



Project title: Reducing access inequalities in primary healthcare for socially significant diseases at CB Area's deprived communities

Beneficiary: Cardiology Society of Northern Greece (PB2)

Deliverable 5.2.1- Recommendations on policies, programmes and action plans in GR CB areas

The contents of this study are sole responsibility of the Cardiology Society of Northern Greece (PB2) and can in no way be taken to reflect the views of the European Union, the participating countries the Managing Authority and the Joint Secretariat



The Project is co-funded by the European Regional Development Fund (ERDF) and national funds of the countries participating in the Cooperation Programme INTERREG V-A «Greece-Bulgaria 2014-2020»



Μελέτη με τίτλο «Προτάσεις για τις πολιτικές, προγράμματα και σχέδια δράσης σχετικά με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας, στην περιοχή εφαρμογής του Προγράμματος» στο πλαίσιο του έργου Equal2Health που είναι ενταγμένο στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα INTERREGV-A GREECE BULGARIA 2014-2020

Αθήνα

30-11-2020

Παραδοτέο 5.2.1 “Recommendation on policies, programmes and action plans in GR CB areas”

Εισαγωγή- Εννοιολογική τοποθέτηση

Η Έκθεση Ισότητας στην Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) δείχνει ότι το 90% των ανισοτήτων στην υγεία μπορεί να ερμηνευτεί ως αποτέλεσμα οικονομικής ανασφάλειας, διαβίωσης σε κακής ποιότητας κατοικίες και γειτονιές, κοινωνικού αποκλεισμού, έλλειψης αξιοπρεπούς εργασίας και κακών συνθηκών εργασίας. Επίσης, οι ανισότητες στην υγεία μειώνουν την οικονομική και κοινωνική παραγωγικότητα και οδηγούν σε υψηλότερο κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και προνοιακών παροχών (Ε.Ε., 2013¹).

Ειδικότερα, το μορφωτικό επίπεδο σύμφωνα με τους McNamara et al. (2017) έχει κυρίαρχο ρόλο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς και στην εκδήλωση παθήσεων. Ο κίνδυνος νόσου από συγκεκριμένες ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κατάθλιψη, η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης καταγράφεται αυξημένος σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου.



Επίσης, τα άτομα που ζουν σε κοινωνικοοικονομικά ευπαθέστερες περιοχές είναι πιθανότερο να εκτίθενται σε υψηλότερα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης (WHO 2019b).

Στόχος του εν λόγω παραδοτέου είναι να αναλύσει, καταγράψει και προτείνει στρατηγικές πολιτικές

καθώς και μέτρα, προγράμματα και δράσεις για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία στον ελλαδικό χώρο. Οι κοινωνικά σημαντικές ασθένειες αφορούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού και δημιουργούν κενό στη ζήτηση και προσφορά του συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Οι απομονωμένες και υποβαθμισμένες πληθυσμιακές ομάδες μελετήθηκαν στο Παρατηρητήριο (Deliverable 4.2.1 On-going evaluation of short term results on health of Thess pilot action community population “SOS DCP” (Κέντρο στα Διαβατά Θεσσαλονίκης) και τα κύρια συμπεράσματα της εν λόγω πιλοτικής δομής συμπεριλαμβάνονται στην εν λόγω μελέτη. Επίσης, σε αυτή τη μελέτη αναφέρονται πολύτιμα στοιχεία (valuable elements) του παραδοτέου 3.2.1 (Deliverable 3.2.1 Analysis of current situation in health inequalities for socially significant diseases in GR CB area).

Το εν λόγω παραδοτέο λαμβάνει υπόψη τα δεδομένα που προέκυψαν από:

A) τις εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κύριου πληθυσμού και του Ιατρικού Προσωπικού και των Αρχών, κυρίως από τα 3 workshops με επαγγελματίες υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών που έχουν πραγματοποιηθεί από την ΚΕΒΕ καθώς και

B) τη δημιουργία ενός «ανοικτού δικτύου» μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών όπως: Ιατρικό προσωπικό, τοπικές και περιφερειακές αρχές, Νοσοκομεία και Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας, Περιφερειακές και Εθνικές Αρχές υγείας, κοινωνία των πολιτών κλπ. για την ανταλλαγή τεχνογνωσίας σχετικά με συγκεκριμένες ασθένειες και προτάσεων μεταξύ των ενδιαφερομένων, προκειμένου να μειωθούν τα εμπόδια της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για συγκεκριμένες μειονεκτικές και απομονωμένες κοινότητες (υλοποίηση από Εταίρο 3).

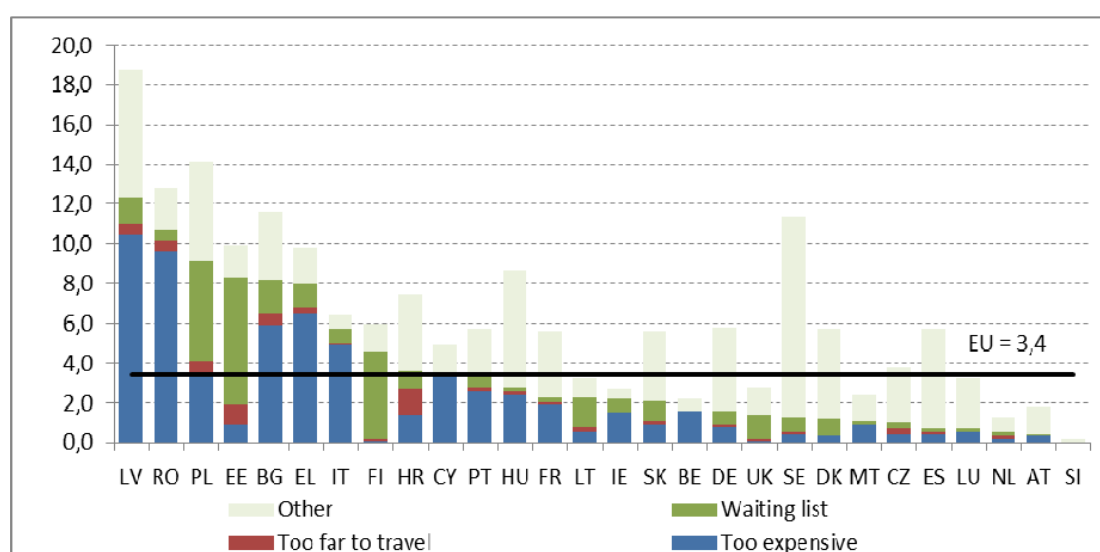
Το παραδοτέο δομείται σε τέσσερα (4) κεφάλαια. Το πρώτο καταγράφει τις προτεινόμενες πολιτικές και στρατηγικές (προγράμματα χρηματοδότησης, πιλοτικά προγράμματα, κύριες θεματικές) για την μείωση και εν τέλει εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Το δεύτερο κεφάλαιο συμπεριλαμβάνει προτάσεις για τις πολιτικές, προγράμματα και σχέδια δράσης από φορείς που ασχολούνται με την κοινωνική πολιτική σχετικά με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα. Το επόμενο κεφάλαιο καταγράφει προτάσεις

στο πλαίσιο υλοποίησης των 3 workshops ενώ το τελευταίο, αναλύει ειδικές και γενικές προτάσεις σε συνάφεια με τα ευρήματα των δράσεων (Παρατηρητήριο, Πιλοτική εφαρμογή, Εκστρατεία ενημέρωσης, workshops).

Καταγραφή σχετικών προτεινόμενων πολιτικών από την Ευρωπαϊκή Ένωση /Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Είναι αξιοσημείωτο γεγονός πως σύμφωνα με τον δείκτη European Core Health Indicator το επίπεδο των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας σχετίζεται περισσότερο με τις μεγάλες λίστες αναμονής για τις ιατρικές πράξεις/εξετάσεις, λόγω αυξημένου κόστους και λόγω γεωγραφικών αποστάσεων. Στον ελλαδικό χώρο το κόστος είναι αυξημένος παράγοντας αδικιών στο χώρο της υγείας.

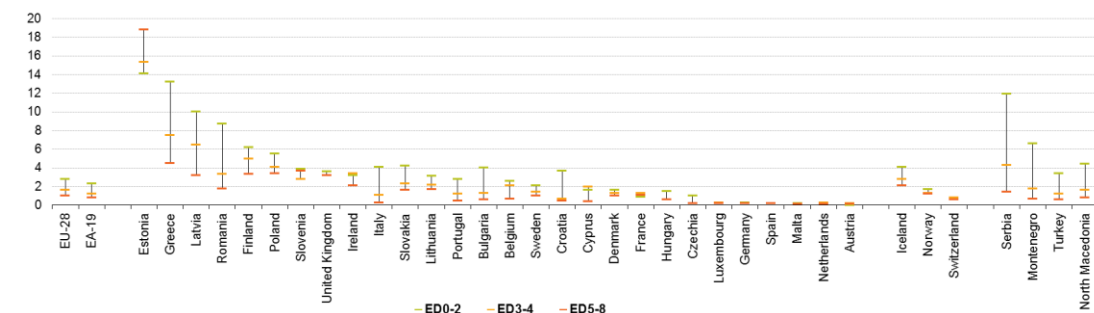
Figure 5: Self-declared unmet needs for medical examination by reason, proportion of population (%)



Πηγή: Eurostat, *Statistics on Income and Living Conditions 2012* (2011 data for AT and IE)

Στην ΕΕ-28, το 1,0% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω κόστους, λόγω μεγάλης γεωγραφικής απόστασης ή λόγω μεγάλης λίστας αναμονή (2018). Το ποσοστό αυτό έφτασε το 1,6% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν τη μη τριτοβάθμια εκπαίδευση στην ανώτερη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 2,8% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. **Αυτή η γενική τάση αύξησης των ανεκπλήρωτων αναγκών με τη μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου παρατηρήθηκε στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ, με σαφή παραδείγματα την Ελλάδα, τη Λετονία και τη Ρουμανία.**

Persons reporting unmet needs for medical examination or treatment due to being too expensive, too far to travel or waiting lists, by educational attainment level, 2018
(% share of the persons aged 16 and over)



Note: ED0-2 (Less than primary, primary and lower secondary education (levels 0-2), ED3-4 (Upper secondary and post-secondary non-tertiary education (levels 3 and 4), ED5-8 (Tertiary education (levels 5-8)

(*) Estimated data.

(*) 2017 data.

(*) 2016 data.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_14)

eurostat

Στο ως άνω διάγραμμα τονίζονται οι υπάρχουσες ανισότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας μεταξύ των χωρών της ΕΕ αλλά και μεταξύ των διαφόρων ομάδων πληθυσμού στις χώρες αυτές. Οι καθοριστικοί κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν τους βασικούς λόγους των ανισοτήτων αυτών καθώς έχουν αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής και τη γενική κατάσταση υγείας. Ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς είναι η απασχόληση, το εισόδημα, η εκπαίδευση και η εθνική καταγωγή.

Για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας η ΕΕ προωθεί πολιτικές και συνδράμει τις εθνικές αρχές και τα ενδιαφερόμενα μέρη ώστε να λαμβάνουν μέτρα για τη μείωση των ανισοτήτων.

Persons reporting unmet needs for dental examination or treatment, by main reason, 2018
(% share of the persons aged 16 and over)

	All other reasons	Reasons related to the health system				Reasons other than those related to the health system					
		Total	Too expensive	Too far to travel	Waiting list	Total	No time	Didn't know any good doctor or specialist	Fear of doctor, hospital, examination or treatment	Wanted to wait and see if problem got better on its own	Other
EU-28 ⁽¹⁾	4.1	3.0	2.7	0.0	0.3	1.1	0.3	0.0	0.4	0.2	0.3
EA-19 ⁽¹⁾	4.1	3.0	2.8	0.0	0.2	1.1	0.2	0.0	0.4	0.1	0.2
Belgium	4.3	3.0	3.0	0.0	0.0	1.3	0.3	0.1	0.4	0.2	0.3
Bulgaria	3.2	2.5	2.4	0.1	0.0	0.7	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
Czechia	2.6	1.0	0.6	0.1	0.3	1.6	0.3	0.1	0.4	0.5	0.4
Denmark	6.2	4.0	3.9	0.0	0.1	2.2	0.2	0.0	0.6	0.5	0.7
Germany	1.2	0.4	0.4	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.2	0.1	0.4
Estonia	6.9	6.5	5.5	0.1	0.9	0.4	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1
Ireland ⁽²⁾	4.6	3.2	3.0	0.0	0.2	1.4	0.1	0.0	0.6	0.3	0.3
Greece	10.3	9.7	9.5	0.1	0.1	0.6	0.1	0.0	0.2	0.3	0.0
Spain	5.3	4.6	4.6	0.0	0.0	0.7	0.2	0.0	0.3	0.1	0.2
France	5.6	3.2	2.9	0.0	0.3	2.4	0.6	0.1	1.0	0.3	0.4
Croatia	2.8	1.2	0.8	0.3	0.1	1.6	0.4	0.0	0.5	0.2	0.4
Italy	3.0	2.8	2.7	0.0	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Cyprus	5.3	4.3	4.3	0.0	0.0	1.0	0.2	0.0	0.4	0.4	0.0
Latvia	17.3	14.2	13.4	0.2	0.6	3.1	0.9	0.1	1.1	0.8	0.2
Lithuania	4.3	3.8	3.0	0.1	0.7	0.5	0.1	0.0	0.2	0.2	0.1
Luxembourg	0.8	0.5	0.5	0.0	0.0	0.3	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0
Hungary	3.5	1.7	1.6	0.0	0.1	1.8	0.6	0.0	0.6	0.3	0.2
Malta	1.5	0.5	0.4	0.0	0.1	1.0	0.1	0.0	0.5	0.1	0.3
Netherlands	0.5	0.2	0.2	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Austria	0.8	0.5	0.4	0.0	0.1	0.3	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
Poland	4.0	2.1	1.4	0.0	0.7	1.9	0.6	0.0	0.7	0.4	0.2
Portugal	14.3	10.9	10.7	0.1	0.1	3.4	0.9	0.0	1.3	0.5	0.6
Romania	6.8	4.9	4.6	0.1	0.2	1.9	0.4	0.1	0.8	0.5	0.1
Slovenia	4.6	3.6	0.6	0.1	2.9	1.0	0.3	0.2	0.2	0.1	0.3
Slovakia ⁽²⁾	3.6	1.9	1.4	0.1	0.4	1.7	0.4	0.1	0.5	0.5	0.1
Finland	6.6	5.7	0.5	0.0	5.2	0.9	0.0	0.0	0.2	0.1	0.6
Sweden	2.9	1.9	1.4	0.0	0.5	1.0	0.2	0.0	0.1	0.1	0.7
United Kingdom ⁽²⁾	4.2	2.9	2.0	0.0	0.9	1.3	0.2	0.1	0.3	0.0	0.7
Iceland ⁽³⁾	11.3	8.0	7.9	0.1	0.0	3.3	0.2	0.0	0.5	0.4	2.2
Norway	7.2	4.5	4.4	0.0	0.1	2.7	0.8	0.1	0.9	0.2	0.7
Switzerland	4.8	2.8	2.8	0.0	0.0	2.0	0.5	0.0	0.4	0.2	0.8
North Macedonia ⁽²⁾	3.8	2.3	2.0	0.1	0.2	1.5	0.2	0.0	0.7	0.4	0.2
Serbia	13.8	8.0	7.0	0.4	0.6	5.8	1.5	0.1	1.7	0.7	1.8

Note: The value "0.0" from the table is considered as "non significant" data.

⁽¹⁾ Estimated data.

⁽²⁾ 2017 data.

⁽³⁾ 2016 data.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_22)

eurostat 

1. Αλληλεγγύη στον τομέα της υγείας

Η ανακοίνωση του 2009 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, με τίτλο Αλληλεγγύη στον τομέα της υγείας — Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην ΕΕ, προβλέπει μια πρώτη στρατηγική η οποία περιλαμβάνει:

- αξιολόγηση του αντικτύπου των πολιτικών της ΕΕ στις ανισότητες στον τομέα της υγείας
- επικαιροποίηση των στοιχείων σχετικά με τις ανισότητες στον τομέα της υγείας και τις επιτυχημένες στρατηγικές για την μείωση των ανισοτήτων
- πληροφορίες σχετικά με τις χρηματοδοτήσεις της ΕΕ για τη στήριξη των εθνικών αρχών και άλλων φορέων στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων
- Έκθεση για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας στην ΕΕ

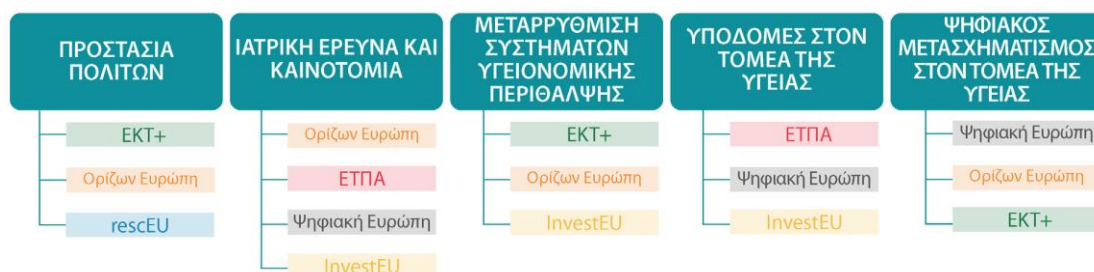
Το 2013, η Επιτροπή υπέβαλε έγγραφο εργασίας με τίτλο Έκθεση για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η έκθεση περιλαμβάνει επικαιροποιημένα στοιχεία και αριθμούς για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας στην ΕΕ και αξιολόγηση της προόδου όσον αφορά την εφαρμογή της στρατηγικής του 2009.

Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, μολονότι έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος, απαιτούνται περισσότερα μέτρα σε τοπικό, εθνικό και ενωσιακό επίπεδο. Οι πολιτικές της ΕΕ προσφέρουν δυνατότητες τις οποίες οι χώρες της ΕΕ και οι ομάδες συμφερόντων πρέπει να αξιοποιήσουν για να βελτιωθεί η κατάσταση και η συνοχή στον τομέα της υγείας.

2. Στρατηγική της Ευρωπαϊκής επιτροπής

Η Επιτροπή υλοποιεί έργα που αφορούν συγκεκριμένες πτυχές της μείωσης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας με χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Η κοινή δράση για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο του αντίστοιχου προγράμματος της ΕΕ ξεκίνησε το 2018 αποτελώντας τη βάση συνεργασίας μεταξύ των χωρών της ΕΕ για μεγαλύτερη ισότητα στον τομέα της υγείας.

Εικόνα – Μελλοντικός προϋπολογισμός της ΕΕ για την υγεία στο ΠΔΠ 2021-2027 Πηγή: Ε.Ε.



Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο + (European Social Fund Plus) 2021-2027

Το Πολυετές Δημοσιονομικό Πλαίσιο για το 2021-2027 διέπεται από το ίδιο πνεύμα με το τρέχον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο 2014-2020. Το ΕΚΤ + θα παρέχει το κύριο χρηματοδοτικό μέσο της ΕΕ για τη βελτίωση της κινητικότητας των εργαζομένων και των ευκαιριών απασχόλησης και για την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, τη βελτίωση της κοινωνικής δικαιοσύνης και την αύξηση της ανταγωνιστικότητας σε όλη την Ευρώπη για την περίοδο 2021-2027. Με προσωρινό προϋπολογισμό 101,2 δισεκατομμυρίων ευρώ (τρέχουσες τιμές), το ΕΚΤ + πρέπει να συγχωνεύσει το υπάρχον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), την Πρωτοβουλία για την Απασχόληση των Νέων (ΥΕΙ) και το Ταμείο για την Ευρωπαϊκή Βοήθεια στους απόρους (FEAD) και πρόγραμμα κοινωνικής καινοτομίας (EaSI) και το πρόγραμμα υγείας της ΕΕ. Το νέο ταμείο θα επικεντρώσει τις επενδύσεις του σε τρεις κύριους τομείς: εκπαίδευση, απασχόληση και κοινωνική ένταξη. Στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ο φάκελος ανατέθηκε στην Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων (EMPL), η οποία ενέκρινε την έκθεσή της στις 3 Δεκεμβρίου 2018. Στις 16 Ιανουαρίου 2019, οι τροπολογίες της επιτροπής για αύξηση της χρηματοδότησης και καθιστώντας τη νεολαία και τα παιδιά τους κύριους δικαιούχους.

Ενδεικτικό μέτρο πολιτικής της Ε.Ε. όσον αφορά τους απόρους είναι η εκπαίδευση στην πρόληψη και προαγωγή υγείας μέσω webinars ή ψυχαγωγικών δράσεων όπως δραστηριότητες για τα παιδιά απόρων που να σχετίζονται με την υγιεινή διατροφή και για τους ηλικιωμένους απόρους που να σχετίζονται με την υγιεινή στο σπίτι και την πρόληψη ατυχημάτων.

Παιδική παχυσαρκία

Η παχυσαρκία συνεπάγεται σημαντικά σωματικά και ψυχικά προβλήματα, όπως καρδιακές παθήσεις, διαβήτη, καρκίνο και ψυχολογικές διαταραχές. Αντιπροσωπεύει πάνω από το 8 % του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ. Δεδομένου ότι η παχυσαρκία αποτελεί πολύπλοκο πρόβλημα και συσχετίζεται συχνά σε κοινωνικοοικονομικά κριτήρια, είναι ζωτικής σημασίας η

συνεργασία μεγάλου φάσματος εμπειρογνομόνων σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

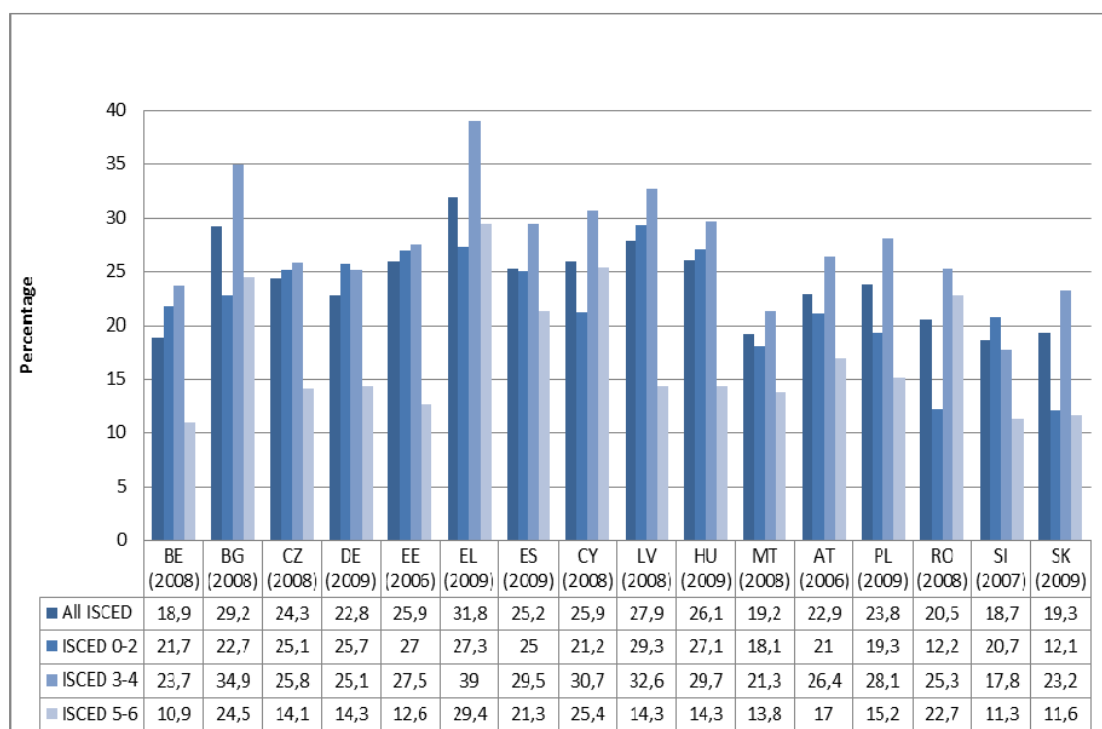
Το σχέδιο δράσης της ΕΕ για την παιδική παχυσαρκία (2014- 2020) έχει ως στόχο να ανακόψει την αύξηση του αριθμού των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και νέων έως το 2020. Στα συμπεράσματα του Συμβουλίου του Ιουνίου 2017 σχετικά με το ζήτημα έγινε έκκληση υπέρ μιας αποτελεσματικής προσέγγισης που θα εισαγάγει τη συνεκτίμηση της υγείας σε όλες τις πολιτικές, προωθώντας εγκάρσια τα ζητήματα υγείας, πρόληψης και διατροφής σε όλους τους τομείς και τις πρωτοβουλίες.

Η ευρωπαϊκή πλατφόρμα δράσης για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία, που δημιουργήθηκε το 2005, φέρνει σε επαφή ευρύ φάσμα ευρωπαϊκών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στην αντιμετώπιση της κακής διατροφής και της έλλειψης σωματικής άσκησης. Μέχρι σήμερα, έχει στηρίξει 300 δράσεις σημαντικών φορέων της ΕΕ από τη βιομηχανία και την κοινωνία των πολιτών, όπως η απαγόρευση της διαφήμισης σακχαρούχων ποτών σε παιδιά, η διάθεση καλύτερης διατροφικής ενημέρωσης σε εστιατόρια, η αναθεώρηση συνταγών ώστε να περιέχουν λιγότερο αλάτι, λιγότερη ζάχαρη και λιγότερο λίπος καθώς και η προώθηση αθλητικών δραστηριοτήτων στα σχολεία. Το 2007, η ΕΕ συγκρότησε ομάδα υψηλού επιπέδου για θέματα διατροφής και σωματικής άσκησης για την αναζήτηση λύσεων σε ζητήματα υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Στην ομάδα αυτοί συμμετέχουν εκπρόσωποι κυβερνήσεων από όλες τις χώρες της ΕΕ, τη Νορβηγία και την Ελβετία.

Άλλες πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν τη θέσπιση κανόνων σε επίπεδο ΕΕ για την επισήμανση των τροφίμων. Στόχος είναι οι καταναλωτές σε όλες τις χώρες της ΕΕ να μπορούν να βασίζονται στις ετικέτες των τροφίμων για ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την υγεία και τη θρεπτική αξία. Για παράδειγμα, εάν ένα είδος θεωρείται ότι «κάνει καλό στην Η ΕΕ συνεργάζεται με οργανισμούς στα κράτη μέλη και σε άλλες χώρες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με την κακή διατροφή και την παχυσαρκία.

Κάπνισμα

Στα περισσότερα κράτη μέλη, οι διαφορές στα ποσοστά καπνίσματος ανά κοινωνική ομάδα αντιπροσωπεύουν σημαντικό μέρος των ανισοτήτων υγείας ανά κοινωνική ομάδα. Το σχήμα παρακάτω δείχνει το αναφερόμενο κάπνισμα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο σε επιλεγμένα κράτη μέλη που συμμετέχουν στον πρώτο γύρο της ευρωπαϊκής έρευνας συνέντευξης για την υγεία. Με λίγες εξαιρέσεις (Βουλγαρία, Κύπρος, Ελλάδα, Ρουμανία) τα ποσοστά καπνίσματος για όσους έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ISCED 5-6) είναι χαμηλότερα από εκείνα με δευτεροβάθμια ή πρωτοβάθμια εκπαίδευση.



Καθημερινοί καπνιστές σε σχέση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδος στα κράτη μέλη της Ε.Ε. Πηγή : Eurostat.

Αλκοόλ

Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η τρίτη κύρια αιτία πρόωρων θανάτων και ασθενειών στην ΕΕ, μετά το κάπνισμα και την υπέρταση ειδικότερα σε κοινωνικοοικονομικά ευπαθείς ομάδες. Από το 2006, η ΕΕ προωθεί την υπεύθυνη κατανάλωση μέσω της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τη μείωση των βλαβών που σχετίζονται με το οινόπνευμα. Η στρατηγική ενθαρρύνει τη συνεργασία και τον συντονισμό μεταξύ των χωρών της ΕΕ για την προώθηση της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των καταναλωτών. Η στρατηγική περιλαμβάνει δράσεις που εντάσσονται σε όλες τις πολιτικές της ΕΕ. Για παράδειγμα, το σχέδιο δράσης της ΕΕ για την οδική ασφάλεια υποστηρίζει πρωτοβουλίες για την αποτροπή της οδήγησης υπό την επήρεια οινοπνεύματος. Έχει δημιουργηθεί ένα «Φόρουμ για το αλκοόλ και την υγεία», το οποίο σκοπεύει να κινητοποιήσει κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι θα δεσμεύονται να αναλάβουν πρωτοβουλίες για στήριξη της στρατηγικής της ΕΕ. Στο φόρουμ συμμετέχουν οι βασικοί ενδιαφερόμενοι φορείς, όπως οι παραγωγοί αλκοολούχων ποτών, οι διαφημιστές και οι έμποροι λιανικής πώλησης, καθώς και επαγγελματίες του τομέα της υγείας, οργανώσεις νεολαίας, και ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας. Μέχρι σήμερα, τα μέλη του φόρουμ έχουν αναλάβει 246 δεσμεύσεις. Παράλληλα, μια Επιτροπή Εθνικής Πολιτικής και Δράσης για το Αλκοόλ, δίνει τη δυνατότητα στις χώρες της ΕΕ να ανταλλάσσουν πληροφορίες και να προωθούν ορθές πρακτικές.

Ευρωπαϊκά Δίκτυα Αναφοράς

Στον τομέα των πολύπλοκων ή σπάνιων νόσων, η ΕΕ έχει συμβάλει στη συγκέντρωση των λιγοστών πόρων οι οποίοι σήμερα είναι διασκορπισμένοι σε διάφορα κράτη μέλη, με τη σύσταση Ευρωπαϊκών Δικτύων Αναφοράς, δηλαδή εικονικών δικτύων που συνδέουν παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη την Ευρώπη. Ο σκοπός τους είναι να φέρουν σε επαφή εμπειρογνώμονες και να μεγιστοποιήσουν τις συνέργειες μεταξύ των κρατών μελών για τη βελτίωση της διάγνωσης και της θεραπείας αυτών των νόσων.

Από τον Μάρτιο του 2017 έχουν συσταθεί περίπου 24 Ευρωπαϊκά Δίκτυα Αναφοράς, τα οποία περιλαμβάνουν 300 νοσοκομεία από 26 χώρες της ΕΕ.

Κοινό Χρηματοδοτικό εργαλείο - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε την πρότασή της για νέο πολυετές δημοσιονομικό πλαίσιο (ΠΔΠ) για την περίοδο 2021-2027, καθώς και για νέο σύστημα ιδίων πόρων στις 2 Μαΐου 2018. Βάσει της νέας πρότασης, το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+) θα λειτουργήσει ως το βασικό χρηματοδοτικό μέσο της ΕΕ για την εφαρμογή του κοινωνικού πυλώνα και θα συγκεντρώσει επενδύσεις στον τομέα της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της κοινωνικής ένταξης, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης. Το ΕΚΤ+ θα πρέπει να συγχωνευθεί με το τρέχον ΕΚΤ, την Πρωτοβουλία για την Απασχόληση των Νέων (ΠΑΝ), το FEAD, το EaSI και το πρόγραμμα για την υγεία. Η Επιτροπή προτείνει να διατεθούν στο ΕΚΤ+ 101,2 δισ. ευρώ σε τρέχουσες τιμές (89,7 δισ. ευρώ σε σταθερές τιμές του 2018) από τον προϋπολογισμό της ΕΕ.

Πιλοτικό έργο της Ε.Ε. GenCAD (Gender-specific mechanisms in coronary artery disease in Europe)

Αυτός ο ευρωπαϊός πιλότος στοχεύει στη βελτίωση της κατανόησης του φύλου στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, χρησιμοποιώντας την στεφανιαία νόσο (CAD) ως παράδειγμα για την ανάδειξη των διαφορών στη θεραπεία και την πρόληψη. Οι υπάρχουσες αποδείξεις είναι μερικές φορές ελλιπείς και τα ευρήματα σπάνια παρουσιάζονται στην ιατρική κοινότητα και στο κοινό.

Το έργο GenCAD (2015-2019) στοχεύει:

Στην ανάλυση των γνώσεων σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των φύλων σε παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου (CAD), μηχανισμούς νόσου, κλινικές εκδηλώσεις, επιλογές θεραπείας και πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη.

Στην αξιολόγηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού για να προσδιορίσει τις πιο αποτελεσματικές πρακτικές για την ευαισθητοποίηση σχετικά με το φύλο και τις εκδηλώσεις φύλου του CAD.

Στην ανάπτυξη και διάδοση πληροφοριακού υλικού βάσει των αποτελεσμάτων των μελετών, των ερευνών και της συνολικής αξιολόγησης των αναγκών. Το φυλλάδιο της συγκεκριμένης πιλοτικής καμπάνιας της Ε.Ε. βρίσκεται στον παρακάτω σύνδεσμο:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_gendercoronaryarterydisease_flyer_en.pdf.

Προτάσεις για τις πολιτικές, προγράμματα και σχέδια δράσης από διάφορους φορείς που εμπλέκονται στην κοινωνική πολιτική

Σχέδια δράσης Υπουργείου

Δεδομένου ότι η εμφάνιση και ανάπτυξη πολλών χρόνιων νοσημάτων επηρεάζεται από κοινούς παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, η κακή διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης, στην Ελλάδα οι φορείς που ασκούν κοινωνική πολιτική προβάλλουν αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η ΕΕ αντιμετωπίζει το πρόβλημα αυτό με ποικίλες ενέργειες, για παράδειγμα, με εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού, προώθηση της ανάληψης δράσης από σχετικούς κλάδους και ΜΚΟ, στήριξη πρωτοβουλιών επιμέρους χωρών καθώς και με συγκεκριμένα, στοχευμένα μέτρα, βοηθώντας π.χ. τους καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα.

Στην Ελλάδα, το υπουργείο υγείας με διάφορους φορείς της κοινωνίας των πολιτών στοχεύουν στην παροχή βοήθειας για τη μείωση του καπνίσματος. Με την πάροδο των ετών, η ΕΕ θέσπισε διάφορους κανόνες για τη μείωση των καπνιστών και συνεπώς των δαπανών που συνδέονται με το κάπνισμα. Στους κανόνες αυτούς περιλαμβάνεται η υποχρεωτική επισήμανση όλων των προϊόντων καπνού με προειδοποιήσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία: για παράδειγμα «Το κάπνισμα σκοτώνει», «Το κάπνισμα προκαλεί θανατηφόρο καρκίνο των πνευμόνων», «Το κάπνισμα προκαλεί έμφραγμα και εγκεφαλικά επεισόδια» και «Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη βλάπτει την υγεία του μωρού σας». Η Ελλάδα, έστω και καθυστερημένα, προώθησε επίσης τη χρήση εικόνων και φωτογραφιών στα πακέτα τσιγάρων για να κάνει εντονότερο το μήνυμα ότι το κάπνισμα μπορεί να βλάψει σοβαρά την υγεία και ακολουθώντας την ευρωπαϊκή νομοθεσία απαγορεύει τη διαφήμιση προϊόντων καπνού στον Τύπο, στο ραδιόφωνο και το διαδίκτυο. Για τις κοινωνικοοικονομικά ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (π.χ. ωφελούμενους του ΤΕΒΑ) κάποιες περιφέρειες ανέδειξαν την ανάγκη πρόληψης μέσω προσωποποιημένων σεμιναρίων και συνεδριών για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι καπνιστές –ωφελούμενοι του ΤΕΒΑ έχουν πρόσβαση σε εκτεταμένο δίκτυο υποστήριξης μέσω κάποιων περιφερειών- για εστιασμένες εκστρατείες.

Εκστρατείες σε ευπαθείς ομάδες από TOMY

Επίσης, για την καλύτερη ευαισθητοποίηση των ευπαθών ομάδων πληθυσμού και την μείωση των κοινωνικών αδικιών είναι σημαντικό το πρόγραμμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που λαμβάνει χώρα τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, το οποίο περιλαμβάνει: α. Κλινική παιδιατρική εξέταση β. Εμβολιασμοί γ. Οδοντιατρικός έλεγχος (σε παιδιά) δ. Κλινική εξέταση ενηλίκων (παθολογικός – καρδιολογικός έλεγχος) ε. Γυναικολογική Εξέταση: εξέταση μαστού, Test pap ζ. Καταγραφή περιστατικών που χρήζουν άμεσης δευτεροβάθμιας περίθαλψης -προώθηση αυτών σε μονάδες Υγείας.

Πέραν της συνεργασίας των φορέων που εμπλέκονται στο σχεδιασμό και την υλοποίηση του έργου, Υ.Υ., ΕΚΚΑ, Νοσοκομεία, Μονάδες ΠεΔΥ, Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, Επιστημονικοί φορείς, ΟΤΑ, έχουν εξασφαλιστεί παροπλισμένες κινητές μονάδες (Γυναικολογική κινητή μονάδα με ψηφιακό μαστογράφο, οδοντιατρική), οι οποίες είναι εξοπλισμένες κατάλληλα. Οι κινητές ομάδες εστιασμένα έχουν πρόσβαση σε γεωγραφικά απομονωμένους πληθυσμούς καθώς και σε ομάδες στόχους με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο.

Η δράση των TOMY σύμφωνα με το άρθρο 106 του Ν. 4461/2017 (ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017) επίσης αποσκοπεί στην καθολική προσιτή πρόσβαση «σε ποιοτικές υπηρεσίες του συνόλου του πληθυσμού χωρίς διακρίσεις, και στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία (Reducing Health Inequalities)». Το νέο μοντέλο υπηρεσιών στοχεύει στην ορθολογική πλοήγηση των ατόμων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) μέσω της ανακατεύθυνσης της ζήτησης από τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, όπως είναι τα Νοσοκομεία, παρέχοντας ποιοτικές, ολιστικές και κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Στο άρθρο 1 του Ν. 4486/2017 διατυπώνονται ρητά η δωρεάν και καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με ειδική μέριμνα για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, η διασφάλιση της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η συνέχεια της φροντίδας υγείας, η ευθύνη των παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Για την αποτίμηση/μέτρηση δεικτών εφαρμόζεται η με αριθ. 17/οικ.801/ΕΥΣΕΚΤ/125694 ΚΥΑ «Διαδικασία - Πλαίσιο Εφαρμογής των Πράξεων για τη Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας» και τα προβλεπόμενα στο άρθρο 5 (όπως η ΚΥΑ ισχύει κάθε φορά), όπου προβλέπεται μεταξύ άλλων ότι «Για διαχειριστικούς λόγους (παρακολούθηση δεικτών, επιλεξιμότητα ωφελομένων, κ.λπ.) ως ωφελούμενοι/ες θεωρούνται τα άτομα που πλήττονται από τη φτώχεια, κατοικούν στις οριζόμενες περιοχές, όπως αυτές προβλέπονται στην απόφαση Συγκρότησης εκάστης ΤΟΜΥ, και τα οποία λαμβάνουν υπηρεσίες / ωφέλεια από τις ΤΟΜΥ».

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν, με έμφαση στην πρόληψη της νόσου και την αγωγή της υγείας,
- την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων για την προαγωγή της υγείας στην οικογένεια, στους χώρους εργασίας, στις σχολικές μονάδες και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης,
- την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας,
- τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες δημόσιας υγείας,
- τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, τόσο στην ΤΟΜΥ όσο και κατ' οίκον, ειδικότερα για τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού που δεν έχουν δυνατότητα μετακίνησης
- την προγραμματισμένη φροντίδα υγείας ενηλίκων και παιδιών,
- την παρακολούθηση και συνδιαχείριση με τον (εκτός ΤΟΜΥ) θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη ΤΟΜΥ και κατ' οίκον, και δη για τις απομακρυσμένες γεωγραφικά περιοχές

- την εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους,
- τη συμβουλευτική και την υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, και δη σε απομονωμένες ομάδες πληθυσμού
- την αναγνώριση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας
- την υγειονομική φροντίδα της τρίτης ηλικίας και την παρακολούθηση της πολυνοσηρότητας,
- την κατ' οίκον φροντίδα υγείας- κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον αιμοληψία σε μη δυνάμενους να μεταβούν στις οικείες μονάδες ΠΦΥ και δη σε κοινωνικοοικονομικά ευπαθείς ομάδες πληθυσμού

Με την απόφαση συγκρότησης κάθε ΤΟΜΥ καθορίζεται η περιοχή ευθύνης της, στην οποία ο πληθυσμός ευθύνης της κυμαίνεται από 10.000 έως 12.000 κατοίκους. Είναι σημαντικό πως σε ειδικές περιπτώσεις, ιδίως σε περιοχές με πληθυσμιακές, ηλικιακές, γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (πχ. νησιά, ορεινές και απομονωμένες περιοχές), ο πληθυσμός ευθύνης των ΤΟΜΥ μπορεί, δυνάμει απόφασης της αρμόδιας ΥΠΕ, να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος.

“Παρεμβάσεις Δρόμου” από τον ΕΟΔΥ

Στο πλαίσιο της πρωτογενούς πρόληψης, το Τμήμα Παρεμβάσεων στην Κοινότητα, αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα του ΕΟΔΥ όσον αφορά στον σχεδιασμό, στον προγραμματισμό και στην υλοποίηση εκστρατειών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε θέματα Πρόληψης και Αγωγής Υγείας τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και των ειδικών κοινωνικών ομάδων (άντρες που κάνουν σεξ με άντρες, μετανάστες – χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών – εκδιδόμενα άτομα), σχετικά με το HIV/AIDS, τα Σ.Μ.Ν. και άλλα λοιμώδη και χρόνια νοσήματα με στόχο την επικοινωνία και την διάδοση ιατρικών και κοινωνικών μηνυμάτων, κυρίως όμως την πρόληψη και την προστασία της δημόσιας υγείας.

Οι νέες μολύνσεις από τον ιό αφορούν κυρίως νεαρές ηλικίες (25-35 ετών) ενώ ένα σημαντικό ποσοστό αφορά άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες (55,5%), αλλά με αύξηση νέων κρουσμάτων και σε ετεροφυλόφιλα άτομα (24,6%).² Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός της τεράστιας αύξησης (σχεδόν 580% σε σχέση με την αντίστοιχη περσινή περίοδο) στα ποσοστά της HIV λοίμωξης σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, καθώς και το γεγονός ότι το 12,9 % των ατόμων με HIV στη χώρα μας αφορά μετανάστες, με αυτόν τον αριθμό να έχει αυξητικές τάσεις καθώς η εισροή μεταναστών στον Ελλαδικό χώρο είναι συνεχώς αυξανόμενη.

Τα έως τώρα δεδομένα από τις κινητές μονάδες του ΚΕΕΛΠΝΟ στις πλατείες Ομονοίας, Βικτώριας, Αττικής, Λαρίσης, Καραϊσκάκης και Αμερικής καθώς και τα δεδομένα από τη τηλεφωνική γραμμή για το AIDS και τη τηλεφωνική γραμμή του Κέντρου Επιχειρήσεων του ΚΕΕΛΠΝΟ, παρουσιάζουν αύξηση στον επιπολασμό άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.) όπως τα κονδυλώματα (HPV), η σύφιλη και η γονόρροια, έξαρση σε λοιμώδη νοσήματα όπως οι ηπατίτιδες και η φυματίωση, αλλά και επανεμφάνιση νοσημάτων που είχαν για χρόνια εξαφανιστεί όπως η πολιομυελίτιδα καθώς και πολλαπλά κρούσματα παρασιτώσεων.

Ο πιο κατάλληλος τρόπος παρέμβασης σε αυτές τις ομάδες πληθυσμού, οι οποίες βρίσκονται διασκορπισμένες σε διαφορετικές περιοχές του ιστορικού κέντρου της Αθήνας (σε πλατείες, πάρκα, bar, δρόμους, οίκους ανοχής κ.α.), είναι η παρέμβαση δρόμου (outreach social work ή street-work) η οποία έχει ξεκινήσει από 25 Αυγούστου 2020 και συνεχίζει έως σήμερα.

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι κοινωνικής παρέμβασης στο δρόμο και αυτές που κρίθηκαν πιο κατάλληλες για τις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες είναι οι εξής:

² Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα. Στοιχεία έως 31.10.2010.

- Εξατομικευμένη εργασία στο δρόμο (Detached outreach work) η οποία αφορά την επαφή σε σταθερά σημεία αναφοράς (π.χ. κινητές μονάδες).
- Περιφερόμενη εργασία στο δρόμο (Peripatetic outreach work) η οποία αφορά την επαφή εντός δομών, δηλαδή στους δρόμους/πάρκα/bar εκεί που δραστηριοποιούνται και ζουν, καθώς και ο συνδυασμός αυτών όπου κρίνεται απαραίτητο.

Καταγραφή προτάσεων στο πλαίσιο υλοποίησης των 3 workshops

Στο πλαίσιο υλοποίησης των 3 workshops αναδύθηκε η ανάγκη για σαφή εκτίμηση των διαχρονικών αλλά και μεταβαλλόμενων αναγκών του πληθυσμού μέσω πολυεπίπεδης, διατομεακής και συντονισμένης εργασίας.

Επίσης, οι εκστρατείες ενημέρωσης σε περιθωριοποιημένες γεωγραφικές περιοχές αλλά και σε ιδιαίτερα ευπαθείς ομάδες πληθυσμού είναι αναγκαίες γιατί, συχνά οι εν λόγω πληθυσμοί έχουν χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για να νοσήσουν από συγκεκριμένες ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Street work, ομαδικά σεμινάρια ή εξατομικευμένες συνεδρίες όπως γίνονται στα πλαίσια των προγραμμάτων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) για τους ωφελούμενους του ΤΕΒΑ και στα πλαίσια της πρόληψης του ΕΟΔΥ σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, είναι προτάσεις που ταιριάζουν ως εκστρατείες για την μείωση των αδικιών στην υγεία.

Κατά τη διάρκεια των workshops αναλύθηκαν τα κύρια χαρακτηριστικά των πληθυσμιακών ομάδων. Τα άτομα ήταν κατά το πλείστον καπνιστές με έντονα προβλήματα παχυσαρκίας και ανθυγιεινές συμπεριφορές. Ο χρόνος αναμονής στο δημόσιο σύστημα ήταν μακρύς και η ενημέρωση ελλιπής ως προς την ύπαρξη κατάλληλων δομών και υπηρεσιών. Μεγάλο μέρος του εξεταζόμενου περιθωριοποιημένου πληθυσμού ήταν αγροτικός πληθυσμός με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο. Επίσης, αρκετοί ασθενείς που προσήλθαν ήταν νοσούσαν από σακχαρώδη διαβήτη. Αυτά τα στοιχεία ανέδειξαν την ανάγκη πρόληψης σε γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές της Ελλάδας. Εστιασμένες καμπάνιες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε σωματεία, συλλόγους ανά κλάδο εργασίας (π.χ. αγρότες) θα μπορούσαν να έχουν επίσης απήχηση.

Η ανάλυση της κοινωνικής βαθμίδωσης των ανισοτήτων υγείας που έγινε κατά τη διάρκεια των workshops υπογραμμίζει τις διαφορές με τις συσχετιζόμενες με την υγεία εκβάσεις μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων.

Ο επιπολασμός παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου στον πληθυσμό που εξετάστηκε ήταν αυξημένος. Παράλληλα το επίπεδο ενημέρωσης σε σχέση με βασικά ζητήματα πρόληψης νοσηρότητας και προαγωγής υγείας ήταν χαμηλό. Η ενημέρωση του γενικού κοινού για τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου είναι αναγκαία μέσω π.χ. ραδιοφωνικών και τηλεοπτικών σποτ, μέσω έντυπου υλικού (αφίσες, φυλλάδια).

Οι κύριες προτάσεις εστιάζουν σε δύο θεματικές: α. αφενός στην εστιασμένη και γενική προβολή δράσεων σε ΜΜΕ για το ευρύ κοινό και β. αφετέρου στην ιδιαίτερη βαρύτητα σχέσεως ασθενή- ιατρού και στην ανάγκη ενδυνάμωσης της εμπιστοσύνης του πολίτη στο σύστημα υγείας μέσω διαπροσωπικών σχέσεων.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι καίριος στην ανάκτηση της εμπιστοσύνης. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών για καλύτερη επικοινωνία με τις εν λόγω πληθυσμιακές ομάδες, για καλύτερη ένταξη των τελευταίων στο σύστημα παρέχοντας ισότιμη πρόσβαση και κατάλληλο τύπο θεραπείας σε κάθε ασθενή, είναι αναγκαία. Η επένδυση στην εκπαίδευση και τις δεξιότητες αποτελεί βασικό εργαλείο πολιτικής ένταξης στο σύστημα υγείας των ευπαθών ομάδων καθώς και μείωσης των αδικιών στο χώρο της υγείας για την προαγωγή ίσων ευκαιριών.

Ειδικές και γενικές προτάσεις σε συνάφεια με τα ευρήματα των δράσεων (Παρατηρητήριο, Πιλοτική εφαρμογή, Εκστρατεία ενημέρωσης, workshops)

Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας είναι άκρως σημαντική έτσι ώστε να γίνεται καλύτερη κατανόηση της έννοιας των ανισοτήτων στην υγεία λόγω κοινωνικών, οικονομικών και εκπαιδευτικών ανισοτιμιών, προκειμένου να παρέχουν κατάλληλες, εξατομικευμένες υπηρεσίες και να εργάζονται διατομεακά για τη βελτίωση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, π.χ. της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η υιοθέτηση εξειδικευμένων μέτρων πρόληψης όπως π.χ. αντικαπνιστικές εκστρατείες σε συνάρτηση με ανάπτυξη περιβαλλοντικών μέτρων και αντιμετώπιση εμπορικών καθοριστικών παραγόντων υγείας όπως η εφαρμογή φόρου για ανθυγιεινά προϊόντα και επιδοτήσεις καλλιέργειας φρούτων.

Στα πλαίσια του προγράμματος joint action for Health JAHEE (health inequalities) στο οποίο η 6^η Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ) είναι εταίρος και το οποίο βρίσκεται στο τρίτο έτος υλοποίησης υπάρχουν πολύ σημαντικές προτάσεις για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αδικιών στην υγεία στον ελλαδικό χώρο.

Παραθέτουμε κάποιες από αυτές παρακάτω. Χρειάζεται η Ελλάδα να :

- Αναπτύξει τις δεξιότητες ανάλυσης δεδομένων και σχεδιασμού και αξιολόγησης μέτρων μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία για τους επαγγελματίες. Για παράδειγμα, βελτίωση της κατανόησης ως προς τον τρόπο εφαρμογής της αρχής της «αναλογικής καθολικότητας» (proportionate universalism) στις πολιτικές.
- Αυξήσει τη χρήση δημόσιων πόρων (π.χ. ευρωπαϊκά διαρθρωτικά και επενδυτικά ταμεία, δάνεια της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων) για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας, στην αντιμετώπιση των

ανισοτήτων στην υγεία. Να προωθήσουμε επενδύσεις και συνεργασίες διατομεακά στο ανθρώπινο και κοινωνικό κεφάλαιο (και στον ιδιωτικό τομέα) και στους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία.

Τα προγράμματα προσυμπτωματικού προληπτικού ελέγχου εθνικής εμβέλειας

Οι πολιτικές υγείας πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση των bottom up approach όπου με συμμετοχικές διαδικασίες θα μπορεί να γεφυρωθεί το χάσμα υγείας έτσι ώστε να ανυψωθεί το επίπεδο υγείας των ομάδων του πληθυσμού που είναι σε δυσμενέστερη κατάσταση σε σχέση με τις ομάδες οι οποίες βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση. Το κοινωνικό κεφάλαιο πρέπει να στηρίζεται σε αξίες, κοινωνική συνοχή, διαφάνεια στην λήψη αποφάσεων και δίκαιη κοινωνική πολιτική (Wilkinson, 2005, Braum, 2007).

Επίσης, η επένδυση σε υπηρεσίες προαγωγής υγείας και πρόληψης των ασθενειών και στη βελτίωση του αλφαριθμητισμού υγείας και του ψηφιακού αλφαριθμητισμού υγείας, εστιάζοντας σε εκείνους που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη είναι σημαντική. Για να βελτιωθεί ο αλφαριθμητισμός υγείας των ευπαθών ομάδων θα χρειαστούν ευρείς καμπάνιες και εκστρατείες σε μέσα μαζικής επικοινωνίας και μεταφοράς (π.χ. σε λεωφορεία, σε στάσεις, σε φωτεινούς σηματοδότες).

Η συλλογή συγκρίσιμων δεδομένων σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καταγραφή και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία είναι επίσης μία πρόταση. Η ίδρυση ενός Παρατηρητηρίου Ανισοτήτων και Αδικιών στην Υγεία σε εθνικό επίπεδο όπου δείκτες και στρατηγικές ανά περιφέρεια θα δημιουργούνται, θα ήταν εύλογη πολιτική για την άρση των κοινωνικά σημαντικών ασθενειών.

Επιπλέον, προτείνουμε οι εκστρατείες και πολιτικές να επικεντρωθούν στις φτωχότερες πληθυσμιακές ομάδες (στοχευμένη προσέγγιση) έτσι ώστε να μειωθεί το χάσμα υγείας μεταξύ οικονομικά μειονεκτούντων πληθυσμιακών ομάδων και του υπόλοιπου πληθυσμού.

Είναι αναγκαία τέλος η ανάδειξη και αξιοποίηση των δυνατοτήτων που κατέχουν οι ΟΤΑ στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής. Για το σκοπό αυτό, σημαντικό ρόλο θα μπορούσε να παίξει η δικτύωση των ΟΤΑ που έχουν κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα/δείκτες που σχετίζονται με την υγεία και την ευημερία (πχ. ως προς τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, ως προς το ΑΕΠ, τον πληθυσμό σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού).

Η δικτύωση και ανταλλαγή τεχνογνωσίας, προτύπων δράσης και πολιτικών μεταξύ ΟΤΑ είναι σημαντικό εργαλείο για μείωση αδικιών στην υγεία. Η εμπειρία της κοινωνίας των πολιτών δεν πρέπει να αγνοηθεί επίσης. Η δημιουργία δίαυλων επικοινωνίας των ΟΤΑ με φορείς και εθελοντικές οργανώσεις / κινήματα που κινητοποιούνται προς την κατεύθυνση της προστασίας των κοινωνικά ευπαθών ομάδων με σκοπό την ενημέρωση, την πιο εστιασμένη ανάλυση αναγκών και τη διερεύνηση των δυνατοτήτων δράσης θα βοηθούσε σθεναρά την καλύτερη οργάνωση και διαχείριση των εκστρατειών, δράσεων και μέτρων.

City & Region Planning Private Company

30-11-2020

Βιβλιογραφικές πηγές

Braum, F. (2007). Cracking the Nut of Health Equity: Top Down and Bottom Up Pressure for Action on Social Determinants of Health, *Promotion & Education*, 14(2), 90 - 95.

McNamara, C.L., Balaj, M., Thomson, K.H., Eikemo, T.A., Solheim, E.F. & Bambra, C., 2017. The Socioeconomic Distribution of Non-Communicable Diseases in Europe: Findings from the European Social Survey (2014) Special Module on the Social Determinants of Health. *The European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), pp.22-26

WHO Europe (2019) Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

WHO Europe (2019b). Environmental health inequalities in Europe. Second assessment report.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325176/9789289054157-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> and EEA (2018). Unequal exposure and unequal impacts: social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe.
<https://www.eea.europa.eu/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts>

Wilkinson, R.G. (2005). *The Impact of Inequality - How to Make Sick Societies Healthier*, New York, Routledge.