	BG	98	111
	GR	184	:
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R99)	EU-27	:	:
	BG	2.348	2.243
	GR	7.910	:
Transport accidents (V01-V99, Y85)	EU-27	:	:
	BG	574	579
	GR	918	:
Falls	EU-27	:	:
	BG	406	459
	GR	918	:
Intentional self-harm	EU-27	:	:
	BG	641	574
	GR	567	:
Accidental poisoning by and exposure to noxious substances	EU-27	10.190	10.190
	BG	75	66
	GR	268	:
Assault	EU-27	4.262	4.262
	BG	83	71
	GR	111	:

Σημείωση. τα κενά κελιά του πίνακα αντιστοιχούν σε μη ενημερωμένα στοιχεία από τις αντίστοιχες Στατιστικές Υπηρεσίες των κρατών.

Πηγή Eurostat, 2021 Causes of death - deaths by country of residence and occurrence [hlth_cd_aro]

Η θνησιμότητα δεν δίνει πλήρη εικόνα του βάρους της ασθένειας σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Για αυτό τον λόγο, έχουν δημιουργηθεί διαφορετικοί δείκτες, οι οποίοι βοηθούν να αξιολογηθεί με καλύτερο τρόπο η συνολική επιβάρυνση της νόσου μέσω της χρήσης του έτους ζωής προσαρμοσμένο στην αναπηρία (DALY), ένα μέτρο βάσει χρόνου

που συνδυάζει χρόνια απώλεια ζωής λόγω πρόωρης θνησιμότητας (YLLs) και ετών απώλεια ζωής λόγω χρόνου ζωής σε καταστάσεις μικρότερες από πλήρης υγεία, ή χρόνια υγιούς ζωής που χάθηκαν λόγω αναπηρίας (YLDs) (26). Ένα DALY αντιπροσωπεύει την απώλεια του ισοδύναμου ενός έτους πλήρους υγείας. Χρησιμοποιώντας DALYs, το βάρος των ασθενειών που προκαλούν πρόωρο θάνατο αλλά λίγη αναπηρία (όπως πνιγμός ή ιλαρά) μπορεί να συγκριθεί με εκείνη των ασθενειών που δεν προκαλούν θάνατο αλλά προκαλούν αναπηρία (όπως καταρράκτης που προκαλεί τύφλωση) (27).

Έτσι, ένα DALY αντιπροσωπεύει την απώλεια του ισοδύναμου ενός έτους πλήρους υγείας. Τα DALY για μια ασθένεια ή μια κατάσταση υγείας είναι το άθροισμα των ετών ζωής που χάθηκαν λόγω πρόωρης θνησιμότητας (YLLs - years of life lost) και των ετών που ζούσαν με αναπηρία (YLDs - years lived with a disability) λόγω διαδεδομένων περιπτώσεων της νόσου ή της κατάστασης υγείας σε έναν πληθυσμό (28).

Από το 2010 έως το 2019 σημειώθηκε μείωση στην έκθεση στον κίνδυνο σε μια σειρά παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται στενά με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένης της ατμοσφαιρικής ρύπανσης των νοικοκυριών, βρώμικο νερό, ανεπαρκές αποχετευτικό σύστημα αποτυχία στην ανάπτυξη παιδιών. Οι παγκόσμιες μειώσεις σημειώθηκαν επίσης για το κάπνισμα και την έκθεση σε μόλυβδο.

Οι μεγαλύτερες αυξήσεις της έκθεσης σε κίνδυνο αφορούσαν την αιωρούμενη σωματιδιακή ύλη (PM₁, PM₁₀), τη χρήση ναρκωτικών, τη νηστεία υψηλής γλυκόζης πλάσματος και τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος. Το 2019, ο κύριος παράγοντας κινδύνου επιπέδου 2 παγκοσμίως για τους αποδιδόμενους θανάτους ήταν η υψηλή συστολική αρτηριακή πίεση, η οποία αντιστοιχούσε σε 10,8 εκατομμύρια θανάτους (19,2% όλων των θανάτων το 2019), ακολουθούμενη από το κάπνισμα, ο οποίος αντιστοιχούσε σε 8,71 εκατομμύρια (15,4% όλων των θανάτων το 2019). Ο κύριος παράγοντας κινδύνου επιπέδου 2 για αποδιδόμενα DALYs παγκοσμίως το 2019 ήταν ο υποσιτισμός παιδιών και μητέρων, ο οποίος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την υγεία στις νεότερες ηλικιακές ομάδες και αντιπροσώπευε 295 εκατομμύρια (253–350) DALYs (11,6% όλων των παγκόσμιων DALY εκείνο το έτος). Το βάρος του παράγοντα κινδύνου ποικίλλει σημαντικά το 2019 μεταξύ ηλικιακών ομάδων και τοποθεσιών. Μεταξύ των παιδιών ηλικίας 0-9 ετών, οι τρεις βασικοί λεπτομερείς παράγοντες κινδύνου για αποδιδόμενα DALY σχετίζονται με τον υποσιτισμό. Η ανεπάρκεια σιδήρου ήταν ο κύριος παράγοντας κινδύνου για άτομα ηλικίας 10–24 ετών, χρήση αλκοόλ για άτομα ηλικίας 25–49 ετών και υψηλή συστολική αρτηριακή πίεση για άτομα ηλικίας 50–74 ετών και 75 ετών και άνω (29).

Στον Πίνακα 4 παρακάτω παρουσιάζονται τα DALYs για την Ελλάδα, τη Βουλγαρία και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Για τη Βουλγαρία οι κύριες ασθένειες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των κατοίκων είναι με σειρά σημαντικότητας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα νεοπλάσματα, ο διαβήτης και τα μυοσκελετικά προβλήματα. Για την Ευρωπαϊκή Ένωση συνολικά είναι τα νεοπλάσματα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα μυοσκελετικά προβλήματα

και οι νευρολογικές διαταραχές. Τέλος για την Ελλάδα είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα νεοπλάσματα, τα μυοσκελετικά προβλήματα και οι ψυχικές διαταραχές.

Φαίνεται ότι συνολικά οι βασικές αιτίες είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα και τα νεοπλάσματα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα, τέταρτη σημαντική αίτια μείωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι οι ψυχικές ασθένειες. Αυτό αξίζει μια ιδιαίτερη αναφορά αφενός γιατί το έργο αποσκοπεί στην ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για όλους τους ασθενείς ποσό δε μάλλον για τους ψυχικά νοσούντες, όπου το υποστηρικτικό περιβάλλον είναι μείζονος σημασίας. Αφ' ετέρου, οι ψυχικά νοσούντες στην Ελλάδα έχουν χαμηλότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (30). Αυτή η κατάσταση ήταν έτσι και αλλιώς επιβαρυντική από το 2013 και πριν εξαιτίας των περικοπών στην υγεία, με δραματική αύξηση των ψυχικών ασθενειών και των αυτοκτονιών (31), ωστόσο δεν φαίνεται να έχει βελτιωθεί ακόμα και χρόνια μετά. Επομένως, φαίνεται ότι για την περίπτωση της Ελλάδας τουλάχιστον, το πρόγραμμα απαντά σε μια υπαρκτή ανάγκη, η οποία χρειάζεται να αντιμετωπιστεί.

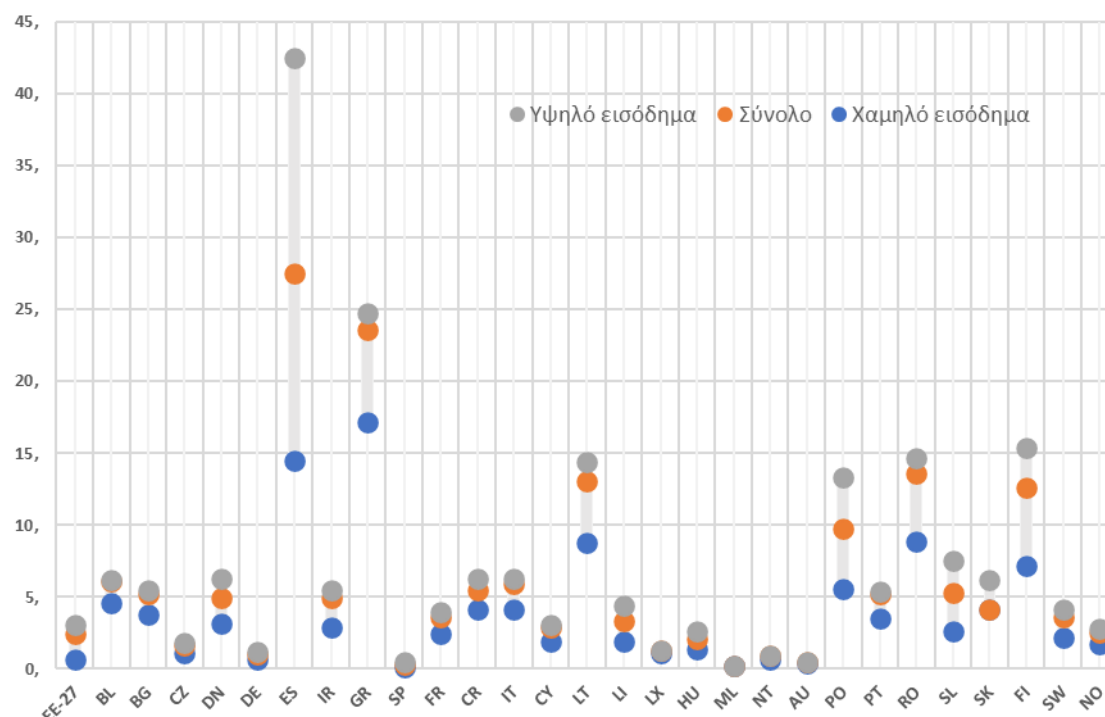
Πίνακας 4 Ποσοστό DALYs Ελλάδα, Βουλγαρία, ΕΕ, 2019

Bulgaria	DALYs	EU	DALYs	Greece	DALYs
Cardiovascular diseases	0,4105	Neoplasms	0,1970	Cardiovascular diseases	0,2297
Neoplasms	0,1620	Cardiovascular diseases	0,1890	Neoplasms	0,1955
Diabetes and kidney diseases	0,0489	Musculoskeletal disorders	0,0920	Musculoskeletal disorders	0,0893
Musculoskeletal disorders	0,0479	Neurological disorders	0,0689	Mental disorders	0,0764
Unintentional injuries	0,0452	Mental disorders	0,0665	Neurological disorders	0,0661
Digestive diseases	0,0427	Other non-communicable diseases	0,0591	Other non-communicable diseases	0,0561
Neurological disorders	0,0410	Sense organ diseases	0,0513	Diabetes and kidney diseases	0,0504
Other non-communicable diseases	0,0338	Diabetes and kidney diseases	0,0487	Chronic respiratory diseases	0,0448
Mental disorders	0,0335	Chronic respiratory diseases	0,0432	Unintentional injuries	0,0394
Chronic respiratory diseases	0,0257	Digestive diseases	0,0404	Digestive diseases	0,0260
Sense organ diseases	0,0233	Unintentional injuries	0,0274	Sense organ diseases	0,0252
Transport injuries	0,0182	Skin and subcutaneous diseases	0,0223	Skin and subcutaneous diseases	0,0208
Self-harm and interpersonal violence	0,0148	Substance use disorders	0,0210	Transport injuries	0,0203
Skin and subcutaneous diseases	0,0093	Self-harm and interpersonal violence	0,0179	Substance use disorders	0,0122
Substance use disorders	0,0085	Transport injuries	0,0149	Self-harm and interpersonal violence	0,0082

Πηγή Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Οι μη ικανοποιημένες ανάγκες υγείας περιγράφονται στο Γράφημα 1. Φαίνεται ότι η κατάσταση δεν παρουσιάζει βελτιωτικές τάσεις αναφορικά με τις μη ικανοποιημένες ανάγκες για την υγεία σε συνδυασμό με το επίπεδο του εισοδήματος. Ειδικότερα, για το 2020, η Εσθονία και η Ελλάδα έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών υγείας σε σχέση με όλη την υπόλοιπη Ευρώπη. Η πανδημία covid-19 ενδεχομένως να αλλάξει αυτά τα ποσοστά στο μέλλον, καθώς ακόμα και σήμερα αρκετές έρευνες της Eurostat δεν έχουν υλοποιηθεί και αυτό μπορεί να έχει επιπτώσεις στα δευτερογενή στοιχεία που παρουσιάζονται.

Γράφημα 1 Μη ικανοποιημένες ανάγκες υγείας, ΕΕ-27, 2020



Σημείωση Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή φαρμακευτική αγωγή λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής. Κατά τη σύγκριση των στοιχείων μεταξύ χωρών απαιτείται προσοχή καθώς υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε.

Πηγή Eurostat, 2021, Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [HLTH_SILC_08__custom_1103873]

3.2 Ανάλυση παραγόντων πρόκλησής τους

Οι κοινωνικά σημαντικές ασθένειες φαίνεται να σχετίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς παράγοντες (9,15,32). Ο Π.Ο.Υ. έχει προσδιορίσει τους κοινωνικούς προσδιοριστές για την υγεία να είναι: (i) άγχος, (ii) κοινωνικός αποκλεισμός, (iii) ανεργία, (iv) εκπαίδευση, (v) διατροφή, (vi) οικιακό περιβάλλον, (vii) συνθήκες εργασίας, (viii) πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, (ix) εισόδημα. (9).

Αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει ότι αυτοί οι προσδιοριστές συμβάλλουν και στις ανισότητες στην υγεία τόσο σε διεθνές επίπεδο, μεταξύ αναπτυγμένων και λιγότερο αναπτυγμένων χωρών αλλά και εντός των συνόρων των χωρών (33). Οι

κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό την υγεία, για παράδειγμα η κατάποση μόλυβδου σε υποβαθμισμένες γειτονιές συνδέεται με τη χαμηλή γνωστική λειτουργία και την καθυστέρηση στην ανάπτυξη των παιδιών (34). Αιτίες άσθματος και αλλεργίες σχετίζονται με τη χαμηλή ποιότητα του αέρα. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον ύπνο, τα οποία μπορεί να επηρεαστούν από περιβάλλοντα εργασίας, σπιτιού και γειτονιάς και που μπορεί να έχουν βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία (35).

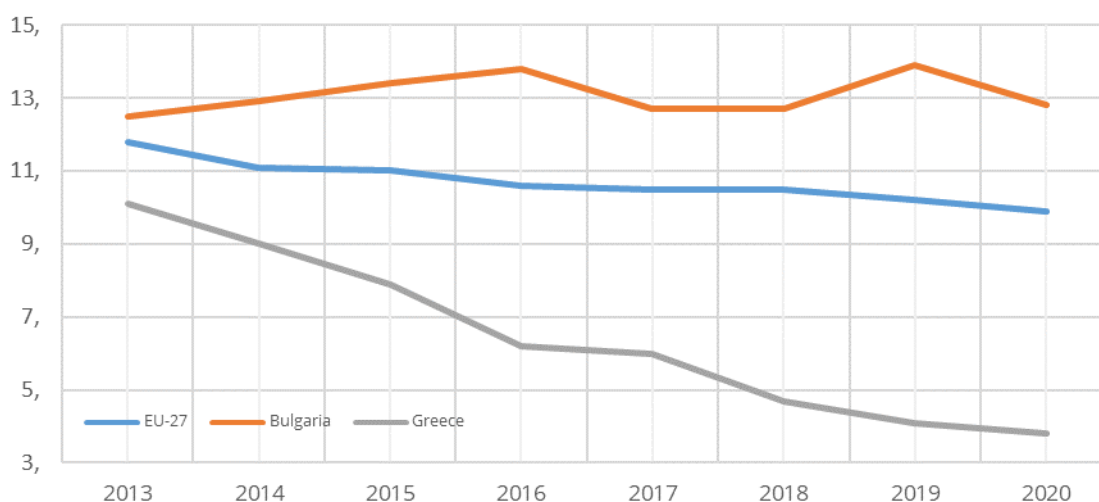
Στα επόμενα υποκεφάλαια, παρουσιάζονται κάποια βασικά στατιστικά στοιχεία για τις υπό εξέταση χώρες σε σχέση με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, προκειμένου να προσδιοριστούν καλύτερα οι αιτίες και οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των πολιτών στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία.

3.2.1 Εκπαίδευση

Τα ποσοστά αποχώρησης από την εκπαίδευση είναι υψηλότερα στη Βουλγαρία σε σχέση με την Ελλάδα και την ΕΕ. Ειδικότερα, για το 2020, το ποσοστό των ατόμων τα οποία αποχώρησαν από την εκπαίδευση στη Βουλγαρία ήταν 12,8%, στην Ελλάδα 9,9%, ενώ στην ΕΕ ήταν 3,8%.

Βιβλιογραφικά φαίνεται να υπάρχει μια σύνδεση των ατόμων που δεν έχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης με χαμηλότερη υγεία (36), ενώ επίσης προκύπτει ότι οι χώρες με πιο ισχυρά δημόσια συστήματα υγείας (για παράδειγμα σκανδιναβικές) έχουν μικρότερες αποκλίσεις στις ανισότητες στην υγεία με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο από αυτές που δεν έχουν (37).

Γράφημα 2 Ποσοστό αποχώρησης από την εκπαίδευση, 2013-2020

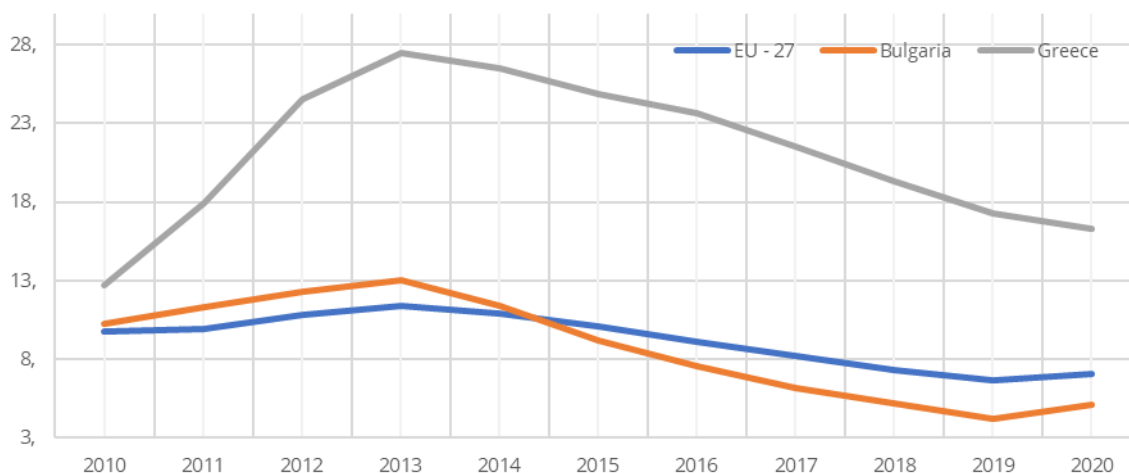


Πηγή Eurostat, 2021, Early leavers from education and training by sex [SDG_04_10]

3.2.2 Ανεργία και Εργασιακή Ανασφάλεια

Το ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλότερα έναντι της ΕΕ και της Βουλγαρίας κατά τα υπό εξέταση έτη. Αν και η ανεργία στην Ελλάδα έχει μειωθεί σε σχέση με το 2013, ωστόσο παραμένει σε υψηλά επίπεδα που αγγίζουν το 16,3%. Αντίθετα, για το 2020, τα ποσοστά ανεργίας στην ΕΕ είναι 7,1% και στη Βουλγαρία 5,1%.

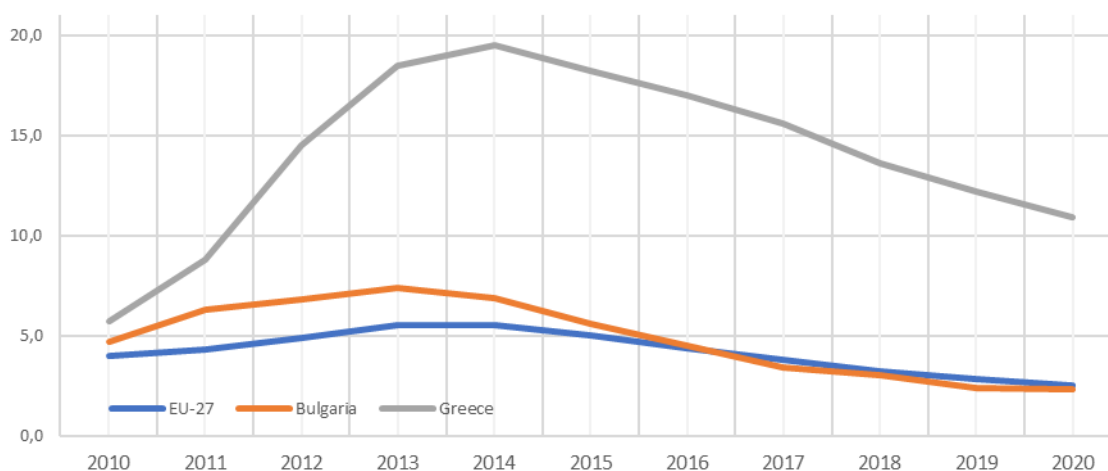
Γράφημα 3 Ποσοστά ανεργίας, 2010-2020



Πηγή Eurostat, 2021, Unemployment rate by age [TEPSR_WC170]

Η ανεργία συνδέεται τόσο με το μειωμένο εισόδημα και επομένως σε χώρες με όχι ισχυρά δημόσια συστήματα υγείας αυτό μπορεί να επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας των ανέργων και να επηρεάσει αρνητικά. Εκτός από τη φυσική υγεία, προβλήματα εντοπίζονται και στη ψυχική υγεία, όπου η ανεργία συνδέεται με περιστατικά κατάθλιψης και άγχους, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις συνδέεται και με αυτοκτονίες (13,14,16,38,39).

Γράφημα 4 Μακροχρόνια ανεργία, 2010-2020

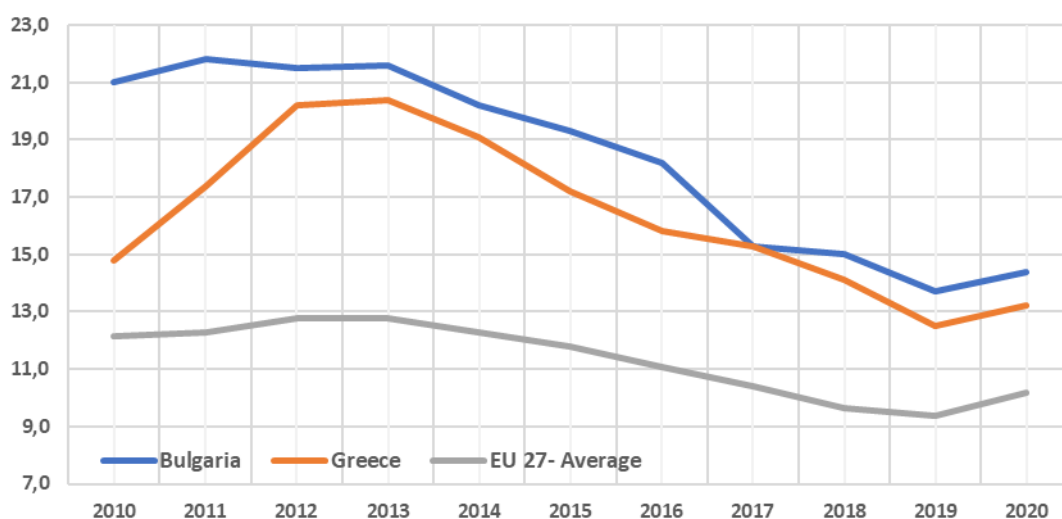


Πηγή Eurostat, 202, Long-term unemployment rate by sex [SDG_08_40_custom_1138788]

Μια ακόμα κατηγορία, η οποία χρειάζεται μια σχετική προσοχή και αντιμετωπίζει υψηλές ανισότητες στην υγεία ενώ διατρέχει και υψηλούς κίνδυνους να εμφανίσουν χαμηλότερη υγεία είναι οι NEETs. Για τη συγκεκριμένη κατηγορία φαίνεται ότι η ανεργία και η μη συμμετοχή τους στην εκπαίδευση συνδέεται με επιβαρυντικές συνέπειες στην υγεία τους, την ψυχική υγεία, αυξημένα περιστατικά κατάθλιψης, αυτοκτονικά επεισόδια, χαμηλότερα επίπεδα υγείας μακροχρόνια και καρκίνο.(40–46)

Τα παραπάνω μπορούν να συνδεθούν με την ανεργία και την υιοθέτηση μη υγιεινών συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και οι κακές διατροφικές συνήθειες και τη μη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες. (47,48). Τα παραπάνω έχουν συνδεθεί με διάφορες μορφές καρκίνου όπως είναι ο καρκίνος του στήθους, των πνευμόνων και του παχέος εντέρου. Φαίνεται, ότι οι NEETs διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν τέτοιους καρκίνους (48–50) εξαιτίας κυρίως της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης (43,46), συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία. Το Γράφημα 5, παρουσιάζει το ποσοστό των ατόμων NEETs στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία. Και οι δυο χώρες φαίνεται να έχουν μείωση στα ποσοστά NEETs από το 2010 και υστέρη. Ωστόσο, τα ποσοστά αυτά παραμένουν υψηλά και σχετικά υψηλότερα αυτών της ΕΕ. Τα ποσοστά NEETs στην Ελλάδα ήταν για το 2020 13,2%, για τη Βουλγαρία 14,4%, ενώ για τη ΕΕ-27 10,6%.

Γράφημα 5 Ποσοστό NEETs, 2010-2020



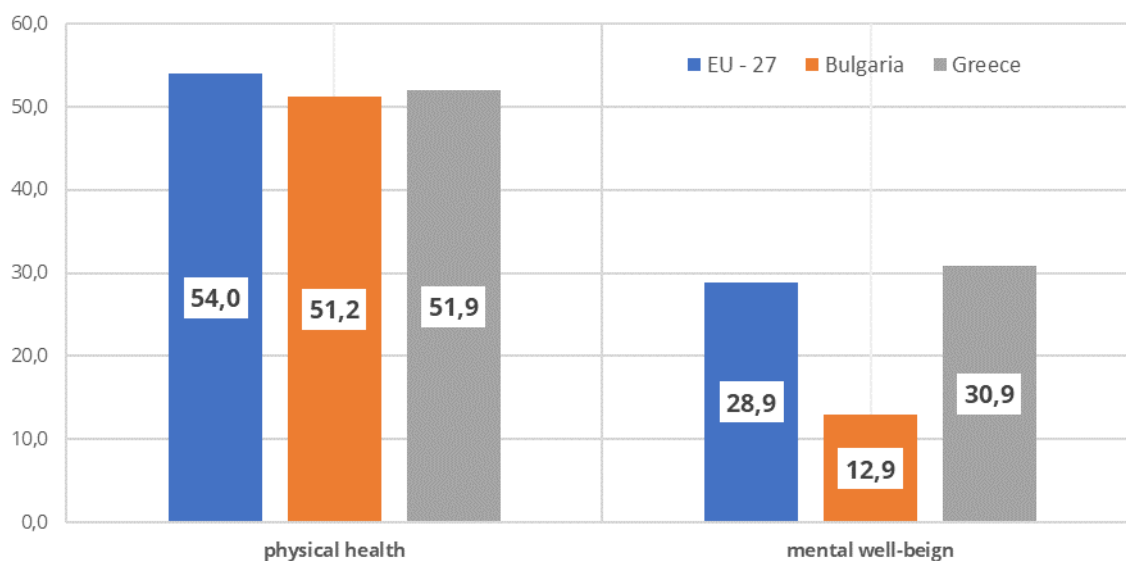
Πηγή. Eurostat (2021), [TIPSLM90]

3.2.3 Εργασιακές συνθήκες

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται επίσης και συνδέσεις μεταξύ των εργασιακών συνθηκών και των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία. Φαίνεται ότι η περιστασιακή εργασία, η εργασία που έχει επικίνδυνα καθήκοντα, η παιδική εργασία, οι πλημμελείς συνθήκες εργασίας, η ένταση της εργασίας και η πίεση συμβάλλουν αρνητικά στην υγεία του ατόμου (17,51).

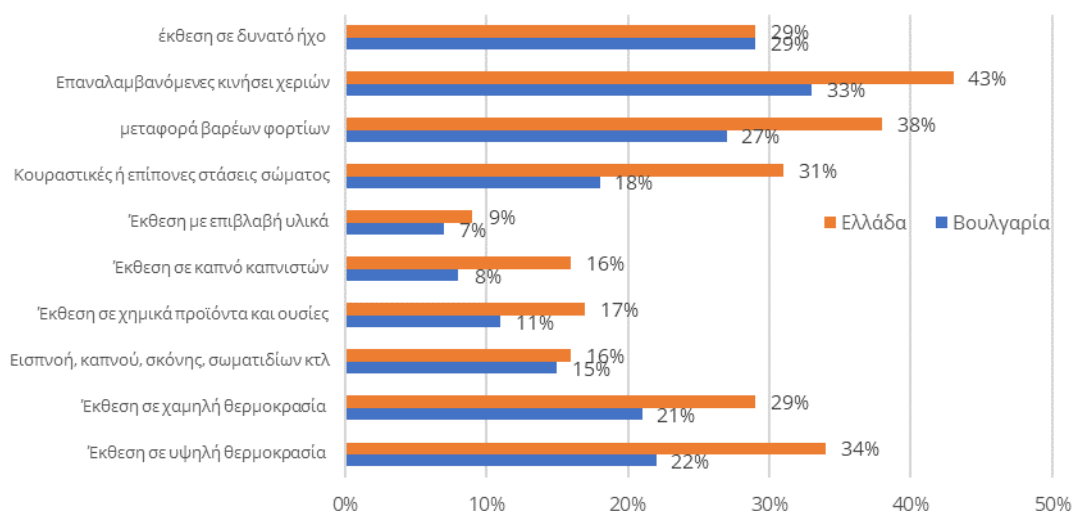
Στο Γράφημα 6 παρουσιάζεται το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι έχουν κίνδυνο έκθεσης σε παράγοντες επικίνδυνους για τη φυσική και την ψυχική τους υγεία. Τα ποσοστά στην ΕΕ είναι σχετικά υψηλότερα έναντι των άλλων δύο χωρών, ωστόσο στην Ελλάδα το 30% των συμμετεχόντων στην έρευνα φαίνεται να εκτίθεται, κατά δήλωσή τους, σε επικίνδυνους παράγοντες για την ψυχική τους υγεία, ενώ το 51,9% για τη φυσική τους υγεία. Τα νούμερα είναι αντίστοιχα για τη Βουλγαρία για την περίπτωση της φυσικής υγείας, με ποσοστό 51,2%. Αντίθετα, για την ψυχική υγεία μόνο το 12,9% απάντησε ότι εκτίθεται σε παράγοντες επικίνδυνους.

Γράφημα 6 Κίνδυνος έκθεσης σε παράγοντες επικίνδυνους για τη φυσική ή ψυχική / πνευματική υγεία, 2020



Πηγή Eurostat, 2021 Persons reporting exposure to risk factors that can adversely affect physical health by sex, age and NACE Rev. 2 activity [HSW_EXP6B_custom_1138956] & Persons reporting exposure to risk factors that can adversely affect mental well-being by sex, age and NACE Rev. 2 activity [HSW_EXP5B\$DEFAULTVIEW]

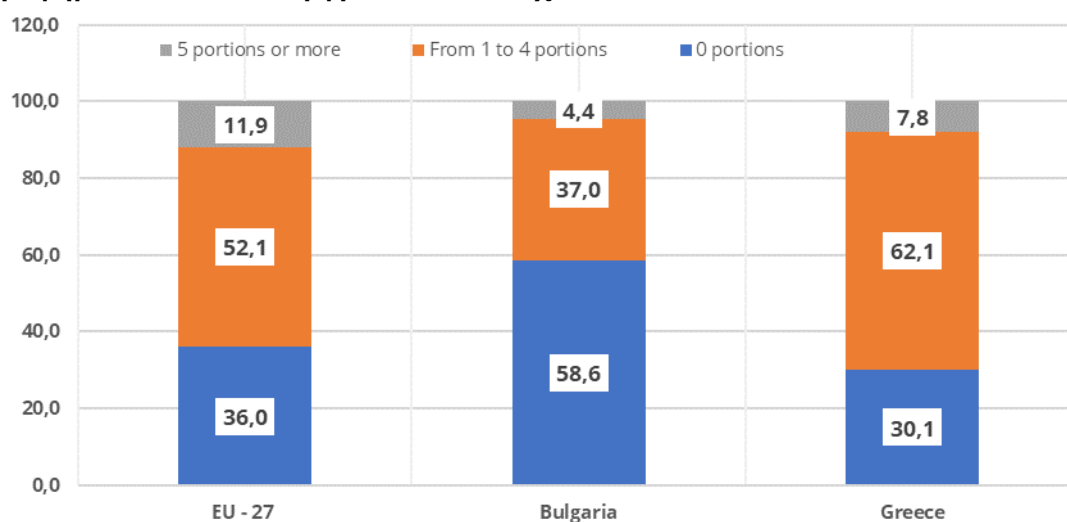
Η έρευνα του Eurofound που αφορά στις εργασιακές συνθήκες κατέδειξε τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο Γράφημα 7. Οι εργασιακές συνθήκες είναι σχετικά χειρότερες στην Ελλάδα έναντι της Βουλγαρίας, καθώς υψηλότερα ποσοστά απαντήσεων αφορούν έκθεση σε επιβλαβείς παράγοντες για την υγεία. Για παράδειγμα όπως είναι οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις χεριών (43% Ελλάδα, 33% Βουλγαρία), έκθεση σε υψηλή θερμοκρασία (34% Ελλάδα, 22% Βουλγαρία), έκθεση σε χημικά προϊόντα και ουσίες (17% Ελλάδα, 11% Βουλγαρία).

Γράφημα 7 Εργασιακές συνθήκες, Ελλάδα, Βουλγαρία (*ad hoc*, 2017)

Πηγή Eurofound, 2020, European Working Conditions Survey (EWCS)

3.2.4 Διατροφή

Τα ζητήματα της διατροφής είναι επίσης πολύ σημαντικά για τη διατήρηση της καλής υγείας των πληθυσμών. Στην Ελλάδα φαίνεται ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού (62,1) καταναλώνει από 1 έως 4 μερίδες φρούτων και λαχανικών σε ημερήσια βάση, ακολουθεί η ΕΕ με 52,1% και τέλος η Βουλγαρία με 37%. Η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μπορεί να συνδυαστεί με μια σειρά προβλήματα στην υγεία όπως είναι η αύξηση βάρους.

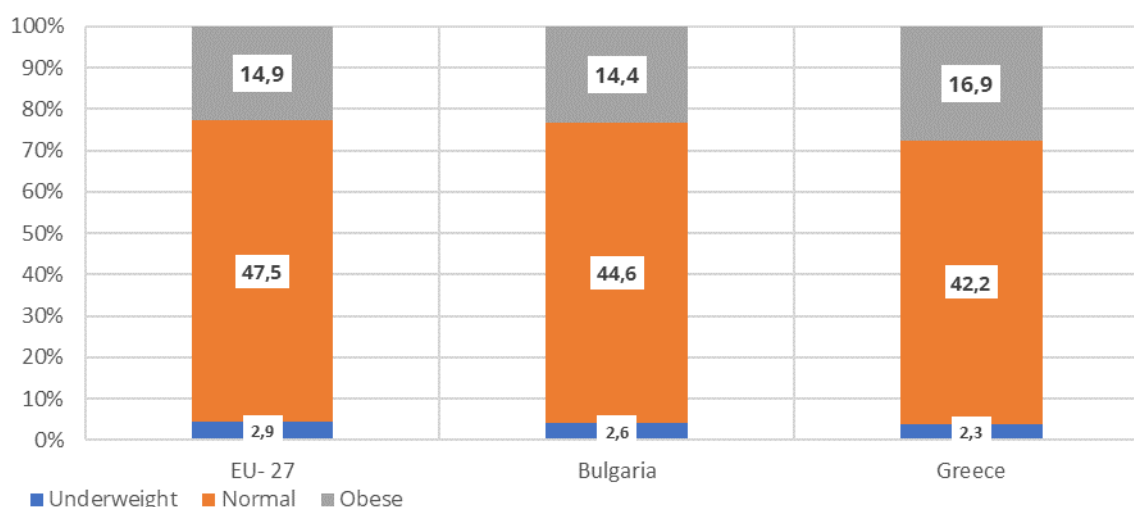
Γράφημα 8 Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, (*ad hoc*, 2014)

Πηγή Eurostat, 2021, Daily consumption of fruit and vegetables by sex, age and educational attainment level [HLTH_EHIS_FV3E\$DV_462]

Τα ποσοστά παχυσαρκίας είναι σχετικά υψηλότερα στην Ελλάδα με το 16,9% του πληθυσμού να είναι παχύσαρκο έναντι του 14,9% στην ΕΕ και το 14,4% στη Βουλγαρία.

Αυτό, το ποσοστό είναι σχετικά υψηλό για την Ελλάδα και συνδέεται επίσης με χαμηλότερη υγεία.

Γράφημα 9 Ποσοστά παχυσαρκίας, (*ad hoc*, 2014)



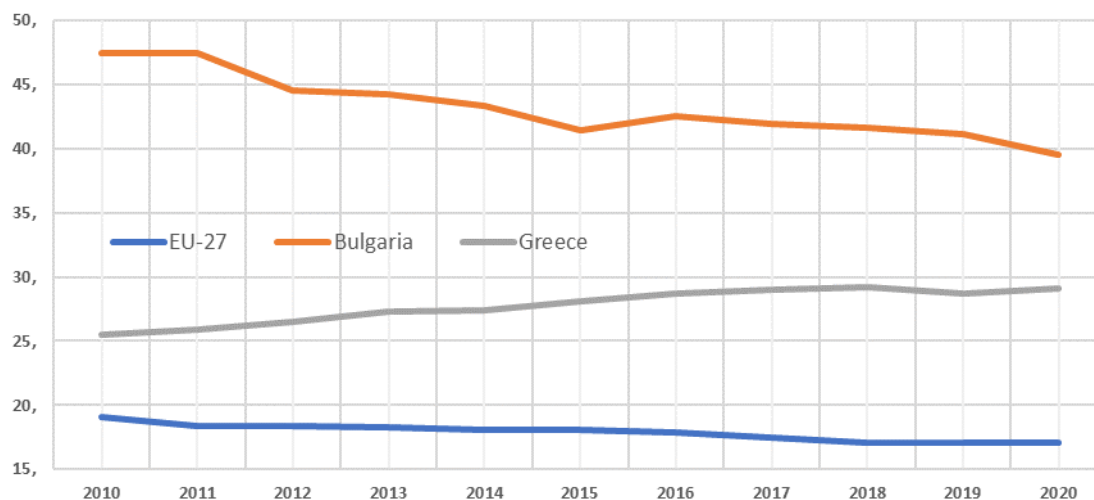
Πηγή Eurostat, 2021, Body mass index (BMI) by sex, age and income quintile [HLTH_EHIS_BM1I\$DV_306]

3.2.5 Στέγαση, βασικές ανέσεις και περιβάλλον

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επιδρούν στην υγεία ανάλογα με το κοινωνικό οικονομικό επίπεδο των ατόμων. Ειδικότερα, η βιβλιογραφία υποστηρίζει την υπόθεση ότι τα το κοινωνικό οικονομικό στάτους συνδέεται και με το ευρύτερο περιβάλλον διαβίωσης των ατόμων και άρα με την υγεία τους, καθώς μπορεί να εκτεθούν σε επικίνδυνα, απόβλητα, τοξίνες, χώρους μη καλά αεριζόμενους, σε περιβάλλον με έντονη ηχορύπανση, περιοχές πυκνοκατοικημένες, χαμηλού επιπέδου εκπαιδευτικές εγκαταστάσεις κτλ. Όλα αυτά φαίνεται να έχουν επίδραση στην υγεία των ατόμων με χαμηλότερο εισόδημα ή στις πιο ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.(52,53)

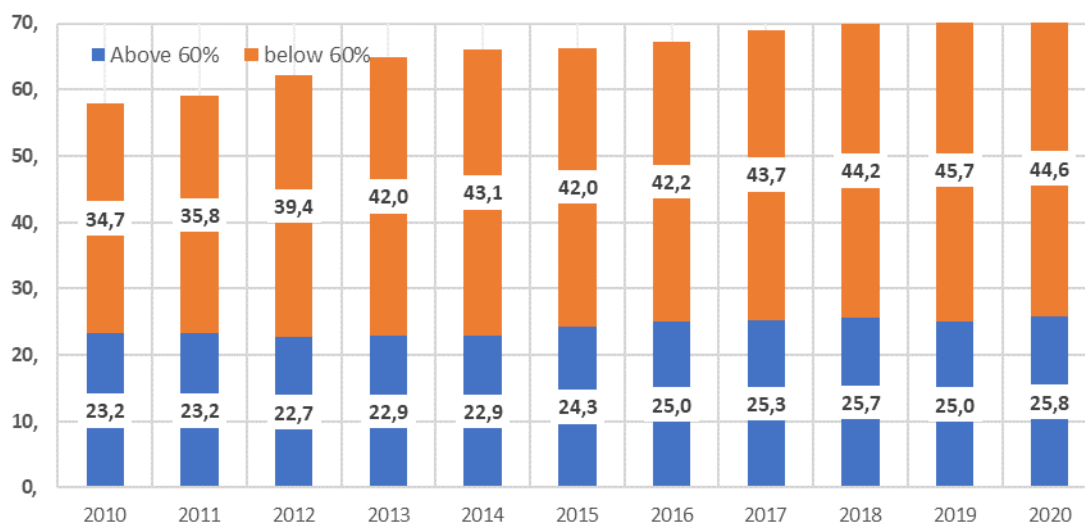
Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της υπόθεσης είναι η πανδημία COVID-19. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι τα άτομα που διαβιούν σε φτωχές, πυκνοκατοικημένες γειτονιές, που δεν έχουν επαρκή αερισμό στο σπίτι, που έχουν χαμηλό εισόδημα και αναγκάζονται να μείνουν πολλά άτομα μαζί σε ένα σπίτι, έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και μειωμένη ικανότητα συμμόρφωσης με στρατηγικές μετριασμού πανδημιών (25)

Το ποσοστό συνωστισμού στις κατοικίες είναι πολύ υψηλότερο στη Βουλγαρία έναντι της Ελλάδας και της ΕΕ-27. Φαίνεται δε, ότι ενώ η Βουλγαρία μειώνει με αργό ρυθμό το ποσοστό συνωστισμού, στην Ελλάδα αυτό παρουσιάζει σχετική αύξηση. Οι λόγοι είναι αφενός το μειωμένο εισόδημα των ατόμων μετά τα μέτρα λιτότητας αλλά και η αύξηση των μεταναστευτικών ροών, όπου τα άτομα αναγκάζονται να μένουν πολλά μαζί.

Γράφημα 10 Ποσοστό συνωστισμού στις κατοικίες, 2010-2020

πηγή Eurostat (2021), Overcrowding rate by poverty status - EU-SILC survey [TESSI172]

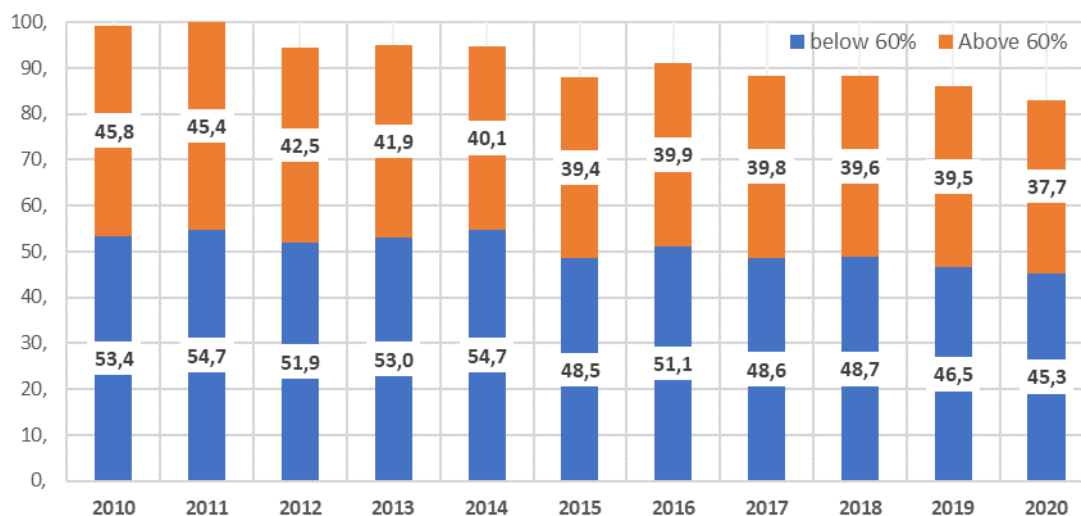
Το παραπάνω, επιβεβαιώνεται και από το Γράφημα 11, όπου τα άτομα στην Ελλάδα που είναι κάτω από το 60% της γραμμής φτώχειας διαβιούν σε σπίτια με έντονο συνωστισμό. Ειδικότερα, το 44,6% των ατόμων που είναι κάτω από το 60% της γραμμής φτώχειας ζουν σε σπίτι με υψηλό ποσοστό συνωστισμού.

Γράφημα 11 Ποσοστό συνωστισμού στο σπίτι ανά επίπεδο φτώχειας, Ελλάδα, 2010-2020

Πηγή Eurostat (2021), Overcrowding rate by poverty status - EU-SILC survey [TESSI172]

Αυτό το ποσοστό είναι ελαφρώς υψηλότερο για την περίπτωση της Βουλγαρίας όπου το 45,3% διαβιεί σε οικίες με πολλά άτομα.

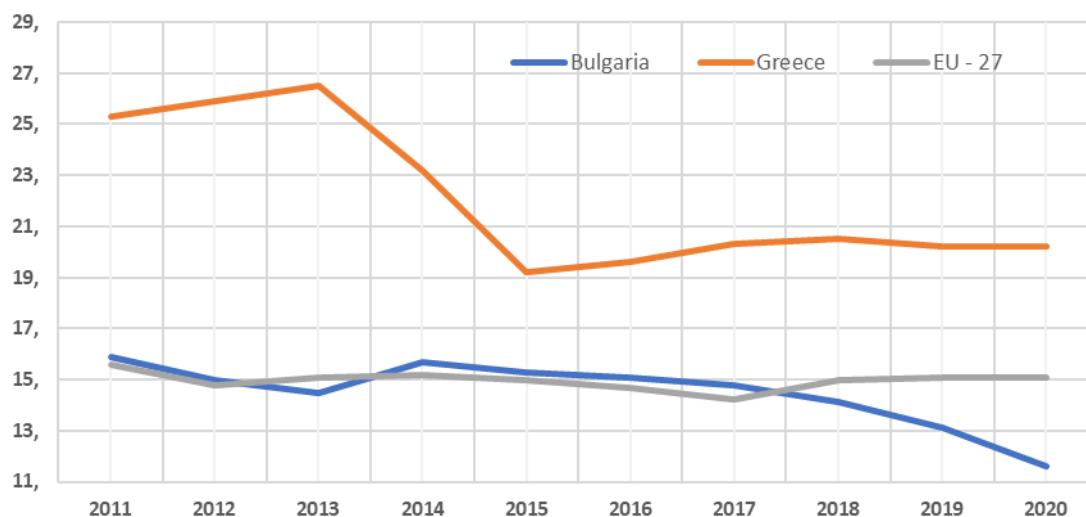
Γράφημα 12 Ποσοστό συνωστισμού στο σπίτι ανά επίπεδο φτώχειας, Βουλγαρία, 2010-2020



Πηγή Eurostat (2021), Overcrowding rate by poverty status - EU-SILC survey [TESS1172]

Στην Ελλάδα, το 20% του πληθυσμού ανέφερε ότι διαβιεί σε γειτονιές με ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ-27 είναι 15%. Αντιστοίχως, η Βουλγαρία έχει μόνο το 11% του πληθυσμού να διαβιεί σε τέτοιες γειτονιές.

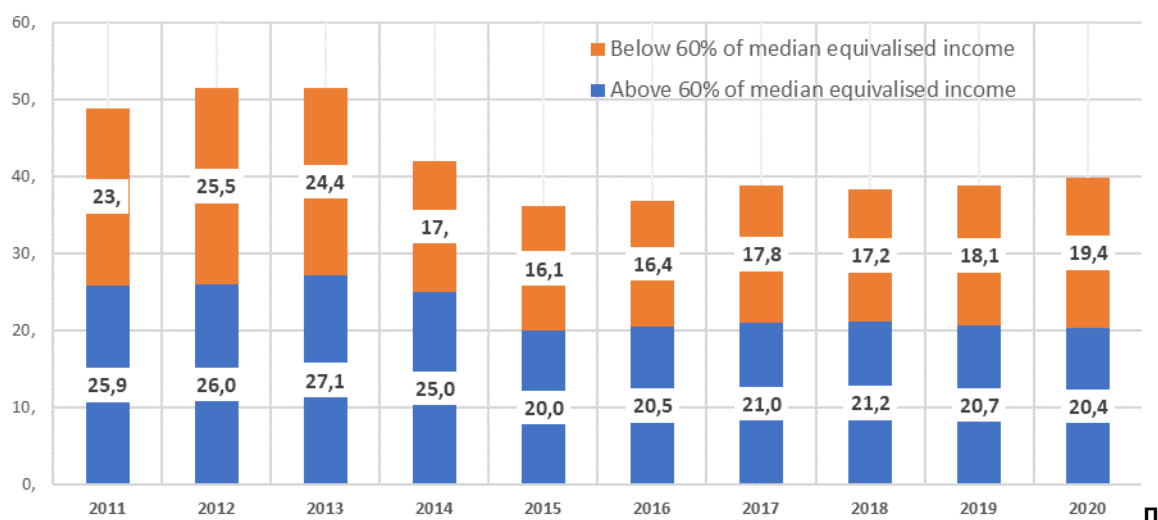
Γράφημα 13, Ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, 2010-2020



Πηγή Eurostat (2021), Pollution, grime or other environmental problems - EU-SILC survey [ILC_MDDW02_custom_1130590]

Και στην περίπτωση της Ελλάδας και στην περίπτωση της Βουλγαρίας τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα διαβιούν σε γειτονιές με ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα.

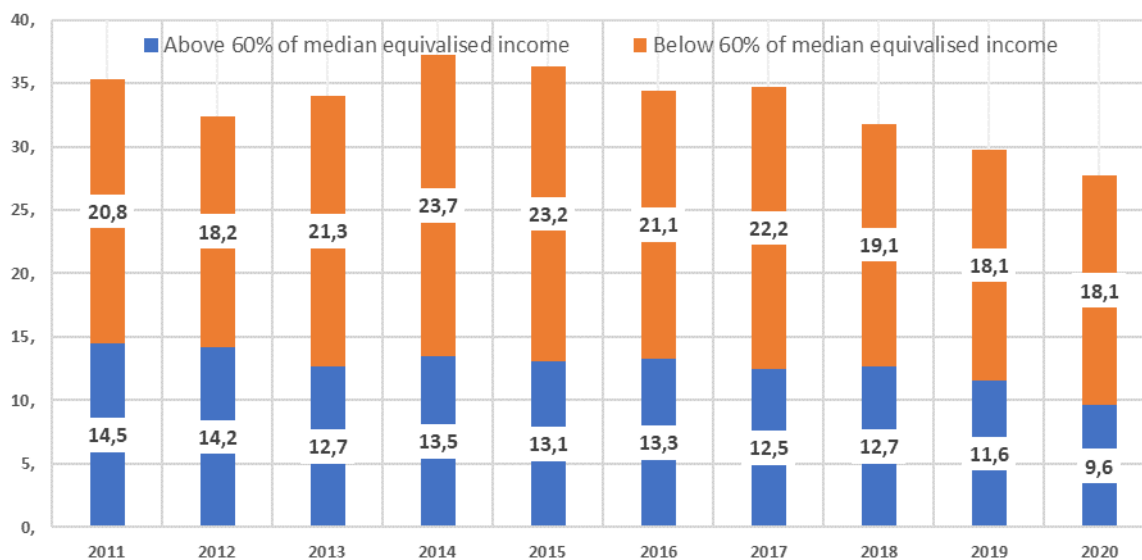
Γράφημα 14 Ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, Ελλάδα, 2010-2020



πηγή Eurostat (2021), Pollution, grime or other environmental problems - EU-SILC survey [ILC_MDDW02_custom_1130590]

Είναι εμφανές ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα είναι πιο εκτεθειμένα σε κινδύνους για την υγεία τους έναντι των υπολοίπων, καθώς αναγκάζονται να κατοικούν σε περιβάλλοντα τα οποία δεν είναι κατάλληλα και επιβαρύνουν συνολικά την υγεία τους.

Γράφημα 15 Ρύπανση, βρωμιά και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, Βουλγαρία, 2010-2020

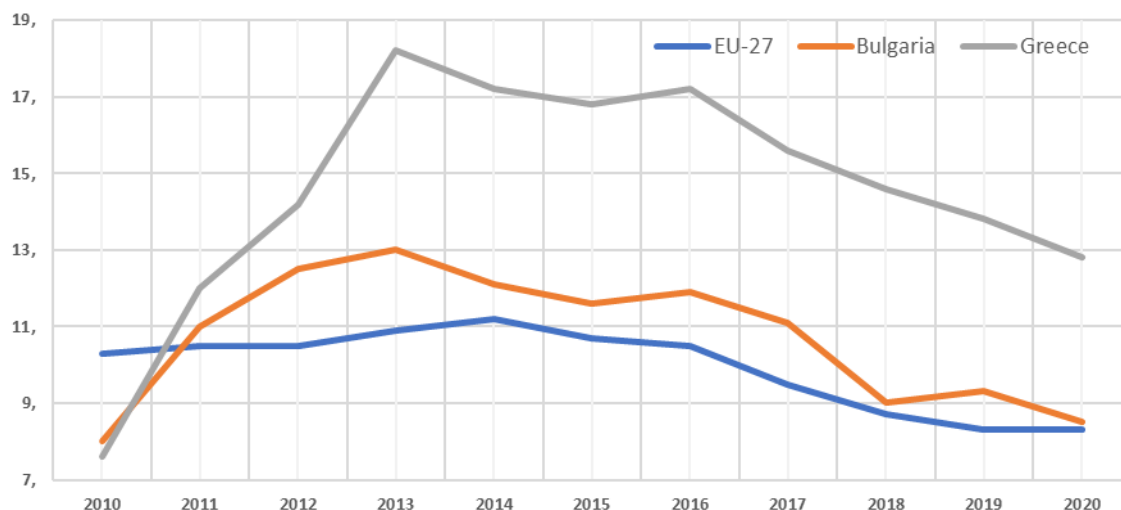


Πηγή Eurostat (2021), Pollution, grime or other environmental problems - EU-SILC survey ILC_MDDW02_custom_1130590]

Στο Γράφημα 16 παρουσιάζεται το ποσοστό των ατόμων που διαβιούν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή απασχόληση (τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού απασχολήθηκαν μόλις το 20% του χρόνου τους ή και λιγότερο κατά το προηγούμενο έτος). Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά για την Ελλάδα με το ποσοστό να αγγίζει το 12,8% το 2020, ενώ για την

Βουλγαρία είναι 8,5% και για την ΕΕ 8,3%. Φαίνεται ότι στην Ελλάδα αυτά τα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα και στις δύο περιπτώσεις.

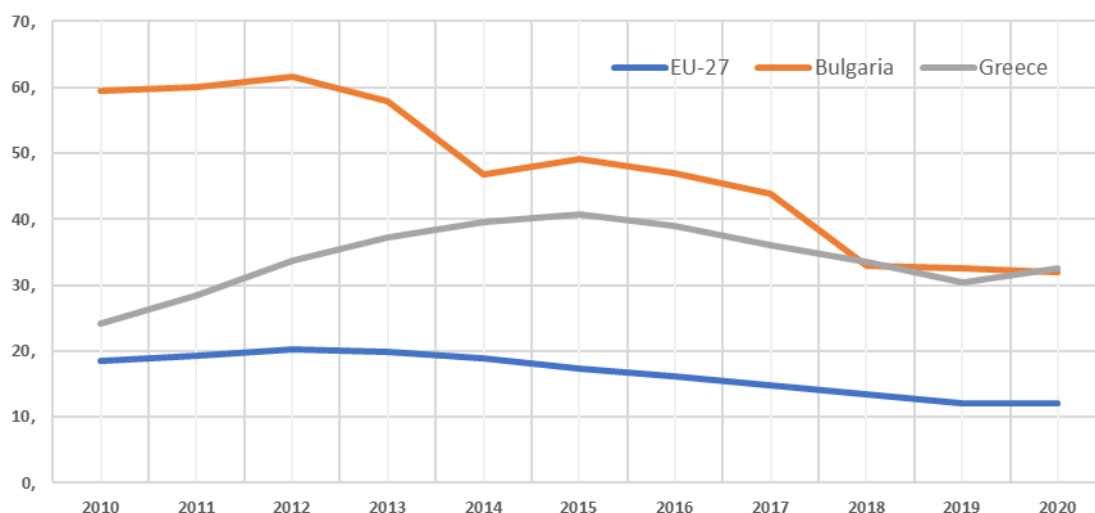
Γράφημα 16 Ποσοστό ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά με χαμηλή απασχόληση, 2010-2020



Πηγή Eurostat (2021), People living in households with very low work intensity [T2020_51]

Άλλος ένας κοινωνικός προσδιοριστής για την υγεία των πληθυσμών είναι η υλική αποστέρηση. Τα υψηλότερα ποσοστά υλικής αποστέρησης παρουσιάζονται μέχρι και το 2018 στη Βουλγαρία, η οποία κατάφερε να μειώσει από 60% το 2010 σε 32,6% το 2020. Αντιστοίχως, η Ελλάδα παρουσιάζει αύξηση της υλικής αποστέρησης τα τελευταία χρόνια, με κύρια αιτία της αποστέρησης την οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας. Σε κάθε περίπτωση και οι δυο χώρες είναι πολύ πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ-27, η οποία έχει μόλις το 12% του πληθυσμού να παρουσιάζει προβλήματα υλικής αποστέρησης.

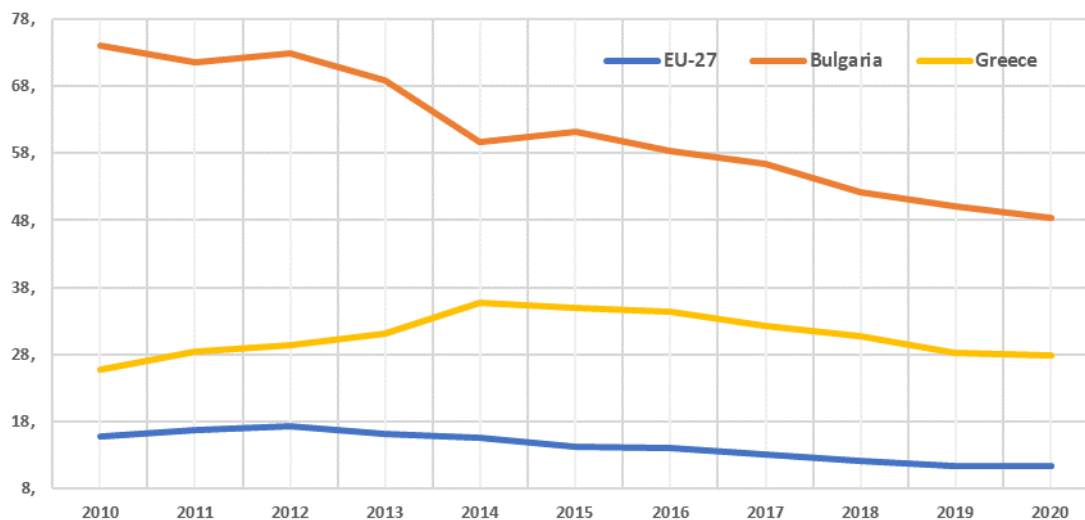
Γράφημα 17 Υλική αποστέρηση, σύνολο χωρών, 2010-2020



Πηγή Eurostat (2021), Material Deprivation rate by age group - EU-SILC survey [TESSI082]

Εξαιρετικά σημαντικό είναι το ζήτημα της υλικής αποστέρησης των ηλικιωμένων ατόμων. Όπως φαίνεται από το Γράφημα 18 η Βουλγαρία έχει τα υψηλότερα ποσοστά σε υλική αποστέρηση σε άτομα άνω των 65 ετών, ακολουθεί η Ελλάδα με 27,8% του συγκεκριμένου πληθυσμού να αναφέρει αποστέρηση. Ακολουθεί η ΕΕ-27 με το 11,3% του πληθυσμού να είναι σε υλική αποστέρηση.

Γράφημα 18 Υλική αποστέρηση σε άτομα άνω των 65 ετών, 2010-2020



Πηγή Eurostat (2021), Material Deprivation rate by age group - EU-SILC survey [TESSI082]

3.2.6 Κοινωνικός αποκλεισμός και διακρίσεις

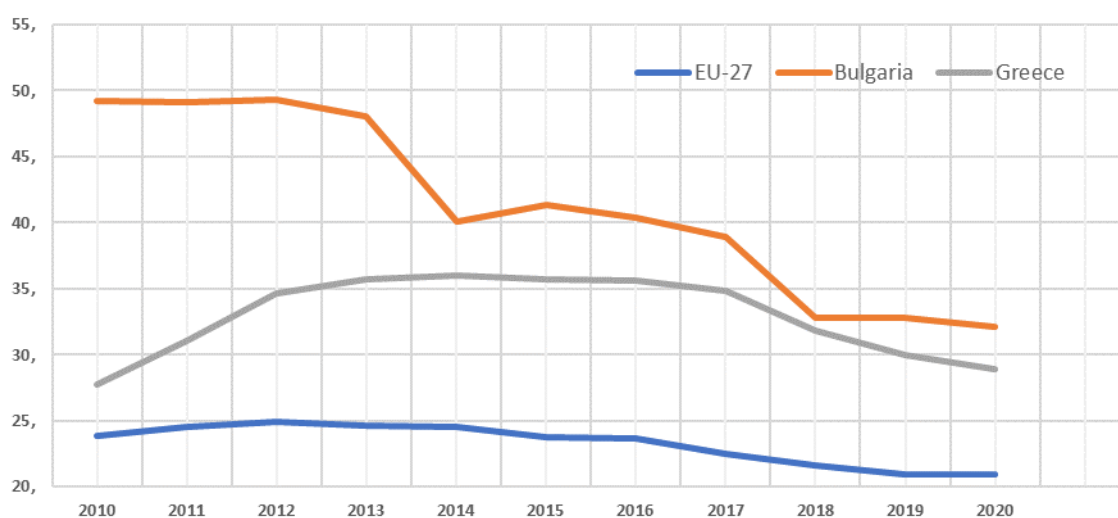
Ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι διακρίσεις επίσης αποτελούν παράγοντα ανισοτήτων στην υγεία. Ο κοινωνικός αποκλεισμός σχετίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με το εισόδημα και τη φτώχεια (54). Ως εκ τούτου, το ζήτημα αποκλεισμού είναι πολυεπίπεδο και πολύ δύσκολα μπορεί να καλυφθεί εντός της συγκεκριμένης μελέτης. Σε κάθε περίπτωση, ως δείκτης κοινωνικού αποκλεισμού κρίθηκε ο aRoPE, ο οποίος απεικονίζεται στο Γράφημα 19.

Ειδικότερα, τα ποσοστά των ατόμων που είναι σε κίνδυνο φτώχειας στη Βουλγαρία για το 2020 είναι 32,1%, για την Ελλάδα 28,9% και για την ΕΕ-27 20,9%. Αν και τα ποσοστά στη Βουλγαρία είναι υψηλότερα, ωστόσο συνολικά και στις τρεις περιπτώσεις τα ποσοστά είναι πολύ υψηλά. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην πρόσβαση στην υγεία και να συνδεθεί με χειρότερη υγεία για τους πληθυσμούς.

Ηλικιωμένοι και παιδιά που ζουν σε φτώχεια, ανύπαντρες μητέρες, άνεργοι και μετανάστες αντιπροσωπεύουν περίπου το 98% των μειονεκτούντων ατόμων στην ΕΕ. Τα χαμηλά εισοδήματα έχουν άμεσες συνέπειες σχετικά με τη φτώχεια και τις έμμεσες επιπτώσεις στον κοινωνικό αποκλεισμό ορισμένων ομάδων. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τον αποκλεισμό και το χαμηλό επίπεδο υγείας, όπως είναι οι κοινωνικές συμπεριφορές που καθορίζονται από την κατανάλωση αλκοόλ ή ναρκωτικών και ψυχικές διαταραχές. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου θα μπορούσαν

ενδεχομένως διαμεσολαβείτε μέρος της σχέσης μεταξύ εισοδήματος ανισότητα και αποτελέσματα υγείας. Οι αλκοολικοί και οι τοξικομανείς είναι άλλη μια ειδική κοινωνική ομάδα. Παρά το μέγεθος του αλκοολισμού, υπάρχει μια αβυσσαλέα έλλειψη πληροφοριών για αυτόν τον πληθυσμό. Η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών συνδέεται με κακές κοινωνικές συμπεριφορές, χαμηλή απασχολησιμότητα και συνολική επιβάρυνση του επιπέδου υγείας των συγκεκριμένων πληθυσμών. Εξαιτίας των χρονιών κοινωνικών προβλημάτων που παρουσιάζουν αυτά τα άτομα βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού (55)

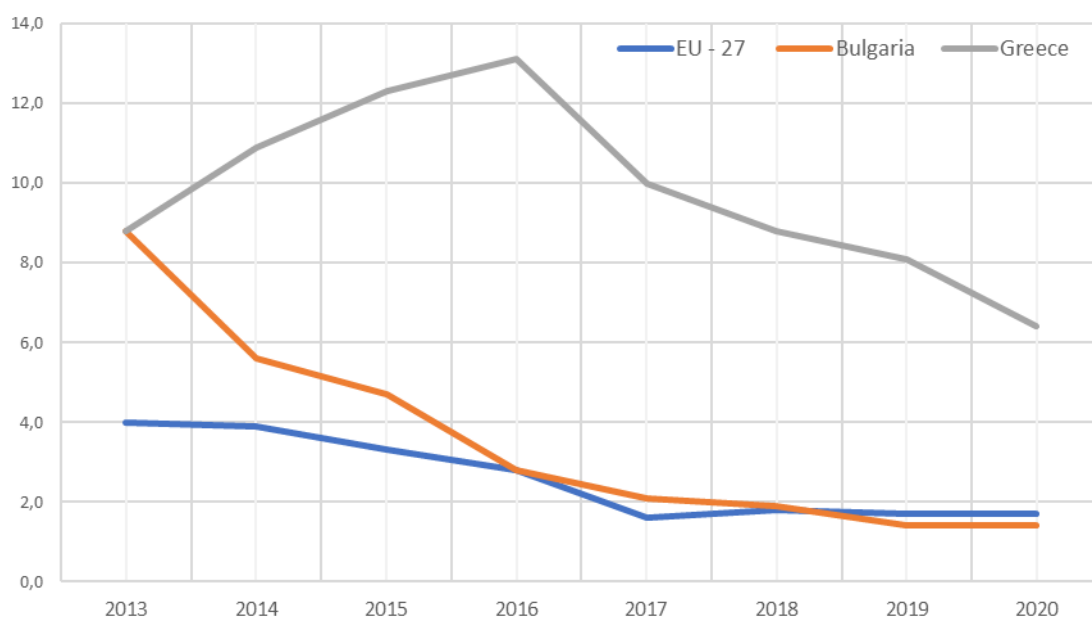
Γράφημα 19 Ποσοστό ατόμων με κίνδυνο φτώχειας (aRoPE), 2010-2020



Πηγή Eurostat (2021) People at risk of poverty or social exclusion [T2020_50]

Τέλος, σχετικά με τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, το Γράφημα 20 περιγράφει τα ποσοστά του πληθυσμού οι οποίοι απάντησαν ότι δεν ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες τους διότι η δομή υγείας, ήταν πολύ μακριά, ήταν πολύ ακριβή ή η ουρά αναμονής ήταν πολύ μεγάλη. Στην Ελλάδα, το ποσοστό ήταν 6,4%, για τη Βουλγαρία 1,4% και για την ΕΕ-27 1,7%. Τα ποσοστά αυτά είναι αμφιλεγόμενα καθώς το 2020 στις χώρες αυτές υπήρχαν περιορισμοί εξαιτίας της πανδημίας και οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερες. Αυτά τα ποσοστά, χαίρουν αμφισβήτησης καθώς, πολλές μελέτες δεν έχουν διεξαχθεί εξαιτίας της πανδημίας και πιθανώς τα στοιχεία αυτά να αλλάξουν για το 2020 το επόμενο χρονικό διάστημα.

Σε κάθε περίπτωση, η Ελλάδα είχε πολύ υψηλά ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών υγείας ιδιαίτερα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (13,1% το 2016). Ωστόσο κατάφερε να μειώσει τα ποσοστά στο 6,4%. Οπωσδήποτε, παραμένει υψηλότερα και από τη Βουλγαρία και την ΕΕ-27. Ένας λόγος είναι οι περικοπές στο σύστημα υγείας από τα μέτρα λιτότητας και την ταχεία ιδιωτικοποίηση κάποιων υπηρεσιών υγείας.

Γράφημα 20 Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, 2013-2020

Πηγή Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and educational attainment level [HLTH_SILC_14_custom_1159397]

3.2.7 Δομικοί παράγοντες

Υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο και αυτό που ονομάζεται δομικός καθοριστικός παράγοντας των ανισοτήτων στην υγεία. Οι δομικοί καθοριστικοί παράγοντες είναι αυτοί που δημιουργούν ή ενισχύουν τη διαστρωμάτωση στην κοινωνία και που καθορίζουν την ατομική κοινωνικοοικονομική θέση. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι δομικοί καθοριστικοί παράγοντες παρουσιάζονται σε ένα συγκεκριμένο πολιτικό και ιστορικό πλαίσιο. Δεν είναι δυνατόν να αναλυθεί ο αντίκτυπος των διαρθρωτικών καθοριστικών παραγόντων στις ανισότητες στον τομέα της υγείας ή να εκτιμηθούν οι επιλογές πολιτικής και παρέμβασης, εάν δεν περιλαμβάνονται ευρύτερες πτυχές. Όπως παρατηρείται, βασικά στοιχεία του πλαισίου περιλαμβάνουν: πρότυπα διακυβέρνησης, μακροοικονομικές πολιτικές κοινωνικές πολιτικές και δημόσιες πολιτικές. Οι πτυχές του πλαισίου, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών για την εκπαίδευση, την απασχόληση και την κοινωνική προστασία, λειτουργούν ως ρυθμιστές που επηρεάζουν τις επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής θέσης στα αποτελέσματα της υγείας και την ευημερία μεταξύ των κοινωνικών ομάδων.

Ταυτόχρονα, το πλαίσιο αποτελεί μέρος της «προέλευσης» και της διατροφής μιας δεδομένης κατανομής της εξουσίας, του κύρους και της πρόσβασης σε υλικούς πόρους σε μια κοινωνία και έτσι, στο τέλος, του προτύπου κοινωνικής διαστρωμάτωσης και κοινωνικών ταξικών σχέσεων που υπάρχουν σε αυτήν την κοινωνία. Η θετική σημασία αυτού του δεσμού είναι ότι είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις των δομικών καθοριστικών παραγόντων στην υγεία ανισότητες μέσω της σκόπιμης δράσης σε χαρακτηριστικά περιβάλλοντος, ιδιαίτερα της διάστασης της πολιτικής.

3.3 Συγκριτική παρουσίαση

Η παρουσίαση των παραπάνω στοιχείων καταδεικνύει ότι στη σύγκριση των χωρών Ελλάδας Βουλγαρίας εντοπίζονται προβλήματα σχεδόν σε όλους τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Συνολικά, και οι δυο χώρες έχουν έντονα ζητήματα με την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις συνθήκες διαβίωσης και τα χαμηλά εισοδήματα και την ανεργία. Βέβαια, η Ελλάδα είναι σε δυσμενέστερη θέση έναντι της Βουλγαρίας, απόρροια κυρίως της οικονομικής και ανθρωπιστικής κρίσης κατά την περίοδο 2010-2016.

Τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, η αύξηση της φορολογίας, η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των μισθών και οι περικοπές στη δημόσια υγεία, δημιούργησαν ένα δυσμενές κλίμα στην Ελλάδα, το οποίο απεικονίζεται και στα στοιχεία. Όλοι οι κοινωνικοί προσδιοριστές για την υγεία στη χώρα είναι εξαιρετικά χαμηλοί με αποτελέσματα τα οποία αν και δεν έχουν φανεί, αναμένεται να είναι πιο έντονα τα επόμενα χρόνια (αύξηση νοσηρότητας, χαμηλότερο επίπεδο υγείας κτλ.).

Η Βουλγαρία παρουσιάζει καλύτερη εικόνα σε σχέση με τους κοινωνικούς προσδιοριστές, ωστόσο θα πρέπει να εξεταστούν και ειδικότερα ζητήματα στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας. Αδιαμφισβήτητα, η Βουλγαρία τα τελευταία χρόνια έχει κάνει άλματα στη βελτίωση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει και το γεγονός ότι το σύστημα υγείας στη Βουλγαρία είναι πλήρως εθνικό με καλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας βαθμίδας.

4 Ανάλυση των δευτερογενών πηγών σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές στην υγεία (κοινωνικά σημαντικές ασθένειες) στην Ελληνική διασυνοριακή περιοχή.

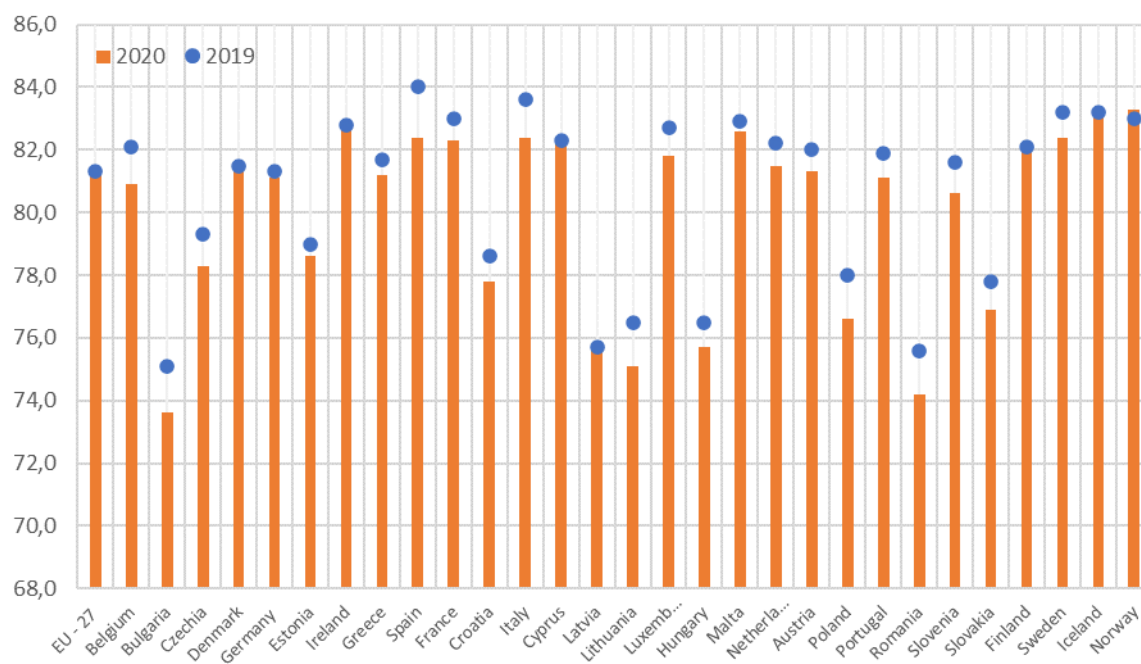
4.1 Κοινωνικά σημαντικές ασθένειες

4.1.1 Ελλάδα

Παρακάτω γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών για τις δυο υπό εξέταση χώρες. Η ιδέα του συγκεκριμένου κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει ένα γενικό προφίλ για τις δυο χώρες σε σχέση με το επίπεδο υγείας των πληθυσμών και αργότερα να εξειδικευτεί στη διασυνοριακή περιοχή.

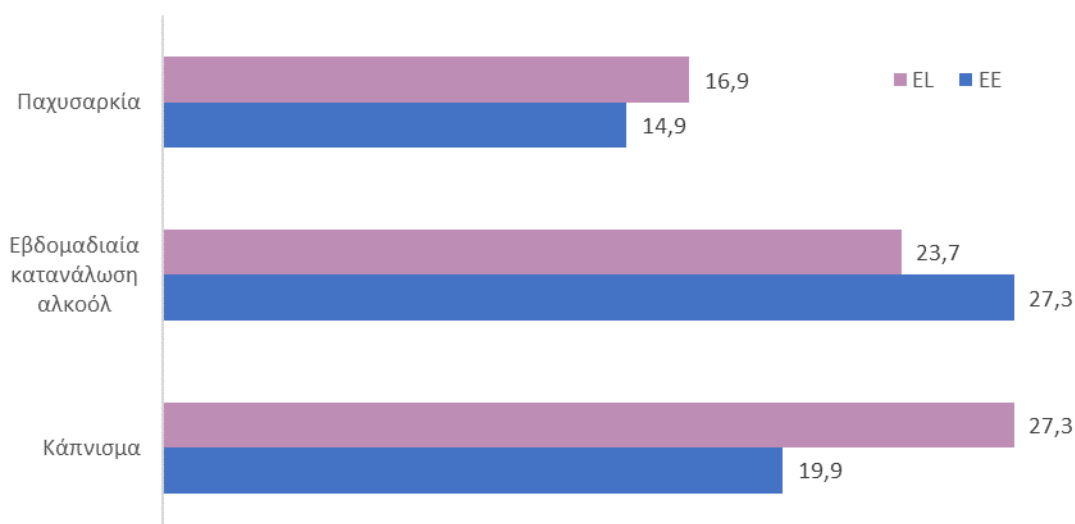
Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα εξακολουθεί να υπερβαίνει τον μέσο όρο της ΕΕ, ωστόσο αυξάνεται με πιο αργό ρυθμό σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες της ΕΕ. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα έφτασε τα 81,2 έτη το 2020, το οποίο είναι περίπου ίσο τον μέσο όρο της ΕΕ (Γράφημα 21). Από το 2000, όπου συγκαταλεγόταν μεταξύ των υψηλότερων στην ΕΕ, έχει αυξηθεί κατά 2,8 έτη, και με βραδύτερο ρυθμό απ' αυτόν που παρατηρείται στην ΕΕ συνολικά. Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί με ελαφρώς ταχύτερους ρυθμούς για τους άνδρες, ενώ παρέμεινε στάσιμο για τις γυναίκες κατά τα τελευταία έτη, με αποτέλεσμα να παρατηρείται διαφορά περίπου πέντε ετών μεταξύ των φύλων, παρεμφερής με τον μέσο όρο της ΕΕ.

Ποσοστό λίγο υψηλότερο από το 40% των θανάτων στην Ελλάδα μπορεί να αποδοθεί σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (πάνω από το 39 % που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ), με το κάπνισμα να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα. Περισσότεροι από ένας στους τέσσερις ενηλίκους καπνίζουν σε καθημερινή βάση, που είναι το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Τα υψηλά ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας αποτελούν επίσης πηγή ανησυχίας, όπως και η έλλειψη άσκησης των παιδιών. Τα σχετικά χαμηλά ποσοστά βλαβών που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ αποτυπώνουν τη χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ από τους ενηλίκους, ωστόσο η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ στα παιδιά σημειώνει άνοδο.

Γράφημα 21 Προσδόκιμο ζωής

Πηγή, Eurostat (2021), [DEMO_MLEXPEC_custom_1091300]

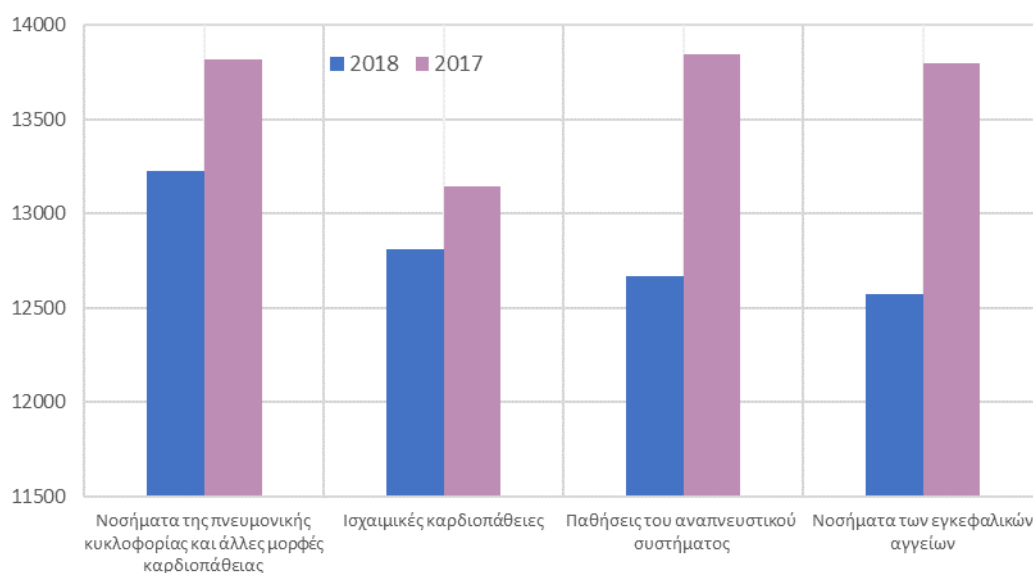
Το κάπνισμα και η παχυσαρκία φαίνεται να είναι υψηλότερα στην Ελλάδα, σε σχέση με την ΕΕ-27. Ειδικότερα, το 16,9% των Ελλήνων αναφέρονται ως παχύσαρκοι ενώ στην ΕΕ είναι το 14,9%. Αντιστοίχως, οι καπνιστές στην Ελλάδα είναι το 27,3% έναντι του 19,9% σε όλη την υπόλοιπη Ευρώπη. Τέλος, αναφορικά με την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ, η Ελλάδα παρουσιάζει σχετικά χαμηλότερα ποσοστά έναντι της Ευρώπης, όπως περιγράφονται στο Γράφημα 22.

Γράφημα 22 Παράγοντες κινδύνου, Ελλάδα, 2020

Πηγή Eurostat, 2021, HLTH_EHIS_SK1E

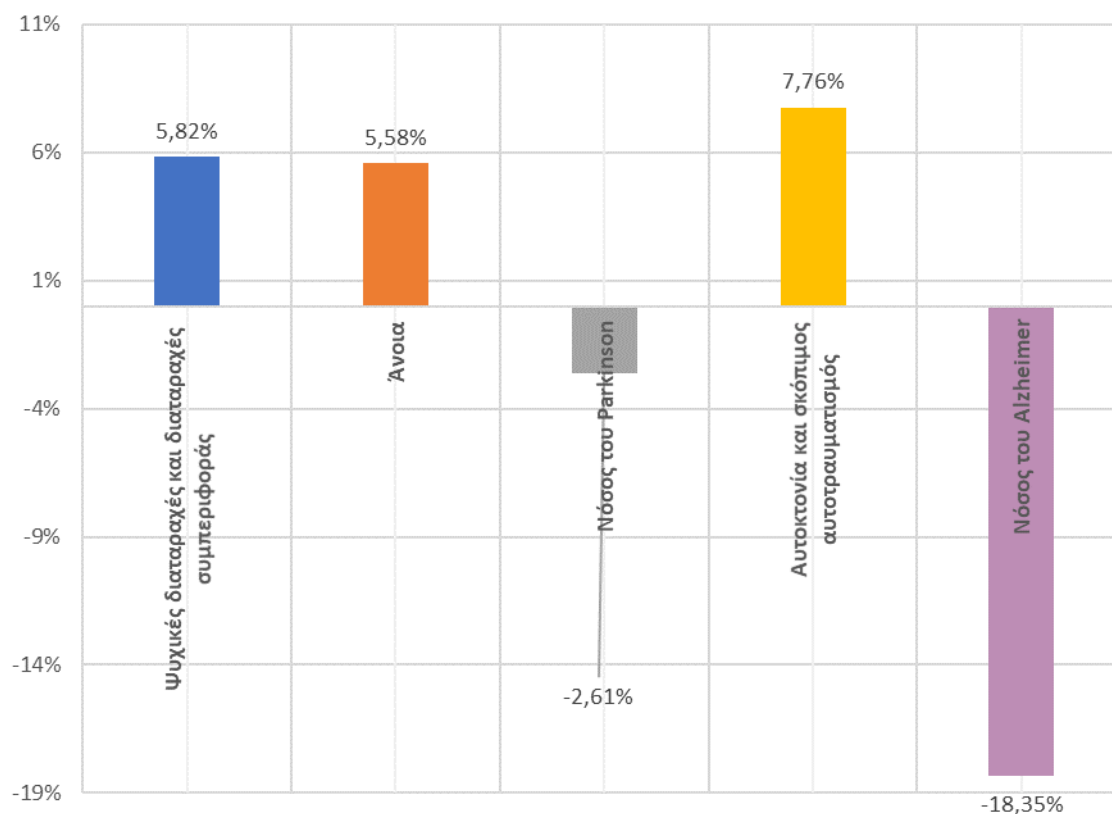
Τα εγκεφαλικά επεισόδια και η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου μαζί με τα νοσήματα πνευμονικής κυκλοφορίας (Γράφημα 3 και Γράφημα 5). Παρά τη σημαντική μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο και ισχαιμική καρδιοπάθεια από το 2000 και μετά, οι δύο αυτές παθήσεις εξακολουθούν να αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου μαζί με τις νεοπλασματικές ασθένειες (Γράφημα 23). Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο, με ποσοστά που παραμένουν αρκετά σταθερά με την πάροδο του χρόνου. Οι θάνατοι από διαβήτη και χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν αυξανόμενο πρόβλημα τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ενώ τα επίπεδα παραμένουν κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, αυτή η αύξηση μπορεί να αποτελεί ένδειξη αδυναμιών στην περίθαλψη όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις.

Γράφημα 23 Κύριες αιτίες θανάτου, Ελλάδα, 2017-2018



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021 (ICD-10, έκδοση 2008)

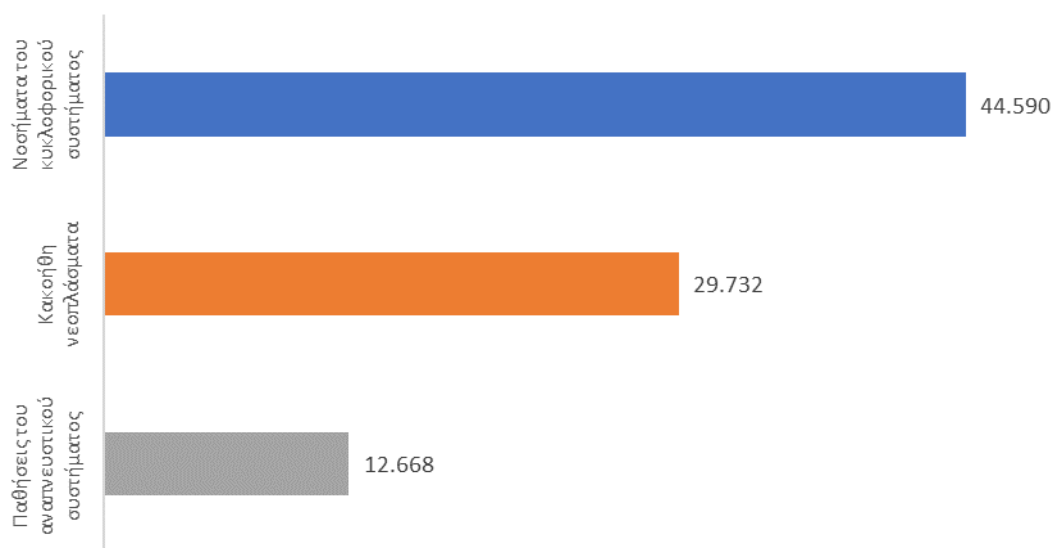
Με εξαίρεση τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, οι οποίοι μειώθηκαν, η οικονομική κρίση είχε αισθητό αντίκτυπο στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Σε κάθε περίπτωση τα τελευταία χρόνια, εμφανίζεται αύξηση των θανάτων εξαιτίας αυτών των ασθενειών, όπως είναι οι ψυχικές διαταραχές, και οι αυτοκτονίες, οι οποίες αυξήθηκαν από το 2017 στο 2018 κατά 7,76%. Αντιθέτως, έχουν μειωθεί οι θάνατοι από τη νόσο του Alzheimer (Γράφημα 24).

Γράφημα 24 Μεταβολή θανάτων από άλλες ασθένειες, Ελλάδα, 2017-2018

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021 (ICD-10, έκδοση 2008)

Ειδικότερα, η ψυχική υγεία, εκφρασμένη σε ποσοστά αυτοκτονιών και επίπεδα κατάθλιψης, έχει επιδεινωθεί. Παρότι είναι τα χαμηλότερα μετά την Κύπρο και αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (10,3 ανά 100.000 κατοίκους το 2016), τα ποσοστά αυτοκτονιών έχουν αυξηθεί κατά 30 % — μέσος όρος 4,3 ανά 100 000 κατοίκους από το 2010 (έναντι 3,3 κατά την προηγούμενη δεκαετία). Σε σειρά μελετών διαπιστώθηκε αύξηση του επιπολασμού των συμπτωμάτων κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό, από 3,3 % το 2008 σε 12,3 % το 2013 (56).

Η σταθερή μείωση της βρεφικής θνησιμότητας —δείκτη ευαίσθητου τόσο στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης όσο και στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες— έχει αντιστραφεί από το τριετές μέσο επίπεδο των 3,1 ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων κατά την περίοδο 2007-2009 σε 3,9 κατά την περίοδο 2015-2017, υπερβαίνοντας τον μέσο όρο της ΕΕ (3,6).

Γράφημα 25 Θάνατοι στην Ελλάδα κατά αιτία θανάτου, 2018

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021 (ICD-10, έκδοση 2008)

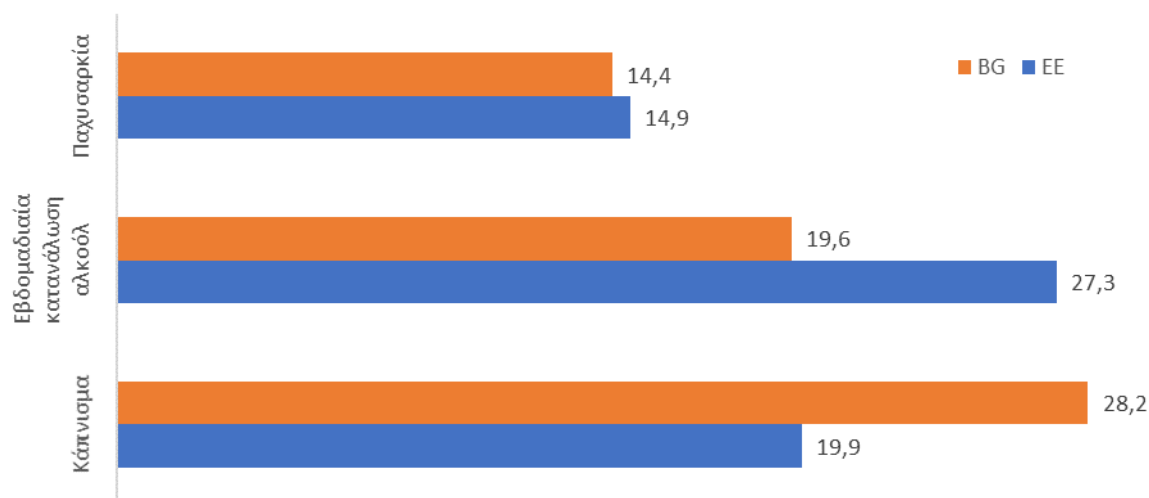
4.1.2 Βουλγαρία

Το κάπνισμα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Το 2014, η Βουλγαρία είχε το υψηλότερο επίπεδο καπνίσματος στην ΕΕ: το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω που καπνίζουν καθημερινά στη Βουλγαρία ήταν 27,3%, πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (18,4%). Το ποσοστό των νέων καπνιστών ηλικίας 15-24 ετών είναι επίσης υψηλό: 20,5% στη Βουλγαρία και 15,5% στην ΕΕ28. Τα ποσοστά αυτά παραμένουν σχετικά υψηλά, αφού το 29% του πληθυσμού στη Βουλγαρία για το 2020 καπνίζει.

Τα στοιχεία της ΕΕ δείχνουν ότι οι δείκτες κατανάλωσης αλκοόλ στη Βουλγαρία είναι παρόμοιοι ή ελαφρώς υψηλότεροι από τον μέσο όρο της ΕΕ28. Ωστόσο, ενώ η τάση για κατανάλωση αλκοόλ σταδιακά μειώνεται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, έχει αυξηθεί στη Βουλγαρία. Μαζί με τη Λιθουανία, την Κροατία, το Βέλγιο και την Αυστρία, η Βουλγαρία έχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ στην ΕΕ (ΟΟΣΑ / ΕΕ, 2016). Επιπλέον, η Βουλγαρία δεν συμφωνεί με τους μέσους όρους της ΕΕ σε ορισμένους άλλους δείκτες τρόπου ζωής που καθορίζουν την καλή υγεία, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση και η κατανάλωση φρούτων (57). Σύμφωνα με τη γενική τάση της αυξημένης παχυσαρκίας παγκοσμίως και στην ΕΕ, η παχυσαρκία στη Βουλγαρία έχει επίσης αυξηθεί, αν και πιο μετριοπαθώς. Το ποσοστό της αυτοαναφερόμενης παχυσαρκίας μεταξύ των ενηλίκων το 2014 (15%) ήταν ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ28 (16%) ενώ τα ποσοστά αυτά παραμένουν περίπου τα ίδια και για το 2020 (Γράφημα 26). Ωστόσο, μεταξύ 2001/2002 και 2013/2014 η Βουλγαρία (μαζί με την Ελλάδα και τη Μάλτα) ήταν μεταξύ των χωρών με τη μεγαλύτερη αύξηση των

αυτοαναφερόμενων ποσοστών υπέρβαρου (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας) μεταξύ των ατόμων 15 ετών, φτάνοντας περίπου το 20% των αντίστοιχων πληθυσμών.

Γράφημα 26 Παράγοντες κινδύνου, Βουλγαρία, 2020



Πηγή Eurostat, 2021, HLTH_EHIS_SK1E

4.2 Παρουσίαση δεδομένων για τη διασυνοριακή περιοχή

4.2.1 Δημογραφικά στοιχεία διασυνοριακής περιοχής

Σύμφωνα με την προβολή του πληθυσμού της Eurostat, η διασυνοριακή περιοχή (CBA) και στις δύο χώρες φιλοξενεί πληθυσμό περίπου 2,5 εκατομμύριων με το 32% περίπου να ζει στη Βουλγαρία. Ενώ στη βουλγαρική πλευρά δεν υπάρχουν μεγάλες πόλεις, αυτό δεν συμβαίνει από την ελληνική πλευρά που περιλαμβάνει τη Θεσσαλονίκη, τη 2^η μεγαλύτερη πόλη στην Ελλάδα που ανέρχεται στο 64% του πληθυσμού της διασυνοριακής περιοχής (CBA)

Ο πληθυσμός και στις δύο χώρες, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο μειώνεται, μια τάση που είναι ισχυρότερη από τη βουλγαρική πλευρά. Η βουλγαρική διασυνοριακή περιοχή συρρικνώθηκε κατά 3,38% μεταξύ 2015 και 2019, ενώ η περιοχή Smolyan μειώθηκε κατά 7,5%.

Πίνακας 5 Πληθυσμός στην περιοχή του προγράμματος

	2015	2016	2017	2018	2019	% Change 2015-2019
Bulgaria	7,202,198	7,153,784	7,101,859	7,050,034	7,000,039	-2.81
BG CBA	819,278	812,134	803,998	797,553	791,558	-3.38
Blagoevgrad	315,577	312,831	310,321	307,882	305,123	-3.31
Haskovo	237,664	236,383	233,415	231,276	228,141	-4.01
Smolyan	113,984	111,601	109,425	107,282	105,421	-7.51
Kardzhali	152,053	151,319	150,837	151,113	152,873	0.54
Greece	10,858,018	10,783,748	10,768,193	10,741,165	10,724,599	-1.23

GR CBA	1,723,584	1,714,473	1,710,884	1,706,838	1,704,413	-1.11
Evros	147,915	147,796	147,709	147,488	147,190	-0.49
Xanthi	112,532	112,275	112,112	111,885	111,631	-0.80
Rodopi	112,325	112,088	111,731	111,193	110,666	-1.48
Drama	97,466	97,041	96,836	96,760	96,845	-0.64
Kavala	136,252	135,304	134,411	133,849	133,391	-2.10
Thessaloniki	1,117,094	1,109,969	1,108,085	1,105,663	1,104,690	-1.11
CBA Area Total	2,542,862	2,526,607	2,514,882	2,504,391	2,495,971	-1.84

Πηγή Eurostat

Η κατάσταση είναι εξίσου προβληματική στους μακροοικονομικούς δείκτες. Το κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ με βάση τις τρέχουσες τιμές της αγοράς ήταν τόσο χαμηλό όσο το 10,7% του μέσου όρου της ΕΕ - 28 στο Haskovo για το 2010 και όλες οι βουλγαρικές περιοχές υπολείπονται ακόμη και του 17%.

Ενώ η κατάσταση στην Ελλάδα είναι καλύτερη σε όλους τους νομούς, η οικονομία αποκλίνει από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ στην περίπτωση της Βουλγαρίας η οικονομία συγκλίνει. Τα στοιχεία αντιπροσωπεύουν την οικονομική κρίση του 2008 στην Ελλάδα που οδήγησε σε σημαντική συρρίκνωση του εθνικού ΑΕΠ, το οποίο επηρέασε επίσης έντονα την ελληνική CBA.

Πίνακας 6 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ, τρέχουσες τιμές

GEO/TIME	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EU - 28	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Bulgaria	18.7	20.0	19.9	21.5	21.5	21.5	21.4	21.7	23.1	24.3
Blagoevgrad	12.7	13.5	13.0	14.5	14.5	14.5	14.0	13.9	14.5	15.0
Haskovo	11.6	11.6	10.7	12.0	12.2	11.7	11.9	12.3	12.7	13.3
Smolyan	14.3	14.1	13.9	14.4	14.3	13.6	14.0	15.0	15.1	16.6
Kardzhali	11.1	11.5	11.0	11.1	12.2	11.8	11.2	11.4	12.0	12.7
Greece	83.6	87.2	79.7	71.2	65.0	61.4	59.2	56.3	56.0	55.8
Evros	59.1	63.9	64.0	55.8	50.0	45.5	43.8	41.8	42.4	NA
Xanthi	55.6	56.5	55.1	46.2	41.9	40.2	35.2	33.2	34.2	NA
Rodopi	58.0	59.5	53.5	47.8	42.6	38.9	35.3	33.1	34.3	NA
Drama	51.2	54.5	51.1	44.9	41.2	38.9	38.3	36.9	35.8	NA
Kavala	70.4	72.7	67.1	56.2	53.7	48.3	48.9	46.1	45.8	NA
Thessaloniki	74.4	77.2	68.7	61.5	55.0	51.3	48.7	47.4	47.9	NA
Serres	43.7	45.6	43.5	39.5	37.1	35.9	34.1	33.5	33.7	NA

Πηγή Eurostat

Με βάση τα δεδομένα του NUTS 2 για το κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ που εκφράζονται ως PPS, οι διαφορετικές τάσεις μεταξύ της ελληνικής και της βουλγαρικής πλευράς της περιοχής CBA είναι πιο εμφανείς. Ενώ η σημαντική αύξηση στο Yugozapaden οφείλεται κυρίως στην επίδραση της συμβολής της Σόφιας, υπάρχει αύξηση 6% στο Yuzhen tsentralen, ενώ στην ελληνική CBA υπάρχει μείωση 20% και 23% τα ίδια χρόνια.

Πίνακας 7 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ, PPS

Year	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EU - 28	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Yugozapaden	73	76	76	76	74	76	77	79	80
Yuzhen tsentralen	30	31	32	33	32	32	34	34	35
Anatoliki Makedonia, Thraki	68	63	54	52	51	50	48	48	47
Kentriki Makedonia	75	66	60	56	56	55	54	54	54

Πηγή Eurostat

Εξετάζοντας την ανεργία είναι σαφές ότι η χρηματοπιστωτική κρίση επηρέασε σοβαρά την ελληνική CBA περιοχή. Παρόλο που τα ποσοστά ανεργίας ήταν υψηλά ακόμη και πριν φτάσει η κρίση π.χ. στη Δράμα 22,3%, η κρίση οδήγησε σε ποσοστά ανεργίας έως 38%. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια γενική τάση μείωσης των ποσοστών ανεργίας που παραμένουν χαμηλότερα στη βουλγαρική πλευρά της περιοχής CBA. Η ανεργία εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική ανησυχία στην περιοχή της Smolyan ότι παρά τη συνολική φθίνουσα τάση παραμένει πάνω από 10%. Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει την εξέλιξη των ποσοστών ανεργίας στην περιοχή CBA από το 2001 έως το 2018.

Πίνακας 8 Ποσοστό ανεργίας, διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας Βουλγαρίας

NUTS 3 Area	2014	2015	2016	2017	2018
GR CBA					
Drama	35.3	27.6	23.9	21.7	15.3
Kavala	22.4	16.8	16.3	14.9	9.8
Evros	20.8	28.5	24.2	17.5	13.0
Xanthi	31.8	26.9	30.2	25.5	23.7
Rodopi	15.6	17.7	19.8	18.2	16.5
Thessaloniki	30.2	27.0	25.4	22.2	20.4
Serres	25.0	29.1	24.9	23.6	21.1
BG CBA					
Blagoevgrad	14.1	10.3	8.3	4.5	4.7
Kardzhali	(4.9)	(2.3)	(1.7)	(1.6)	(3.3)
Smolyan	19.4	17.2	14.2	11.2	10.3
Haskovo	10.4	8.6	7.0	4.7	(3.0)

() - due to a small sample figures in brackets are not reliable

Πηγή Eurostat

Όλα τα παραπάνω αντικατοπτρίζονται στο επίπεδο των ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό στην περιοχή που παραμένει υψηλό. Όλες οι περιφέρειες NUTS 2 έχουν υψηλό ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, με το υψηλότερο στην Νότιο Κεντρική Περιφέρεια της Βουλγαρίας να φτάνει σχεδόν το 38%. Ωστόσο, τα ποσοστά μειώνονται στην περίπτωση της Βουλγαρίας, όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για μια περιφερειακή βάση. Μετά το 2015 τα ποσοστά μειώνονται σε εθνικό επίπεδο και στην Ελλάδα, αν και όχι στην έκταση της Βουλγαρίας.

Πίνακας 9 Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

GEO/TIME	2015	2016	2017	2018
Bulgaria	41.3	40.4	38.9	32.8
Yugozapaden	30.0	30.1	29.3	23.0
Yuzhen tsentralen	48.6	46.2	43.8	37.9
Greece	35.7	35.6	34.8	31.8
Anatoliki Makedonia, Thraki				33.8
Kentriki Makedonia				30.4

Πηγή Eurostat

4.2.2 Υποδομές υγείας και προσωπικό

Τόσο τα ελληνικά όσο και τα βουλγαρικά συστήματα υγείας έχουν υποστεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις τα τελευταία χρόνια. Συγκεκριμένα, οι μεταρρυθμίσεις στη Βουλγαρία «επικεντρώθηκαν στον έλεγχο των δαπανών και στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας (Επιτροπή της ΕΕ, 2019), ενώ οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα επικεντρώθηκαν στην εισαγωγή και την ενίσχυση μηχανισμών για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων μετά από μια μακρά περίοδο διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και μειώσεων κόστους.

Πίνακας 10 Κέντρα Υγείας και αριθμός κρεβατιών, Ελλάδα

	Health Centres	Beds		
Year	2018	2016	2017	2018
Greece	204	928	903	901
E. Macedonia-Thrace	15	58	55	58
Central Macedonia	33	124	113	111

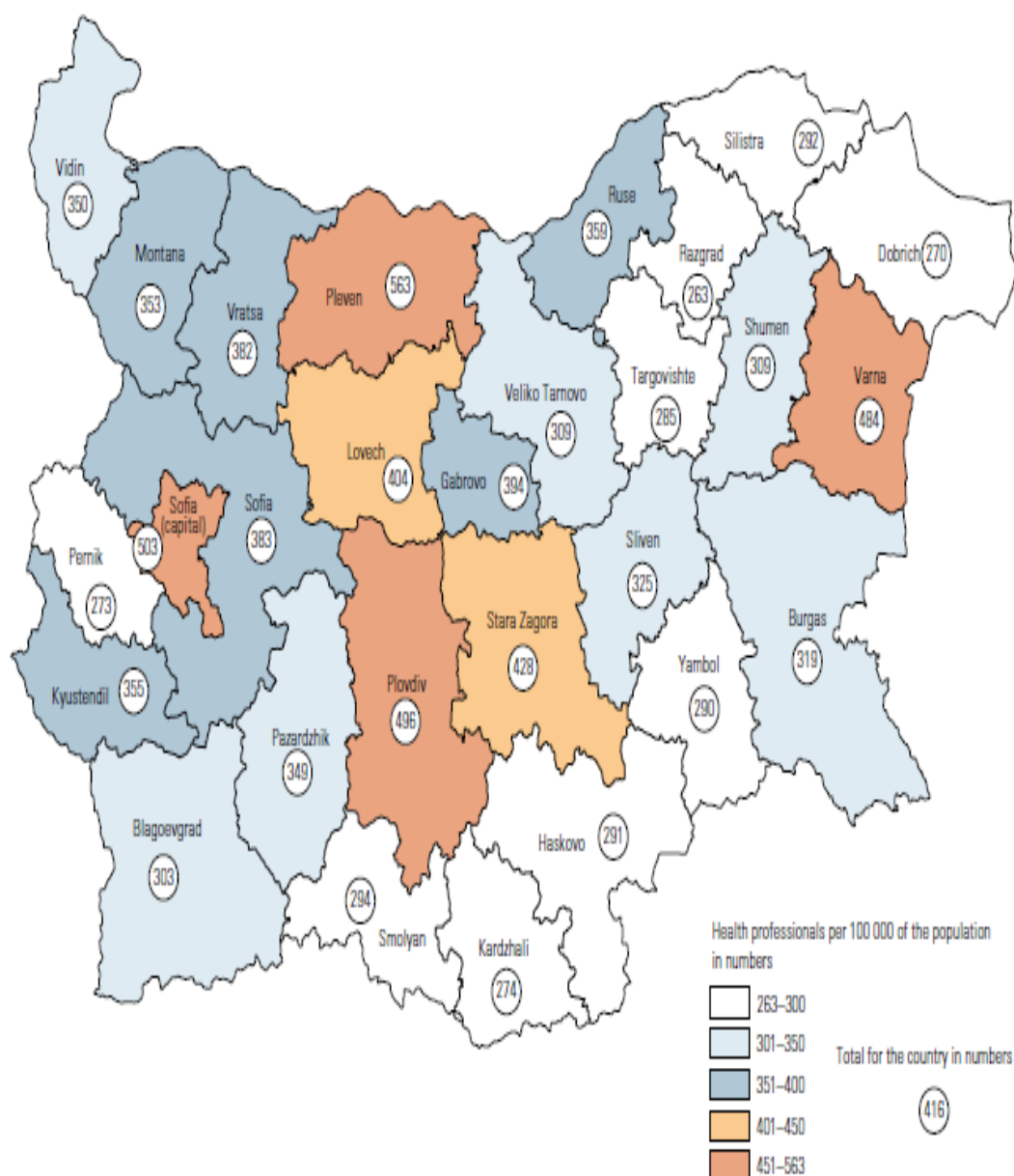
Πηγή Eurostat

Πίνακας 11 Επαγγελματίες υγείας στα Κέντρα Υγείας, Ελλάδα

Year	Medical Doctors			Nurses			Other Personnel		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Greece	1674	1776	1797	3136	2215	2318	1657	1800	1967
E. Macedonia-Thrace	105	124	114	200	208	213	116	126	141
Central Macedonia	316	342	335	492	512	537	294	343	346

Πηγή Eurostat

Όπως φαίνεται και από το Γράφημα 27, οι επαγγελματίες υγείας στη βουλγαρική διασυννοριακή περιοχή είναι σχετικά λίγοι και σε κάθε περίπτωση, οι λιγότεροι από οπουδήποτε αλλού στη χώρα. Αυτό καταδεικνύει μια έντονη ανάγκη για τόνωση των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή που αφορά στο πρόγραμμα,

Γράφημα 27 Αριθμός επαγγελματιών υγείας ανά περιοχή, Βουλγαρία 2017

Πίνακας 12 Δομές υγείας, Ελλάδα

	Public				Private		Total	
	Hospitals	Beds	Health centres	Beds	Clinics	Beds	Hospital/ HC/Clinic	Beds
Greece	96	33630	204	901	168	16765	468	51296
E. Macedonia-Thrace	6	2345	15	58	11	869	32	3272
Central Macedonia	11	4851	33	111	26	3270	70	8232

Πηγή Eurostat

Πίνακας 13 Δομές υγείας, Βουλγαρία

Districts	Establishments	Number	Beds
Blagoevgrad	Health establishments for hospital aid	11	1 650
	of which:		
	Multi profile hospitals	5	1 074
	Specialized hospitals	5	496
	Outpatient health establishments	75	39
	Diagnostic and consulting centres	-	-
	Medical centres	28	19
	Dental centres	-	-
	Medical-dental centres	5	20
	Medical-diagnostical and medical-technical laboratories	42	-
	Other health establishments	4	23
Kardzhali	Health establishments for hospital aid	6	826
	of which:		
	Multi profile hospitals	5	556
	Specialized hospitals	1	270
	Outpatient health establishments	20	12
	Diagnostic and consulting centres	1	2
	Medical centres	3	10
	Dental centres	-	-
	Medical-dental centres	-	-
	Medical-diagnostical and medical-technical laboratories	16	-
	Other health establishments	6	132
Smolyan	Health establishments for hospital aid	8	1 027
	of which:		
	Multi profile hospitals	4	555
	Specialized hospitals	3	432
	Outpatient health establishments	37	10
	Diagnostic and consulting centres	1	-
	Medical centres	9	10
	Dental centres	-	-
	Medical-dental centres	-	-
	Medical-diagnostical and medical-technical laboratories	27	-
Haskovo	Health establishments for hospital aid	11	1 120
	of which:		
	Multi profile hospitals	5	802

Districts	Establishments	Number	Beds
	Specialized hospitals	5	238
	Outpatient health establishments	62	41
	Diagnostic and consulting centres	2	10
	Medical centres	17	31
	Dental centres	-	-
	Medical-dental centres	-	-
	Medical-diagnostical and medical-technical laboratories	43	-

Πηγή Eurostat

Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα, ο αριθμός των κρεβατιών ανά 1.000 άτομα είναι καλύτερος στην περιοχή CBA της Βουλγαρίας. Ο υψηλότερος αριθμός κρεβατιών ανά 1.000 άτομα είναι στο Smolyan με 9,7, ενώ το μικρότερο βρίσκεται στην Κεντρική Μακεδονία με 4,3.

Πίνακας 14 Κρεβάτια ανα 1000 άτομα, διασυνοριακή περιοχή

Region	Beds/1000 people
E. Macedonia-Thrace	5.5
Central Macedonia	4.4
Blagoevgrad	5.4
Kardzhali	5.4
Smolyan	9.7
Haskovo	4.9

Πηγή Eurostat

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Ελληνικής Αρχής Στατιστικής, οι γεννήσεις από το 2008 (μετά την οικονομική κρίση) μειώθηκαν, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν οι θάνατοι. Το αποτέλεσμα ήταν ότι το 2011 οι γεννήσεις ήταν λιγότερες από τους θανάτους, όπως φαίνεται στον Πίνακα 15, δείχνοντας μια δημογραφική πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού.

Πίνακας 15 Θάνατοι και γεννήσεις., 2008-2011

Year	2008	2009	2010	2011
Births	118.302	117.933	114.766	106.428
Deaths	107.979	108.916	109.084	111.099

Source: Hellenic Statistics Authority

Κατά την ίδια περίοδο η θνησιμότητα ανά ηλικία δεν παρουσιάζει σοβαρές διακυμάνσεις, ενώ ούτε οι κύριες αιτίες θανάτου άλλαξαν στην ιεραρχία. Η πιο σημαντική κατηγορία εξακολουθεί να είναι αυτή των καρδιακών παθήσεων σε ποσοστό 37,8%, ακολουθούμενη από ασθένειες νεοπλασματος (32,7%), ασθένειες εγκεφαλικών αγγείων (18%), αναπνευστικές ασθένειες (8,1%) και ατυχήματα (3,3%).

Πίνακας 16 Κύριες αιτίες θανάτου, Ελλάδα

Year	2008	2009	2010	2011
Heart Diseases	32.212	31.976	31.837	31.625
Neoplasms	21.386	27.345	27.177	27.357
Diseases of brain vessels	16.064	15.493	14.910	15.041
Respiratory diseases	6.794	7.095	7.053	6.815

Year	2008	2009	2010	2011
Accidents	3.326	3.310	2.983	2.790

Πηγή Eurostat

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφεται η θνησιμότητα ανά ηλικιακή κατηγορία, η οποία και αυξάνεται διαχρονικά. Αν και η παιδική θνησιμότητα μειώνεται, όπως και η θνησιμότητα στις ηλικίες 35-49, στις υπόλοιπες κατηγορίες αυξάνεται. Φαίνεται, ότι η πρόληψη και οι καλύτερες υπηρεσίες υγείας έχουν θετική επίδραση στην θνησιμότητα των μικρότερων ηλικιών.

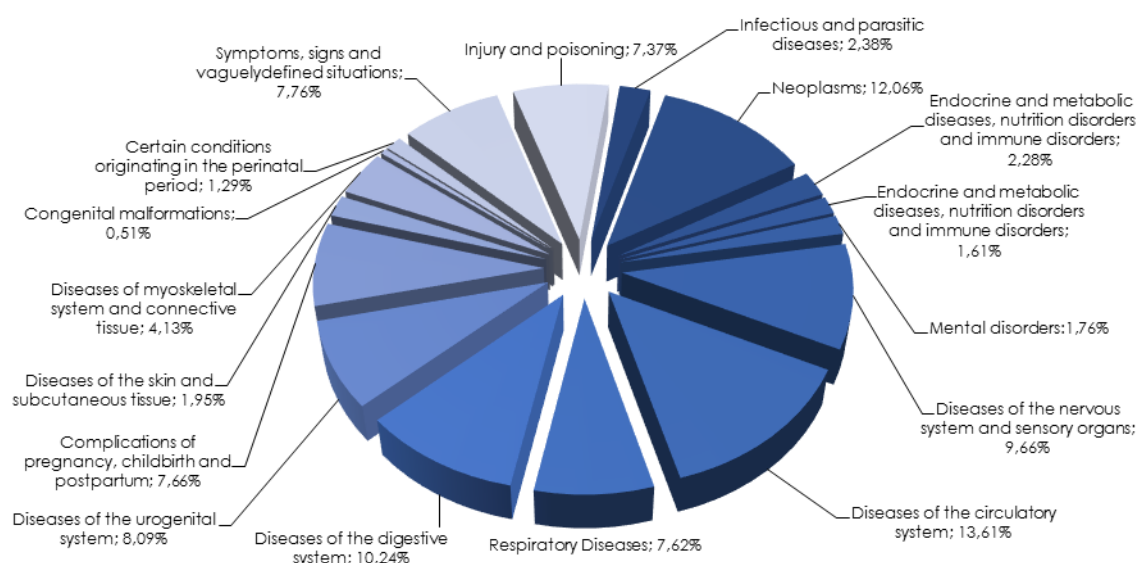
Πίνακας 17 Θνησιμότητα ανά ηλικιακή κατηγορία

Ηλικία	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0-14	599	432	585	630	565	469
15-34	2.050	1.857	1.986	1.739	1.553	1.469
35-49	3.944	3.731	3.755	3.589	3.617	3.558
50-64	11.152	11.327	11.308	11.450	11.514	11.702
65+	92.150	90.562	90.680	91.676	93.850	99.740
Total	109.895	107.909	108.314	109.084	111.099	116.938

Πηγή Eurostat

Ταυτόχρονα και την ίδια περίοδο, παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου ζωής τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Δεδομένου ότι οι περισσότεροι θάνατοι στην Ελλάδα οφείλονται σε αγγειακές παθήσεις και καρκίνους, οι παράγοντες κινδύνου για αυτές τις ασθένειες θεωρούνται σήμερα οι πιο κρίσιμες πτυχές της δημόσιας υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η παχυσαρκία, η περιβαλλοντική ρύπανση και η έλλειψη άσκησης συμβάλλουν στην εμφάνιση ορισμένων οργανικών διαταραχών όπως η υπέρταση και ο διαβήτης, οι οποίες έχουν αρνητική επίδραση στο επίπεδο της υγείας και της θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού.

Γράφημα 28 Κύριες αιτίες θανάτων, 4^η ΥΠΕ



Παρατηρώντας το Γράφημα, φαίνεται ότι οι πιο σημαντικές διαφορές μεταξύ της περιοχής ευθύνης (CBA) και σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια παρατηρούνται σε τραυματισμούς και δηλητηριάσεις, σε κυκλοφορικές παθήσεις, ασθένειες του νευρικού συστήματος και αισθητήρια όργανα. Αντίστοιχα, σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο όρο σε εθνικό επίπεδο, εμφανίζονται ασθένειες και ασθένειες του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος του δέρματος και του συνδετικού ιστού.

Για τη διασυνοριακή περιοχή της Βουλγαρίας, οι σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τα έτη 2015-2018 περιλαμβάνουν νεοπλάσματα και καρδιακές παθήσεις. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα και διαγράμματα.

Πίνακας 18 Κύριες αιτίες θανάτου, Βουλγαρία

	2017					2018				
ICD, Xth Revision	BG	Blagoevgrad	Kardzhali	Smolyan	Haskovo	BG	Blagoevgrad	Kardzhali	Smolyan	Haskovo
Total	1551.6	2031.4	1765.8	1702.2	1652.3	1544.8	1323.3	1277.0	1569.3	1641.6
<i>Infectious and parasitic diseases (A00-B99)</i>	9.9	6.3	9.9	12.2	4.5	8.5	8.8	3.3	10.3	2.6
<i>Neoplasms (C00-D48)</i>	246.3	299.3	291.2	218.2	271.1	248.6	131.8	175.7	303.7	253.4
<i>Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism (D50-D89)</i>	2.0	2.8	2.1	2.6	1.3	2.1	0.3	-	0.9	1.3
<i>Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E89)</i>	22.4	35.4	20.2	22.7	20.2	24.3	3.6	5.3	18.8	4.8
<i>Mental and behavioural disorders (F01-F99)</i>	1.1	1.3	3.1	11.3	1.8	1.3	1.6	3.3	1.9	0.4
<i>Diseases of the nervous system and the sense organs (G00-H95)</i>	12.5	16.3	13.7	26.2	12.1	13.4	25.1	5.3	15.0	34.8
<i>Diseases of the circulatory system (I00-I99)</i>	1017.5	1376.1	1149.7	1140.0	1047.2	1004.2	826.1	806.0	987.3	1153.6
<i>Diseases of the respiratory system (J00-J99)</i>	64.5	76.2	64.5	94.3	66.1	69.3	217.6	46.1	48.9	34.8
<i>Diseases of the digestive system (K00-K92)</i>	54.8	57.6	67.1	63.7	74.6	56.2	23.2	36.8	82.7	43.1
<i>Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00-L99)</i>	0.8	0.7	2.2	0.9	4.9	0.7	-	0.7	-	0.4
<i>Diseases of the musculoskeletal system/connective tissue (M00-M99)</i>	0.5	0.5	0.6	-	-	0.5	-	-	3.8	0.4
<i>Diseases of the genitourinary system (N00-N99)</i>	21.9	27.4	29.7	21.0	30.6	21.9	13.7	19.1	24.4	12.2
<i>Complications of pregnancy, childbirth and puerperium (O00-O99)</i>	0.1	0.1	-	-	-	0.1	-	0.7	-	-
<i>Certain conditions originating in the perinatal period (P00-P96)</i>	2.9	2.9	3.1	0.9	3.6	2.5	1.6	1.3	0.9	3.5
<i>Congenital malformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99)</i>	1.5	2.6	1.5	1.7	2.2	1.4	1.6	-	0.9	1.7
<i>Symptoms, signs, ill-defined causes (R00-R99)</i>	54.9	69.5	63.6	55.0	71.9	53.9	47.0	140.1	35.7	57.0
<i>External causes of morbidity and mortality (V01-Y98)</i>	38.1	56.5	43.4	31.4	40.0	36.2	21.2	33.6	33.9	37.4

5 Αξιοποίηση όλων των προηγούμενων εκθέσεων και μελετών στο πεδίο που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του έργου.

Στην παρούσα ενότητα θα γίνει μια σύντομη περιληπτική παρουσίαση των προηγούμενων εκθέσεων που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του έργου, με σκοπό να αξιοποιηθεί η μέχρι τώρα υπάρχουσα γνώση και εμπειρία για την καλύτερη διαμόρφωση των προτάσεων μετριασμού. Συγκεκριμένα, αξιοποιήθηκαν δυο μελέτες: Το Παραδοτέο 4.1.1: Συνεχής αξιολόγηση των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων σχετικά με την υγεία του πληθυσμού πιλοτικής δράσης της Θεσσαλονίκης/ On-going evaluation of short-term results on health of Thessaloniki pilot action community population» και το «Προτάσεις για τις πολιτικές, προγράμματα και σχέδια δράσης σχετικά με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας, στην περιοχή εφαρμογής του Προγράμματος/ Recommendations on policies, programmes and action plans in GR CB areas» στο πλαίσιο του έργου Equal2Health που είναι ενταγμένο στο Πρόγραμμα Συνεργασίας INTERREG V –Α «Ελλάδα – Βουλγαρία 2014-2020».

Επιπροσθέτως, μελετήθηκαν μερικές καλές πρακτικές από άλλα προγράμματα διασυνοριακής συνεργασίας. Η ιδέα σε αυτήν την περίπτωση, είναι μέσα από την εμπειρία να δημιουργηθούν νέες προτάσεις για την περίπτωση της διασυνοριακής περιοχής Ελλάδας – Βουλγαρίας.

5.1 Αξιοποίηση μελετών έργου

Η παρακάτω ενότητα παρουσιάζει τα σημαντικότερα συμπεράσματα από τις μελέτες του έργου, παρουσιάζοντας το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο υλοποιήθηκαν και συνδέοντάς τα με το πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εισαγάγει και ερμηνεύσει τα αποτελέσματα των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας διακρίνοντας πρωτίστως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τις κοινωνικά υποβαθμισμένες περιοχές ως τους βασικούς παράγοντες που διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στην εκδήλωση παθήσεων. Παθήσεις όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης καταγράφονται με ιδιαίτερα αυξημένο επιπολασμό.

Στο πλαίσιο αυτό, πραγματοποιήθηκαν και οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης των ομάδων πληθυσμού που δεν είχαν τη δυνατότητα της άμεσης πρόσβασης σε δομές υγείας και ούτε είχαν τη δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας-ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς επίσης και τη δημιουργία δικτύου

επικοινωνίας μεταξύ των μονάδων υγείας και του προσωπικού τους, προς ανταλλαγή και τεχνογνωσίας.

α τέσσερα πεδία στα οποία αφορούσε το παραδοτέο «Προτάσεις για τις πολιτικές, προγράμματα και σχέδια δράσης σχετικά με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας, στην περιοχή εφαρμογής του Προγράμματος/ Recommendations on policies, programmes and action plans in GR CB areas» αφορούν 1ον στα προτεινόμενα προγράμματα και τις στρατηγικές προς εξάλειψη των ανισοτήτων. 2ον στις προτάσεις και τις πολιτικές αντιμετώπισης των ανισοτήτων στον ελλαδικό χώρο, 3ον στην υλοποίηση των Εργαστηρίων (workshops) από τους επαγγελματίες υγείας και τέλος 4ον στα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη δράση αυτή.

Η Ευρωπαϊκή ένωση προωθεί προγράμματα προς αντιμετώπιση των ανισοτήτων , στηριζόμενη σε επικαιροποιημένα στοιχεία (evidence based policy). Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι βασικοί παράγοντες μη ισότιμης πρόσβασης στις δομές υγείας αποτελούν η γεωγραφική απόσταση και οι μεγάλες λίστες αναμονής. Σε όλες τις εμπλεκόμενες χώρες απαιτείται η λήψη μέτρων, σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, προς βελτίωση της κατάστασης στον τομέα της υγείας και γι' αυτό τον λόγο επενδύει στη χρηματοδότηση προγραμμάτων που προάγουν τη συνεργασία μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Ο μελλοντικός επίσης σχεδιασμός που έχει επιτευχθεί, με ορίζοντα δετίας έχει ως στόχο τη δημιουργία ενός νέου ταμείου επικεντρωμένο στον τομέα της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της κοινωνικής ένταξης.

Συγκεκριμένα η ενημέρωση για την παιδική παχυσαρκία και τις επιπτώσεις της στην υγεία των παιδιών μελλοντικά, η υιοθέτηση υγιεινών συνθηκών διατροφής, η διακοπή καπνίσματος, η ελάττωση της κατανάλωσης αλκοόλ, που σχετίζονται ως συνήθειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, έχουν συγκεντρώσει τις επενδύσεις του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

Στην Ελλάδα, κοινωνικοί φορείς ασκούν κοινωνική πολιτική προβάλλοντας τρόπους προαγωγής της υγείας και αποφυγής των άνωθι επιβλαβών παραγόντων όπως με δράσεις σε εθνικό επίπεδο όπως η υποχρεωτική επισήμανση των πακέτων των τσιγάρων προς ενημέρωση των καπνιστών για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Στην προσπάθεια για την ευρύτερη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και τη μείωση των κοινωνικών αδικιών τίθενται στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας και κινητές μονάδες εξοπλισμένες κατάλληλα που έχουν πρόσβαση σε απομακρυσμένους πληθυσμούς. Σε αυτή τη λογική κυμαίνονται επίσης και οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), όπου προσφέρουν ποιοτικές και ολιστικές και κοινοτικά προσαρμοσμένες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης, βασική τους προτεραιότητα αποτελεί η πρόληψη, η διαχείριση και αντιμετώπιση νοσημάτων του γενικού πληθυσμού, με υπηρεσίες τόσο σε δημόσιες δομές όσο και

κατ' οίκον, παρακολούθηση, καθοδήγηση και αντιμετώπιση ατόμων με χρόνια νοσήματα. Στα άτομα τρίτης ηλικίας και στα μικρά παιδιά απαιτείται ειδική μέριμνα λόγω της ευπάθειας του πληθυσμού. Παράλληλα με τις Το.Μ.Υ. ο ΕΟΔΥ συμβάλλει με δράσεις πρωτογενούς πρόληψης σε μεταδιδόμενα νοσήματα μεταξύ ειδικών ομάδων πληθυσμού, όπως έναντι του HIV με παρεμβάσεις σε σημεία αναφοράς στο δρόμο.

Συμπερασματικά, η ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη, αντιμετώπιση και παρακολούθηση παθήσεων με σημαντικές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας δύναται να επιτευχθεί μέσω ενδυνάμωσης της άμεσης και αποτελεσματικής πρόσβασης σε μονάδες υγείας, στους ιατρούς και το ιατρικό προσωπικό, αλλά και μέσα από δράσεις- παρεμβάσεις σε κοινωνικό επίπεδο των οργανισμών και την προβολή των δράσεων αυτών προς ευρύτερη ενημέρωση του κοινού.

Η σύμπραξη Ελλάδας- Βουλγαρίας στην υλοποίηση του έργου Equal2Health είχε ως σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης στις δομές υγείας και την ενημέρωση του πληθυσμού και πρωτίστως των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού που διαβιούν σε υποβαθμισμένες περιοχές είτε σε περιοχές απομακρυσμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα.

Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκαν και οι προβλεπόμενες δράσεις / επισκέψεις σε περιοχές που δεν είχαν τη δυνατότητα άμεσης και έγκαιρης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Αξίζει να αναφερθεί και η συμβολή του έργου σε περιοχές όπου διαμένουν Ρομά, ο πληθυσμός των οποίων παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες κοινωνικά, πολιτικά και αλλά και ως προς τα ήθη και έθιμα.

Η ίδρυση και λειτουργία του Παρατηρητηρίου στη Θεσσαλονίκη κινήθηκε σε 3 άξονες. Σε επισκέψεις και εξετάσεις για Καρδιολογικά, Ψυχιατρικά και Νευρολογικά νοσήματα εξεταζόταν όπου και προέκυψαν αντίστοιχα συμπεράσματα.

Συνολικά προσήλθαν 798 λήπτες υπηρεσιών υγείας προς εξέταση και πραγματοποιήθηκαν αντίστοιχες αναλύσεις στο καρδιολογικό, ψυχιατρικό και νευρολογικό ιατρείο. Εντός του παρατηρητηρίου το μεγαλύτερο ποσοστό των ληπτών επισκέφτηκε το καρδιολογικό ιατρείο πρωτίστως, έπειτα το ψυχιατρικό και κατόπιν το νευρολογικό.

Στις δράσεις / επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν προσήλθαν συνολικά 215 άτομα, με πιο επιτυχημένη από άποψη προσέλευσης την 1^η όπου ο αριθμός των ληπτών άγγιξε τους 50 συνολικά. Και στην περίπτωση των δράσεων / επισκέψεων το μεγαλύτερο ποσοστό προσέλευσης ανήκε στο καρδιολογικό ιατρείο.

Αναλύοντας τα κοινωνικά στοιχεία διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είχε ασφάλεια υγείας – κατά 80 %, ενώ ένα ποσοστό 8 % εμφανίζεται ως ανασφάλιστο. Σε ότι αφορά στον τόπο διαμονής το 80% των εξεταζόμενων διαβιούν στη Θεσσαλονίκη, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό σε επαρχιακές περιοχές. Το

60 % των ασθενών ήταν άρρενες, το 65% του πληθυσμού ήταν άνεργοι, το 25% εργαζόμενοι και το υπόλοιπο 10% βρισκόταν ήδη σε σύνταξη.

Το μορφωτικό επίπεδο είναι ακόμη μια παράμετρος, που εξετάστηκε. Το 44% των ασθενών είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ αξίζει στο να αναφέρουμε το υψηλό ποσοστό των αναλφάβητων που καταγράφηκε (39%), πανεπιστημιακή εκπαίδευση είχε το 1% των εξεταζόμενων. Από τα άτομα που προσήλθαν το 35% αναφέρθηκαν εντός γάμου και κατά το μεγαλύτερο ποσοστό οι λήπτες είχαν 2-3 τέκνα.

Ξεχωριστό κεφάλαιο αποτελεί ο πληθυσμός των Ρομά που βρίσκεται σε δυσμενείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Οι Ρομά παρουσίασαν εξαιρετικά σημαντική δυσκολία να προσφύγουν στη νέα αυτή δυνατότητα που τους παρείχε το έργο και αυτό γιατί δεν ανταποκρίνονταν στις τρέχουσες ανάγκες τους όπως θέματα συνταγογράφησης, ζητήματα που αφορούσαν στα επιδόματά τους και αρκετές φορές ενώ οι διαμεσολαβητές τους προγραμματίζουν την επίσκεψη της εξέτασης, οι ίδιοι δεν προσέρχονταν στο ραντεβού τους. Ο τρόπος που αντιμετωπίζανε την ιατρική επίσκεψη σε ψυχίατρο ή σε νευρολόγο ήταν πολύ διαφορετικός ή / και ιδιαίτερος συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Συμπερασματικά, αξίζει να αναφέρουμε ότι το έργο διεξήχθη με επιτυχία λόγω του αριθμού των ατόμων που προσήλθαν και λόγω της εξειδικευμένης ιατρικής βοήθειας και συνδρομής που έλαβαν. Παρόλα αυτά, αξίζει σημειωθεί το γεγονός ότι η διεξαγωγή του κατά ένα μεγάλο χρονικά διάστημα έλαβε μέρος εν μέσω πανδημίας COVID 19 όπου υποχρεωτικά αναστάλθηκαν κάποιες δράσεις του, και άρα εκτιμάται ότι ο αριθμός των τελικών ωφελούμενων θα ήταν μεγαλύτερος. Ας λάβουμε επίσης υπ' όψιν μας ότι η ειδικότητες της ψυχιατρικής και της νευρολογίας αποτελούν ακόμη «απαγορευμένες» κοινωνικά ειδικότητες και καταγράφηκε δυσκολία στην επίσκεψη των ασθενών και στην παραδοχή ύπαρξης οποιουδήποτε νευρολογικού ή ψυχιατρικού ζητήματος υγείας.

5.2 Καλές Πρακτικές

Ένας από τους βασικούς στόχους της διασυννοριακής συνεργασίας στον τομέα της υγείας είναι να δημιουργηθεί μια ισορροπημένη σχέση μεταξύ προσφοράς και ζήτησης προκειμένου να βελτιωθεί η κινητικότητα των ασθενών στο σύστημα υγείας. Επιπλέον, η συστηματοποίηση μεθόδων και πρακτικών ταυτόχρονης χρήσης επιτυγχάνεται μέσω της διασυννοριακής συνεργασίας. Η ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών μεταξύ των συνεργαζόμενων πλευρών θα μπορούσε να βελτιώσει την αφοσίωσή τους και τα αποτελέσματα του έργου. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες καλές πρακτικές προκειμένου να γίνει πλήρως κατανοητή η συμβολή της μελέτης των καλών πρακτικών στην δημιουργία προτάσεων προς

την κατεύθυνση υλοποίησης δράσεων για το μετριασμό των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας-Βουλγαρίας.

5.2.1 Trisan

Το TRISAN είναι ένα έργο που συγχρηματοδοτείται από το πρόγραμμα INTERREG V A Upper Rhine. Προέρχεται από τη συνεργασία για την υγειονομική περίθαλψη του German-French-Swiss Upper Rhine Conference και του Euro-Institut. Ο κύριος στόχος της συνεργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ενθάρρυνση των διασυνοριακών ανταλλαγών σε θέματα υγείας, με στόχο την υποστήριξη ή τη δημιουργία δικτύων ενδιαφερομένων, την ενθάρρυνση της ανάπτυξης έργων διασυνοριακής συνεργασίας και τη βελτιστοποίηση της διασυνοριακής συνεργασίας σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη στον Άνω Ρήνο.

Πίνακας 19 Trisan's project ID

Title	TRISAN - Optimising cross-border cooperation on healthcare to meet the needs of public authorities and healthcare providers
Object	The creation of a tri-national skills centres to coordinate and develop cross-border cooperation on health
Border area	Upper Rhine between France, Germany and Switzerland
European Programme	Interreg VA – France-Germany-Switzerland 2014-2020
Budget	€801.916
Status	Closed on 30/06/2019
Website	http://www.trisan.org/

Το τριεθνικό διασυνοριακό έργο TRISAN στοχεύει στον εντοπισμό, τον συντονισμό και την ενίσχυση των συνεργιών που γεννήθηκαν αρκετές δεκαετίες συνεργασίας στον τομέα της υγείας στον Άνω Ρήνο. Προορίζεται να υποστηρίξει τις διοικήσεις και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης από κάθε πλευρά των συνόρων, προκειμένου να δομήσει και να αναπτύξει καλύτερα συνεργασίες και έργα.

Η ιδέα για το έργο TRISAN προήλθε από τις δυσκολίες που αντιμετώπισε το Euro-Institut και οι εταίροι του κατά τη διεξαγωγή διασυνοριακών έργων υγείας. Όχι μόνο αυτά τα έργα περιλαμβάνουν κανόνες και πρωτόκολλα που ποικίλλουν πολύ από τη μία πλευρά στα σύνορα στην άλλη, αλλά αφορούν επίσης πολλαπλά διοικητικά επίπεδα.

Το 2015, ως απάντηση στις εμπειρίες που αποκτήθηκαν στην περιοχή του Άνω Ρήνου, οι θεσμικοί εταίροι συγκεντρώθηκαν σε μια ομάδα εργασίας για την υγειονομική περίθαλψη για να εξετάσουν το ενδεχόμενο δημιουργίας ενός κέντρου για την ανάπτυξη διασυνοριακής συνεργασίας στον τομέα της υγείας σε συνεργασία με το Euro-Institut. Κατά τη διάρκεια της 18μηνιας φάσης προετοιμασίας

και ανάπτυξης, βρέθηκαν κατάλληλοι εταίροι και χρηματοδότηση για την πραγματική έναρξη του έργου.

Το έργο TRISAN εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 2016. Δημιούργησε ένα τριεθνικό κέντρο δεξιοτήτων με πολλαπλούς στόχους: δικτύωση φορέων υγειονομικής περίθαλψης, υποστήριξη σχεδιασμού έργων και βελτίωση και διάδοση εμπειριών σε θέματα διασυνοριακών ιατρικών γνώσεων.

Το έργο διοργανώνεται από το Euro-Institut, από τη γαλλική πλευρά από την περιφερειακή υγειονομική αρχή Grand-Est (ARS), από τη γερμανική πλευρά από το Υπουργείο Für Soziales und Integration Baden-Württemberg, το Regierungspräsidium στην Καρλσρούη και το Υπουργείο für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, και από την Ελβετική πλευρά από το τμήμα υγείας Bâle-Ville, τα καντόνια των Bâle-Ville, Bâle-Campagne και Argovie, και της Ελβετικής Συνομοσπονδίας. Το κέντρο άνοιξε στις 19 Δεκεμβρίου 2016.

Παρόλο που οι συνεργάτες δουλεύουν μαζί πολλά χρόνια, η δημιουργία του TRISAN δεν ήταν απλή. Φαίνεται ότι τα συστήματα υγείας διαφέρουν πολύ από τη μία πλευρά των συνόρων στην άλλη, και κατά συνέπεια τα εμπλεκόμενα μέρη έπρεπε να εργαστούν σκληρά για να εντοπίσουν και να διαπραγματευτούν τους κοινούς παρονομαστές τους. Αυτή η σταθερή βάση ήταν η βασική προϋπόθεση που επέτρεπε στους φορείς εκμετάλλευσης να σχεδιάσουν την υλοποίηση του έργου. Η γλωσσική και πολιτιστική πολυμορφία, σε συνδυασμό με τις διαφορές ως προς το υπόβαθρο και τις μεθόδους εργασίας, περιπλέκουν επίσης τη διαδικασία.

Η ανάπτυξη και η πιλοτική εφαρμογή διασυνοριακών έργων απαιτεί ορισμένες ικανότητες. για παράδειγμα, ανοιχτότητα προς τους άλλους και πραγματική επιθυμία να μάθουν για το γειτονικό σύστημα. Είναι σημαντικό να δείξουμε μεγάλη ευελιξία και ικανότητα καινοτομίας. Αυτές οι ιδιότητες δεν επιτρέπουν να σβήσουν τις διαφορές μεταξύ των σχετικών συστημάτων, αλλά μάλλον να τις ξεπεράσουν ενσωματώνοντάς τις στη συλλογιστική και τους τρόπους δράσης εντός αυτών των περιοχών.

Η προστιθέμενη αξία που παράγεται από τη συνεργασία στον τομέα της υγείας φαίνεται ευκολότερο να αναγνωριστεί στον τομέα της έρευνας. Πρώτον, επιτρέπει στις ομάδες να αναπτύξουν συνέργειες μεταξύ των δυνατοτήτων τους. Και δεύτερον, αναπτύσσει την ικανότητα να εργάζεται συλλογικά. Αυτός ο τύπος επιστημονικής συνεργασίας είναι ένα πραγματικά πειραματικό πεδίο.

Βασικοί παράγοντες για την εδραίωση της συνεργασίας

Για να επιτύχει μια τέτοια δυναμική, είναι απαραίτητο να εκληφθεί το έργο υγείας ως ένα πολυτομεακό έργο, ζητώντας κατά συνέπεια λύσεις που βρίσκονται στη διασταύρωση των σχετικών τομέων (ιατρική, διοικητική, πολιτική, ασφάλιση, επικοινωνία, διαχειριστική, νομική κ.λπ.). Οι κοινοί στόχοι πρέπει να καθοριστούν

από την αρχή, με μια διαρκώς αναπτυσσόμενη διαδικασία διαλόγου. Το έργο απαιτεί επίσης επαρκή μακροπρόθεσμη πολιτική, οικονομική και διοικητική υποστήριξη.

Η επικοινωνία, τόσο εξωτερική όσο και εσωτερική, είναι μια σημαντική πτυχή. Μεταξύ των κύριων εμποδίων που εντοπίστηκαν στην τοπική διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη είναι η έλλειψη διαφάνειας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών και η πιθανότητα αποζημίωσης ή όχι. Το χαμηλό προφίλ της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα σημαντικό εμπόδιο που πρέπει να επιλυθεί, μέσω της διάδοσης των μέγιστων δυνατών πληροφοριών σχετικά με τα τρέχοντα έργα και, ιδίως, των αποτελεσμάτων τους.

Τέλος, δύο άλλοι παράγοντες είναι απαραίτητοι: δέσμευση και αίσθηση κοινότητας. Η επιτυχία βασίζεται συχνά σε μερικούς βασικούς ανθρώπους με αδιάλειπτη δέσμευση, συχνά προσωπικού χαρακτήρα. Αυτό είναι τόσο ένα πλεονέκτημα όσο και μια αδυναμία για τη συνεργασία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, επειδή ορισμένα από αυτά τα άτομα μπορεί να τοποθετηθούν αλλού. Είναι επίσης σημαντικό για το έργο να αναπτύξει ένα αίσθημα συμμετοχής που δημιουργεί μια αληθινή αίσθηση της κοινότητας, αντλώντας από μεθόδους win-win συνεργασίας για όλους τους ενδιαφερόμενους, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών.

5.2.2 Project INTERSYC

Πίνακας 20 INTERSYC's project ID

Title	INTERSYC Integrated Territorial Synergies for Children Health and Protection
Object	Coordination of activities to improve prevention, protection and health for children and families
Border area	Central Macedonia, eastern Macedonia and Thrace (Greece) and the southern centre and south-west regions of Bulgaria
European Programme	European Territorial Cooperation Programme Greece – Bulgaria 2007-2013 2007-2013:
Budget	€624 362
Status	Closed on September 2015
Website	https://intersyc.eu/

Το έργο «Integrated Territorial Synergies for Children Health and Protection-INTERSYC» χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Εδαφικής Συνεργασίας "Ελλάδα - Βουλγαρία 2007-2013" και ήταν ο μεγάλος νικητής του "Interreg 25 χρόνια Project Slam", ενός διαγωνισμού που διοργανώθηκε στο περίσταση του εορτασμού της 25ης επετείου του Interreg.

Τα σύνορα μεταξύ Ελλάδας και Βουλγαρίας διασχίζουν μια ορεινή περιοχή απομακρυσμένη από οποιαδήποτε αστικά κέντρα. Αυτή η απομακρυσμένη θέση προκαλεί σημαντικές προκλήσεις και στις δύο πλευρές των συνόρων όσον αφορά τις δημόσιες υπηρεσίες, ιδίως στον τομέα της υγείας.

Αυτό μεταφράζεται σε πλήρη απουσία παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην περιοχή. Αυτή η κατάσταση δημιουργεί επίσης ελλείψεις στην πρόληψη και την κοινωνική προστασία. Έγινε επίσης προφανές ότι η απομακρυσμένη αιτία προκαλούσε μια ακόμη πιο σοβαρή απουσία συντονισμού σε περίπτωση που παρατηρήθηκε κακοποίηση ή εμπορία παιδιών αλλά δεν έγινε αντιληπτή.

Το έργο INTERSYC (Integrated Territorial Synergies for Children Health and Protection-INTERSYC) ιδρύθηκε μεταξύ του 2013 και του 2015. Δημιουργήθηκε από τον οργανισμό The Smile of the Child σε συντονισμό με τη βουλγαρική μη κερδοσκοπική ένωση Chance, το Βουλγαρικό Ίδρυμα Nadja Center, τις πόλεις της Καβάλας και του Παγγαίου (Ελλάδα) και του περιφερειακού επιθεωρητή υγείας Kardzali (Βουλγαρία).

Η συγκέντρωση αυτών των διαφορετικών δεξιοτήτων και εμπειρογνωμοσύνης κατέστησε δυνατή την υπέρβαση της περιφερειακής απομόνωσης. Η συνεργασία κατέστησε δυνατή τη διεξαγωγή μιας σειράς μέτρων, σεμιναρίων και μαθημάτων κατάρτισης για τη βελτίωση της προστασίας, της πρόληψης και της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως για τα παιδιά και τις οικογένειές τους.

Το έργο INTERSYC περιλαμβάνει μια σειρά δραστηριοτήτων που απευθύνονται σε παιδιά μέσω τριών αξόνων προτεραιότητας. Το πρώτο αφορά τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που προκαλούνται από την εξαφάνιση παιδιών, το δεύτερο αφορά την πρόληψη και τη φροντίδα και το τρίτο προσφέρει υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες σε οικογένειες και παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Ο πρώτος άξονας στοχεύει σε περιπτώσεις εξαφάνισης ή εμπορίας παιδιών. Προσφέρει εκπαίδευση και μεταφορά γνώσεων έτσι ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να βρουν πληροφορίες και, πάνω απ' όλα, επικεντρώνεται στη λήψη μέτρων όταν προκύπτουν αυτές οι καταστάσεις. Από τη βουλγαρική πλευρά, ενθαρρύνθηκε η χρήση των υφιστάμενων ευρωπαϊκών εργαλείων στον τομέα, ιδίως η χρήση της γραμμής άμεσης επικοινωνίας 116.000 παιδιών που λείπει και της πλατφόρμας συντονισμού που συνδυάζει το ευρωπαϊκό αυτοματοποιημένο σύστημα παιδικής προειδοποίησης (ECAAS) και το σύστημα Amber Alert. Το Νοτιοανατολικό Ευρωπαϊκό Κέντρο για τα Αγνοούμενα και Εκμεταλλευόμενα Παιδιά (SEEC) προωθήθηκε επίσης στη Βουλγαρία.

Δεύτερον, το INTERSYC αναπτύσσει δραστηριότητες για τη βελτίωση της υγείας των παιδιών, ιδίως μέσω της πρόληψης. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσω κινητών ιατρικών μονάδων και ειδικού προσωπικού που επισκέπτεται και στις δύο πλευρές

των συνόρων. Αυτές οι κινητές υπηρεσίες περιλαμβάνουν τις ιατρικές μονάδες πρόληψης που διαχειρίζεται το The Smile of the Child, συμπεριλαμβανομένης μιας μονάδας που ειδικεύεται στην οφθαλμολογία, και μια κινητή πολυ-κλινική που ονομάζεται Ιπποκράτης, η οποία διαθέτει τμήματα ακτινολογίας, καρδιολογίας και παιδιατρικής και οδοντιατρικής. Αυτές οι μονάδες προορίζονται να παρέχουν υποστήριξη σε τοπικούς γιατρούς, ειδικά στη βουλγαρική πλευρά των συνόρων. Οι δραστηριότητες πρόληψης έχουν αποκαλύψει κατάφωρες αδυναμίες στην πρόληψη της κακής υγείας και, εκτός από τον ιατρικό αντίκτυπο, έχουν αποκαλύψει περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιών. Η πρόληψη έχει συνεπώς επεκταθεί πέρα από την ιατρική στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς τομείς.

Τέλος, ο τρίτος άξονας προτεραιότητας στοχεύει σε μια γενικότερη βελτίωση στη διαθεσιμότητα υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών που απευθύνονται σε παιδιά και οικογένειες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Προσφέρει μαθήματα κατάρτισης για το προσωπικό που εργάζεται με παιδιά. Τόσο στην Ελλάδα όσο και στη Βουλγαρία, ενθαρρύνει τη δημιουργία κέντρων βοήθειας για οικογένειες. Σεμινάρια που παρέχουν εκπαίδευση πρώτων βοηθειών προσφέρονται σε εθελοντές και προσωπικό που εργάζεται με παιδιά. Αυτά τα μαθήματα βασίζονται στους επαίνους και τις αρχές του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (ΕΣΕ) ή του Ερυθρού Σταυρού της Βουλγαρίας και διοργανώνονται στο δήμο του Παγγαίου στη Θεσσαλονίκη στην Ελλάδα και στο Kardzhali και το Razlog στη Βουλγαρία.

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων προληπτικής ιατρικής του έργου, πραγματοποιήθηκαν 7.579 ιατρικές εξετάσεις στην Ελλάδα με συνολικό αριθμό 2.022 παιδιών. Αντίστοιχα προληπτικά φάρμακα πραγματοποιήθηκαν στη Βουλγαρία στις πόλεις Sandanski και Kardzhali. Η κινητή ιατρική μονάδα "Ιπποκράτης", η ιατρική οφθαλμολογική μονάδα του "Το Χαμόγελο του Παιδιού" και το προσωπικό της ελληνικής ΜΚΟ επισκέφτηκαν τη Βουλγαρία προκειμένου να παράσχουν υποστήριξη στους τοπικούς γιατρούς. Στη Βουλγαρία, πραγματοποιήθηκαν 5.594 ιατρικές εξετάσεις για 1.594 παιδιά συνολικά.

Το έργο βελτίωσε σίγουρα την κατάσταση των παιδιών και των οικογενειών, αλλά η επιτυχία του δεν σταματά εκεί. Σε γενικότερους όρους, έχει ενθαρρύνει τους δημόσιους ενδιαφερόμενους, τις ΜΚΟ και τις ενώσεις να συνεργαστούν και στις δύο πλευρές των συνόρων και να δημιουργήσουν βιώσιμες δράσεις για τα παιδιά. Είναι ενδιαφέρον να επισημάνουμε την ποικιλομορφία των εταίρων που συμμετείχαν στη δημιουργία αυτού του έργου, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης

5.2.3 Healthacross for future

Πίνακας 21 Healthacross for future project ID

Title	Healthacross for future
-------	-------------------------

Object	set further steps to improve the quality of life and conditions of life for the population in the border region and to guarantee and expand access to high-calibre health care close to where they live
Border area	Austria – Czech Republic
European Programme	INTERREG V-A Austria – Czech Republic programme
Budget	€1 653 000
Status	Under implementation
Website	-

Κύριος στόχος του έργου της ΕΕ " Healthacross for future " μεταξύ Κάτω Αυστρίας και Νότιας Βοημίας είναι να θέσει περαιτέρω βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των συνθηκών ζωής του πληθυσμού στην παραμεθόρια περιοχή και για την εγγύηση και επέκταση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη κοντά στο σημείο όπου ζουν.

Το έργο συγχρηματοδοτείται μέσω του προγράμματος INTERREG V-A Αυστρία - Τσεχική Δημοκρατία και περιλαμβάνει όλους τους σχετικούς ενδιαφερόμενους από τον τομέα της υγείας στις παραμεθόριες περιοχές. Οι τακτικές συναντήσεις και εκδηλώσεις μεταξύ των εταίρων του έργου εγγυώνται την υλοποίηση του έργου.

Το έργο επικεντρώνεται σε δύο βασικούς πυλώνες:

1. Διασυνοριακή παροχή υγειονομικής περίθαλψης

Ευθυγραμμίστε τα οφέλη των αντίστοιχων συστημάτων υγείας με τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού για να επιτρέψετε ίση πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και στις δύο πλευρές των συνόρων. Αυτό πρέπει να επιτευχθεί με την αμοιβαία και βέλτιστη χρήση των υποδομών και των πόρων για την υγεία, εστιάζοντας σε. Κύριος στόχος είναι να διασφαλιστεί η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη σε εσωτερικούς ασθενείς και να επεκταθεί σε περίθαλψη σε ασθενείς με CZ.

2. Cross-border health cube

Πολλές διεθνείς επιστημονικές μελέτες δείχνουν έναν ισχυρότερο προσανατολισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης προς μια αποκεντρωμένη, ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για την Ευρώπη. Αυτή η πρωτοβάθμια περίθαλψη καλύπτει όχι μόνο το γενικό ιατρικό πεδίο, αλλά και τομείς όπως η φυσιοθεραπεία, η λογοθεραπεία καθώς και το κοινωνικό στοιχείο. Για να επιτευχθεί αυτό, είναι απαραίτητη η επανατοποθέτηση των επαγγελματιών υγείας καθώς και η καθιέρωση αντίστοιχων διαρθρωτικών και οργανωτικών συνθηκών-πλαισίων στον εξωσχολικό τομέα περίθαλψης. Ως εκ τούτου, το έργο θα σχεδιάσει και θα προετοιμάσει ένα "διασυνοριακό κέντρο υγείας" για την παραμεθόρια περιοχή.

Τα κύρια αποτελέσματα του έργου είναι:

1. Εξασφάλιση διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης σε εσωτερικούς ασθενείς και επέκταση σε νοσοκομειακή περίθαλψη για Τσέχους ασθενείς
2. Ανάλυση δυνατοτήτων ανταλλαγής ιατρικών θεραπειών μεταξύ Αυστρίας και Τσεχικής Δημοκρατίας.
3. Οργάνωση επισκέψεων μελέτης μεταξύ των συμμετεχόντων νοσοκομείων για διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες
4. Ανάλυση ευκαιριών για μια μακροπρόθεσμη συνεργασία
5. Σχεδιασμός και προετοιμασία ενός «διασυνοριακού κύβου υγείας» (= διασυνοριακό κέντρο υγείας / πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης)
6. Ανάλυση του φάσματος απόδοσης, του προσωπικού και της οικονομικής κατάστασης για έναν «διασυνοριακό κύβο υγείας»

Το έργο στοχεύει στην παροχή της βέλτιστης χρηστικότητας των υπηρεσιών υγείας και της ίσης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη από όλους τους ανθρώπους που ζουν στην παραμεθόρια περιοχή της Κάτω Αυστρίας και της Νότιας Βοημίας (Τσεχία), ειδικά στην «διχασμένη» πόλη Gmünd - České Velenice, μέσω στενής συνεργασίας μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας. Ειδικά αυτή η περιοχή καθιστά προφανές πώς η διασυνοριακή συνεργασία διευκολύνει την καθημερινή ζωή των ανθρώπων - τελικά, το νοσοκομείο στο Gmünd βρίσκεται ακριβώς στα σύνορα - και στην Τσεχική πλευρά το πλησιέστερο όχημα γιατρού έκτακτης ανάγκης βρίσκεται πάνω από 30 χλμ. Πράγματι, το πλησιέστερο νοσοκομείο απέχει 60 χιλιόμετρα.

Το πρόδρομο έργο "Healthacross" ήταν το πρώτο έργο μεγάλης κλίμακας για τη διασυνοριακή συνεργασία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ ενός παλαιού και ενός νέου κράτους μέλους της ΕΕ και λειτουργεί ως πρότυπο για άλλες παραμεθόριες περιοχές και την τρέχουσα διεύρυνση της ΕΕ. Το έργο παρακολούθησης, "Healthacross στην πράξη", επέτρεψε στους Τσέχους ασθενείς από την παραμεθόρια περιοχή της Κάτω Αυστρίας και της Νότιας Βοημίας να έχουν απλή πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο Gmünd της Αυστρίας. Στην πιλοτική περίοδο από τις 25 Φεβρουαρίου 2013 έως τις 30 Ιουνίου 2013, περίπου 100 Τσέχοι ασθενείς έλαβαν θεραπεία εξωτερικών ασθενών στην Αυστρία. Το πιλοτικό πρόγραμμα θεσμοθετήθηκε και τώρα περίπου 4.000 Τσέχοι ασθενείς έχουν υποβληθεί σε θεραπεία εξωτερικών ασθενών στο νοσοκομείο Gmünd. Το νέο έργο «Healthacross for μέλλον» θα χρησιμοποιήσει αυτό το ήδη καλό θεμέλιο και θα θέσει περαιτέρω βήμα στον τομέα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης.

Το έργο χρησιμεύει ως βέλτιστη πρακτική στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη για άλλες περιοχές της Ευρώπης. Οι συνεργάτες του έργου θα μοιραστούν τις εμπειρίες τους στα δικά τους δίκτυα (τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο). Ο κύριος εταίρος είναι μέλος διαφόρων ευρωπαϊκών δικτύων και

διασφαλίζει τη μεταφορά γνώσεων σε άλλες περιοχές της Ευρώπης. Οι διαδικασίες για ιατρική περίθαλψη είναι διαθέσιμες και μπορούν να μεταφερθούν σε άλλα νοσοκομεία ως παράδειγμα για τη μεταφορά γνώσεων, καθώς και για την εμπειρία που αποκτήθηκε στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη εντός και εξωτερικών ασθενών, καθώς και το σχεδιασμό και την προετοιμασία ενός σταυρού -συνοριακός κύβος υγείας.

Βασικά σημεία μάθησης

Από την πτώση του σιδηρού παραπετάσματος, η Κάτω Αυστρία μεταφέρθηκε στενά στους γείτονές της, την Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία. Δυστυχώς, η υγειονομική περίθαλψη είναι μία από τις λίγες πτυχές της καθημερινής ζωής που δεν λειτουργεί καλά σε διασυνοριακές πτυχές. Επομένως, η διασυνοριακή συνεργασία αποκτά σημασία στον τομέα της υγείας. Οι ρυθμίσεις συνεργασίας μεταξύ των νοσοκομείων μπορούν να συμβάλουν στην εξισορρόπηση των περιφερειακών απαιτήσεων και στην εξασφάλιση καλύτερης παροχής υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό για τη μείωση της υγείας και των κοινωνικών ανισοτήτων. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στη βελτιστοποίηση του κόστους λόγω της κοινής χρήσης των πόρων και της καλύτερης απόδοσης των πωλήσεων

6 Εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεις προς την κατεύθυνση υλοποίησης δράσεων για το μετριασμό των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας-Βουλγαρίας.

6.1 Συμπεράσματα ανάλυσης

Βασικός στόχος του παραδοτέου ήταν η περιγραφή και ανάλυση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας στη διασυνοριακή περιοχή Ελλάδας – Βουλγαρίας. Για τον σκοπό αυτό διεξήχθη μια βιβλιογραφική επισκόπηση αναφορικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές και τις ανισότητες στην υγεία. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι κοινωνικοί προσδιοριστές παίζουν καθοριστικό ρόλο στις ανισότητες για την υγεία.

Από τη μελέτη των δευτερογενών στοιχείων προκύπτει ότι εντοπίζονται προβλήματα σχεδόν σε όλους τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Συνολικά, και οι δυο χώρες έχουν έντονα ζητήματα με τη φτώχεια και τον κοινωνικο αποκλεισμό, τις συνθήκες διαβίωσης και τα χαμηλά εισοδήματα και την ανεργία. Βέβαια, η Ελλάδα είναι σε δυσμενέστερη θέση έναντι της Βουλγαρίας, απόρροια κυρίως της οικονομικής και ανθρωπιστικής κρίσης κατά την περίοδο 2010-2016.

Τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, η αύξηση της φορολογίας, η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των μισθών και οι περικοπές στη δημόσια υγεία, δημιούργησαν ένα δυσμενές κλίμα στην Ελλάδα, το οποίο απεικονίζεται και στα στοιχεία. Όλοι οι κοινωνικοί προσδιοριστές για την υγεία στη χώρα είναι εξαιρετικά χαμηλοί με αποτελέσματα τα οποία αν και δεν έχουν φανεί, αναμένεται να είναι πιο έντονα τα επόμενα χρόνια (αύξηση νοσηρότητας, χαμηλότερο επίπεδο υγείας κτλ).

Η Βουλγαρία παρουσιάζει καλύτερη εικόνα σε σχέση με τους κοινωνικούς προσδιοριστές, ωστόσο θα πρέπει να εξεταστούν και ειδικότερα ζητήματα στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας. Αδιαμφισβήτητα, η Βουλγαρία τα τελευταία χρόνια έχει κάνει άλματα στη βελτίωση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Οι πιο σημαντικές διαφορές μεταξύ της περιοχής ευθύνης και σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια παρατηρούνται σε τραυματισμούς και δηλητηριάσεις, σε κυκλοφορικές παθήσεις, ασθένειες του νευρικού συστήματος και αισθητήρια όργανα. Αντίστοιχα, σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο όρο σε εθνικό επίπεδο, εμφανίζονται ασθένειες του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος του δέρματος και του συνδετικού ιστού. Για τη διασυνοριακή περιοχή της Βουλγαρίας, οι

σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τα έτη 2015-2018 περιλαμβάνουν νεοπλάσματα και καρδιακές παθήσεις.

Τα παραπάνω καταδεικνύουν ότι οι κοινωνικά σημαντικές ασθένειες είναι σημαντικές στη διασυννοριακή περιοχή και ότι οι στόχοι του έργου συμβάλλουν στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

6.2 Προτάσεις μετριασμού

Η αποδοχή τόσο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, όσο και από τον Π.Ο.Υ. για τους κοινωνικούς προσδιοριστές στην υγεία και τη συμβολή τους στην διόγκωση των ανισοτήτων στην υγεία, τονίζεται πλέον ότι το ζήτημα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως παγκόσμιο και να αναπτυχθούν πολιτικές και πολιτικές υγιονομικής περίθαλψης με βάση την τρέχουσα κατάσταση ανισότητας υγείας σε όλο τον κόσμο (1,58). Μέσω αυτών των προσπαθειών, ορισμένες χώρες πέτυχαν μερική μείωση των προβλημάτων ανισότητας στην υγεία, όπως η παιδική θνησιμότητα, οικογενειακή υγεία κτλ (58-60). Ωστόσο, παρά τις διάφορες προσπάθειες το πρόβλημα της ανισότητας στην υγεία φαίνεται να παραμένει (61)

Εντοπίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία αρκετές μελέτες για τα μέτρα πολιτικής αναφορικά με τον μετριασμό των ανισοτήτων στην υγεία. Κάποιες αφορούν την πρόληψη για τους κοινωνικά ευάλωτους πληθυσμούς, κάποιες ενισχύουν το εισόδημα τους και κάποιες συμβάλλουν στην δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, (62) αποδίδοντας ένα μείγμα πολιτικών παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας. Έρευνα που διεξήχθη στην Αγγλία για τον συνδυασμό αυτών των πολιτικών κατέδειξε, ότι τα μέτρα αυτά έχουν αποτέλεσμα μόνο για τις εξαιρετικά χαμηλές εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού (63).

Βέβαια, τα προγράμματα πρόληψης και ενημέρωσης των πληθυσμών για τη διατήρηση και προστασία της υγείας, φαίνεται ότι δεν είναι εξίσου αποτελεσματικά, διότι είναι πολύ δύσκολο και χρονοβόρο να εκπαιδεύσεις τους πληθυσμούς στη πρόληψη και διατήρηση της υγείας. Εναλλακτικά, η δεύτερη εξήγηση που προσφέρεται, είναι ότι η εστίαση στην αλλαγή συμπεριφοράς ως μέσο μετριασμού των επιπτώσεων των πιο θεμελιωδών αιτιών των ανισοτήτων στην υγεία είναι εγγενώς προβληματική, επειδή οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας δεν αγγίζονται από τις παρεμβάσεις σε μικρό επίπεδο και χρειάζονται αλλαγές σε επίπεδο χώρας ή και σε παγκόσμιο επίπεδο (63). Ειδικά, στην περίπτωση των ψυχικά νοσούντων, το πρόβλημα είναι ακόμα περισσότερο έντονο, διότι εντοπίζονται και ζητήματα κοινωνικού αποκλεισμού κτλ.

Άλλο μέτρο πολιτικής είναι η ενίσχυση του θεσμού του γενικού / οικογενειακού γιατρού. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι αυτό το μέτρο θα έχει επιπτώσεις

μόνο στις πολύ χαμηλές εισοδηματικές ομάδες και όχι στα μεσαία στρώματα. Σε κάθε περίπτωση, αυτό το μέτρο συμβάλλει θετικά στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, τους αποστερημένους υλικά πληθυσμούς και τις απομακρυσμένες περιοχές. Σε κάθε περίπτωση, το μέτρο είναι αδύναμο σε συναθροιστική κλίμακα (επίπεδο χώρας).

Η αύξηση του εισοδήματος (αύξηση μισθών, χαμηλότερο επίπεδο μισθού, ελάχιστον εγγυημένο εισόδημα κτλ.). Αυτό το μέτρο μετριασμού φαίνεται να μειώνει το χάσμα της ψαλίδας των ανισοτήτων στην υγεία, ιδιαίτερα για τα άτομα που έχουν πολύ χαμηλά εισοδήματα. Η αναδιανεμητική αυτή πολιτική φαίνεται να έχει υψηλότερα οφέλη και επίδραση σε επίπεδο χώρας, ωστόσο εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ύψος του καθορισμένου μισθού, τους δείκτες τιμών καταναλωτή κτλ. Σε κάθε περίπτωση, αυτή η πολιτική στρατηγική αποτελεί μια επιθετική απάντηση στο ζήτημα των ανισοτήτων της υγείας, καθώς απαντά με δύο διαφορετικούς μηχανισμούς, ο ένας είναι της οικονομικής αύξησης του εισοδήματος και ο άλλος είναι της ψυχοκοινωνικής (αύξηση της κοινωνικής εκτίμησης, βελτίωση ποιότητας ζωής κτλ.)

Τέλος, η αύξηση του δημόσιου χαρακτήρα των Συστημάτων Υγείας θα οδηγήσει οπωσδήποτε σε μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και θα αυξήσει την υγεία των πληθυσμών.

Τα παραπάνω αφορούν κυρίως πολιτικές που μπορούν να ληφθούν σε μακρο επίπεδο και να έχουν συνολικά αποτελέσματα σε μια χώρα ή / και παγκόσμια. Ωστόσο, σε μικρο επίπεδο, άλλα μέτρα πολιτικής μπορούν να ληφθούν σε μικρότερο επίπεδο, τοπικά ή περιφερειακά.

Η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί επίσης ένα μέτρο πολιτικής που μπορεί να συμβάλλει σε τοπικό επίπεδο. Τα έργα που εντάσσονται στο ΕΣΠΑ, στον άξονα προτεραιότητας 09^Α, αποτελούν τέτοια παραδείγματα εφαρμογής πολιτικής ενίσχυσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η μεριμνά για την ενημέρωση και πρόκληση στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ευάλωτες και ειδικές κοινωνικές ομάδες) επίσης αποτελεί ένα σχετικά αποτελεσματικό μέτρο σε τοπικό επίπεδο. Τα έργα INTERREG, απαντούν σε αυτήν την ανάγκη, όπως έχει περιγραφεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Η διασύνδεση των δομών υγείας και κοινωνικής πολιτικής, μπορεί να συμβάλλει θετικά στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, μέσα από τον καλύτερο προγραμματισμό και παρακολούθηση των αναγκών των κατοίκων της περιοχής. Η αξιοποίηση των πολιτικών ένταξης για την ενίσχυση της υγείας ειδικών ομάδων πληθυσμών, επίσης μπορεί να συμβάλλει θετικά. Βέβαια, αυτά τα μέτρα αφορούν σε πολύ εστιασμένες γεωγραφικές περιοχές ή ομάδες πληθυσμών και επομένως μπορεί ο αντίκτυπος σε μακρο επίπεδο ή βραχυπρόθεσμα να είναι σχετικά αδύναμος.

Συνολικά, τα μέτρα πολιτικής ίσως θα πρέπει να είναι ένα μίγμα μάκρο και μικρο πολιτικών προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι αναφορικά με τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία στη διασυνοριακή περιοχή συνολικά. Η συνεργασία των περιφερειών και η αναγνώριση των προβλημάτων από τις κρατικές αρχές αποτελούν επίσης *sine qua non* συνθήκη για την επιτυχή μείωση του χάσματος.

Αναφορές

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet]. Geneva; 2010. Available from: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
2. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Int J Heal Serv*. 2001;31(1):1–21.
3. Chung H, Muntaner C. Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries. *Soc Sci Med*. 2006;63(3):829–42.
4. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol*. 1999;72(1):83–99.
5. Woodward R. The organisation for economic co-operation and development (OECD). Routledge; 2009.
6. Vardell E. Global health observatory data repository. *Med Ref Serv Q*. 2020;39(1):67–74.
7. Blouin C, Chopra M, Van der Hoeven R. Trade and social determinants of health. *Lancet*. 2009;373(9662):502–7.
8. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* [Internet]. 1992 Jun 1;82(6):816–20. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.6.816>
9. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104.
10. Modesti PA, Agostoni P, Agyemang C, Basu S, Benetos A, Cappuccio FP, et al. Cardiovascular risk assessment in low-resource settings: a consensus document of the European Society of Hypertension Working Group on Hypertension and Cardiovascular Risk in Low Resource Settings. *J Hypertens*. 2014;32(5):951.
11. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Health at a Glance 2013. 2013.
12. Πατσοπούλου Α. Η διερεύνηση του επιπολασμού της εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2015;8(2):15–24.
13. Gordo LR. Effects of short- and long-term unemployment on health satisfaction: evidence from German data. *Appl Econ* [Internet]. 2006 Nov 10;38(20):2335–50. Available from: <https://doi.org/10.1080/00036840500427692>
14. Nichols A, Mitchell J, Lindner S. Consequences of long-term unemployment. Washington, DC Urban Inst. 2013;
15. Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization; 2003.
16. Pohjola A. Health problems and long-term unemployment. *Soc Work Health Care*. 2001;34(1–2):101–12.
17. Raphael D. Social structure, living conditions, and health. *Soc Determ Heal Can Perspect*. 2016;32–59.
18. Cordes J, Castro MC. Spatial analysis of COVID-19 clusters and contextual factors in New York City. *Spat Spatiotemporal Epidemiol*. 2020;34:100355.
19. Iacobucci G. Covid-19: Increased risk among ethnic minorities is largely due to poverty and social disparities, review finds. *BMJ Br Med J*. 2020;371.
20. Louis-Jean J, Cenat K, Njoku C V, Angelo J, Sanon D. Coronavirus (COVID-19) and

- racial disparities: a perspective analysis. *J racial Ethn Heal disparities*. 2020;7(6):1039–45.
21. Jaffe DH, Lee L, Huynh S, Haskell TP. Health inequalities in the use of telehealth in the United States in the lens of COVID-19. *Popul Health Manag*. 2020;23(5):368–77.
 22. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Heal*. 2020;74(11):964–8.
 23. Mishra V, Seyedzenouzi G, Almohtadi A, Chowdhury T, Khashkusha A, Axiaq A, et al. Health inequalities during COVID-19 and their effects on morbidity and mortality. *J Healthc Leadersh*. 2021;13:19.
 24. Cash-Gibson L, Pericàs JM, Martinez-Herrera E, Benach J. Health Inequalities in the Time of COVID-19: The Globally Reinforcing Need to Strengthen Health Inequalities Research Capacities. *Int J Heal Serv*. 2021;51(3):300–4.
 25. Benfer EA, Vlahov D, Long MY, Walker-Wells E, Pottenger JL, Gonsalves G, et al. Eviction, Health Inequity, and the Spread of COVID-19: Housing Policy as a Primary Pandemic Mitigation Strategy. *J Urban Heal* [Internet]. 2021 Feb 7;98(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00502-1>
 26. IHME. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) [Internet]. Seattle; 2020. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
 27. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–22.
 28. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;397(10292):2337–60.
 29. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223–49.
 30. Ziomas D, Konstantinidou D, Capella A. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare [Internet]. Brussels; 2018. Available from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1135&langId=en>
 31. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*. 2013 Jun;103(6):973–9.
 32. Hill-Briggs F, Adler NE, Berkowitz SA, Chin MH, Gary-Webb TL, Navas-Acien A, et al. Social determinants of health and diabetes: a scientific review. *Diabetes Care*. 2021;44(1):258–79.
 33. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Int J Heal Serv*. 2009;39(3):423–41.
 34. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129(1_suppl2):19–31.
 35. Marco CA, Wolfson AR, Sparling M, Azuaje A. Family socioeconomic status and sleep patterns of young adolescents. *Behav Sleep Med*. 2012;10(1):70–80.
 36. Delaruelle K, van de Werfhorst H, Bracke P. Do comprehensive school reforms impact the health of early school leavers? Results of a comparative difference-in-difference design. *Soc Sci Med*. 2019;239:112542.
 37. Rambla X, Scandurra R. Is the distribution of NEETs and early leavers from

- education and training converging across the regions of the European Union? *Eur Soc.* 2021;1–27.
38. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(1):e51333.
 39. Machin S, Manning A. The causes and consequences of longterm unemployment in Europe. *Handb labor Econ.* 1999;3:3085–139.
 40. Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? *Soc Sci Med.* 2001;53(3):305–20.
 41. Brydsten A, Hammarström A, Strandh M, Johansson K. Youth unemployment and functional somatic symptoms in adulthood: results from the Northern Swedish cohort. *Eur J Public Health.* 2015;25(5):796–800.
 42. Hammarström A, Janlert U. Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Heal.* 2002;56(8):624–30.
 43. Iyer S, Mustafa S, Gariépy G, Shah J, Joober R, Lepage M, et al. A NEET distinction: youths not in employment, education or training follow different pathways to illness and care in psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(12):1401–11.
 44. Hagquist C, Starrin B. Youth unemployment and mental health–gender differences and economic stress. *Scand J Soc Welf.* 1996;5(4):215–28.
 45. Siegrist J, Benach J, McKnight A, Goldblatt P, Muntaner C. Employment arrangements, work conditions and health inequalities. *Rep new Evid Heal Inequal reduction*, Prod by Task Gr. 2009;2.
 46. Stewart CH, Berry P, Przulj D, Treanor C. Cancer-related health behaviours of young people not in education, employment or training ('NEET'): a cross-sectional study. *BMC Cancer [Internet].* 2017;17(1):165. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3157-0>
 47. Mitchell DP, Betts A, Epling M. Youth employment, mental health and substance misuse: a challenge to mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(2):191–8.
 48. Rinaldi M, Killackey E, Smith J, Shepherd G, Singh SP, Craig T. First episode psychosis and employment: a review. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(2):148–62.
 49. Strauss JS, Carpenter WT. Prediction of outcome in Schizophrenia: III. Five-year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry.* 1977;34(2):159–63.
 50. Marshall K. Youth neither enrolled nor employed. *Perspect Labour Income.* 2012;24(2):1.
 51. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Introduction to the who Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (Emconet) Study, with a Glossary on Employment Relations. *Int J Heal Serv [Internet].* 2010 Apr 1;40(2):195–207. Available from: <https://doi.org/10.2190/HS.40.2.a>
 52. Evans GW, Kantrowitz E. Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure. *Annu Rev Public Health [Internet].* 2002 May;23(1):303–31. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.23.112001.112349>
 53. Shaw M. Housing and Public Health. *Annu Rev Public Health [Internet].* 2004 Apr;25(1):397–418. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036>

54. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L. Social exclusion and health inequalities: definitions, policies and actions. *Improv equity Heal by addressing Soc Determ Geneva World Heal Organ.* 2011;88–114.
55. Santana P. Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Soc Sci Med.* 2002;55(1):33–45.
56. Economou M, Peppou LE, Souliotis K, Stylianidis S. The impact of the economic crisis in Greece: Epidemiological perspective and community implications. In: *Social and Community Psychiatry.* Springer; 2016. p. 469–83.
57. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol.* 2019;26(8):824–35.
58. Park JY, Lee EJ, Park JY, Sung SH. Mitigating Health Inequalities of Socially Vulnerable in South Korea: Role for Social Work. In: *Global Social Work - Cutting Edge Issues and Critical Reflections.* IntechOpen; 2019.
59. Kuruvilla S, Schweitzer J, Bishai D, Chowdhury S, Caramani D, Frost L, et al. Success factors for reducing maternal and child mortality. *Bull World Health Organ.* 2014;92:533–44.
60. Howard KS, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *Futur Child.* 2009;119–46.
61. Bennett JE, Stevens GA, Mathers CD, Bonita R, Rehm J, Kruk ME, et al. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet.* 2018;9(22):392.
62. Mackenzie M, Reid M, Turner F, Wang Y, Clarke J, Sridharan S, et al. Reaching the hard-to-reach: conceptual puzzles and challenges for policy and practice. *J Soc Policy.* 2012;41(3):511–32.
63. Mackenzie M, Hastings A, Babbal B, Simpson S, Watt G. Tackling and mitigating health inequalities–policymakers and practitioners ‘talk and draw’their theories. *Soc Policy Adm.* 2017;51(1):151–70.