

Interreg

Greece-Bulgaria

EQUAL2HEALTH

European Regional Development Fund



EUROPEAN UNION

Οδηγός Ιατρικού Προσωπικού



Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και εθνικούς πόρους των χωρών που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Συνεργασίας Interreg V-A "Greece-Bulgaria 2014-2020".

Περιεχόμενα

1. Ευάλωτες ομάδες στην Ελλάδα	σελ.4
1.1 Ορισμός ευάλωτων ομάδων σύμφωνα με τον Ν.4430/2016 «Κοινωνική και Αλληλεγγύη Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις»	σελ.4
1.2 Κατάσταση ανασφάλιστων στην ελληνική πραγματικότητα	σελ.7
2. Σχετικά στατιστικά στοιχεία σύμφωνα με την «Κατάσταση της Υγείας στη ΕΕ – Ελλάδα. Προφίλ Υγείας 2019»	σελ.8
3. Μη Μεταδοτικές Ασθένειες (ΜΜΑ)	σελ.21
4. Ρομά: Ιστορικά, Πληθυσμιακά και Κοινωνικά στοιχεία για την κοινότητά τους	σελ.24
4.1 Η κοινότητα Ρομά και το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση	σελ.25
5. επικαιροποιημένες οδηγίες προς το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας σχετικά με τη δράση τους με την Κοινότητα των Ρομά	σελ.26
6. Εμπειρίες – Συμπεράσματα	σελ.28

1. Ευάλωτες ομάδες στην Ελλάδα

1.1 Ορισμός ευάλωτων ομάδων σύμφωνα με τον Ν.4430/2016 «Κοινωνική και Αλληλεγγύη Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις»

Ο Ν. 4430/2016 περί «Κοινωνικής και Αλληλεγγύη Οικονομίας και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 205/31-10-2016), αποσκοπεί στη δημιουργία του νομοθετικού πλαισίου για την Κοινωνική και Αλληλεγγύη Οικονομία, ως μορφή εναλλακτικής οργάνωσης των οικονομικών δραστηριοτήτων και στοχεύει:

- α. Στη διάχυση της Κοινωνικής και Αλληλεγγύη Οικονομίας σε όλους τους δυνατούς τομείς οικονομικής δραστηριότητας.
- β. Στη στήριξη και την ενίσχυση των παραγωγικών επιχειρημάτων αυτοδιαχείρισης και της συλλογικής κοινωνικής επιχειρηματικότητας.

Σύμφωνα με τον παρόντα νόμο ως «ευάλωτες» ορίζονται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από σωματικά και ψυχικά αίτια ή λόγω παραβατικής συμπεριφοράς.

Σε αυτές ανήκουν:

- α) τα άτομα με αναπηρία οποιασδήποτε μορφής (σωματική, ψυχική, νοσητή, αισθητηριακή),
- β) τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης από ουσίες ή τα ανεξαρτημένα άτομα,
- γ) οι ανήλικοι με παραβατική συμπεριφορά, οι φιλιανοσμένοι/ες και αποφυλιανοσμένοι/ες.

Ως «ειδικές» ορίζονται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού οι οποίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας, από οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν:

- α) τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας,
- β) τα θύματα παράνομης διακίνησης και εμπορίας ανθρώπων,
- γ) οι άστεγοι,
- δ) τα άτομα που διαβιούν σε συνθήκες φτώχειας,
- ε) οι οικονομικοί μετανάστες,
- στ) οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο, για όσο εκκρεμεί η εξέταση του αιτήματος χορήγησης ασύλου,
- ζ) οι αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών,
- η) τα άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες,
- θ) οι μακροχρόνια άνεργοι έως είκοσι πέντε ετών και άνω των πενήντα ετών.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναφέρει ότι «η ευπάθεια είναι δυναμική και τα άτομα βρίσκονται σε ευάλωτη κατάσταση όταν εκτίθενται σε πολλαπλές διαδικασίες αποκλεισμού». Ακόμα, ο κίνδυνος που υπάρχει για να βρεθεί οποιοσδήποτε άνθρωπος σε ευάλωτη κατάσταση εξαρτάται από την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ κάποιων παραγόντων, όπως των προσωπικών (έμφυτων ή επίκτητων), των κοινωνικών και των περιβαλλοντικών.

Στη συνέχεια, συνδέει την ευάλωτότητα με 9 ομάδες-στόχους:

- Ηλικιωμένοι άνθρωποι
- Παιδιά και οικογένειες που προέρχονται από μειονεκτικά περιβάλλοντα
- Κάτοικοι αγροτικών/απομονωμένων περιοχών
- Άτομα με σωματική, ψυχική και μολυσματική αναπηρία ή κακή ψυχική υγεία
- Μακροχρόνια άνεργοι
- Οικονομικά ανεργοί
- Οι «φτωχοί εργαζόμενοι»
- Θύματα ενδοοικογενειακής βίας και άσκηση βίας από στενό σύντροφο
- Άτομα με ασταθείς καταστάσεις στέγασης (οι άστεγοι)
- Κρατούμενοι

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τα δικαιώματα αυτών, σύμφωνα με το άρθρο 12 του αναθεωρημένου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4359 ΦΕΚ Α' 5/20.01.2016): «Όλοι οι εργαζόμενοι και τα προστατευόμενα απ' αυτούς μέλη της οικογένειάς τους έχουν δικαίωμα για κοινωνική ασφάλεια» και 13 «Κάθε πρόσωπο που δεν έχει επαρκείς πόρους έχει δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη».

Στη συνέχεια, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), υπάρχουν ορισμένες ομάδες στόχων στην κοινωνία οι οποίες βρίσκονται σε δυσμενείς συνθήκες και διαθέτουν λιγότερους πόρους. Αυτές οι ομάδες, που συχνά ορίζονται ως «ευπαθείς» περιλαμβάνουν:

- Τις γυναίκες και ιδιαίτερα όσες έχουν βιώσει ή βιώνουν κάποιο είδος κακοποίησης,
- Άτομα που ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας (π.χ. κατοίκους πολύ υποβαθμισμένων περιοχών - «φτωχογειτονιές»)
- Άτομα με ψυχοτραυματικές εμπειρίες λόγω συγκρούσεων και πολέμων,
- Τους μετανάστες, ιδιαίτερα τους πρόσφυγες και αυτούς που εκτοπίστηκαν από τις πατρίδες τους,
- Τα παιδιά και οι έφηβοι που μεγαλώνουν χωρίς φροντίδα και
- Τους ατόχθονες πληθυσμούς σε διάφορα μέρη του κόσμου.

1.2 Κατάσταση ανασφάλιστων στην ελληνική πραγματικότητα

Το ελληνικό κράτος ξεκίνησε κάποιες ολοκληρωμένες προσπάθειες που στοχεύουν στην ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους αλλά και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες:

- τον ν. 4368/2016 (άρθρο 33 - Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων),
- τις ερμηνευτικές εγκυκλίους ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 (Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας) και Α3(γ)/Γ.Π.οικ.39364/31.05.2016 (Διευκρινίσεις σχετικά με την διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων και των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων στο δημόσιο σύστημα υγείας).

Η πλέον θεμελιώδης αλληλεγγύη που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο σε σχέση με όλες τις προηγούμενες προσπάθειες είναι:

- η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας.
- Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψη.

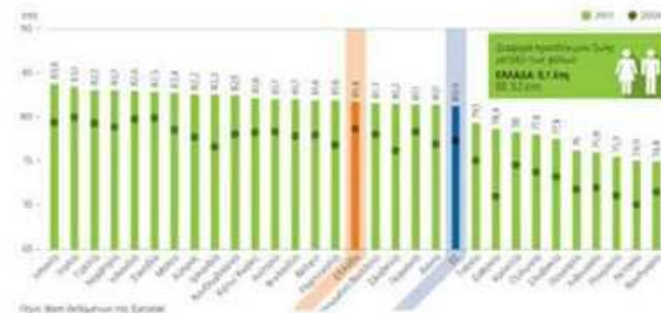
Τα δικαιώματα των ανασφάλιστων είναι με λίγα λόγια:

- Ό,τι ακριβώς δικαιούνται και οι ασφαλισμένοι από τις δημόσιες δομές παροχής υγείας (Ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας δημόσιες δομές υγείας, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κ.λπ.).
- Το σύνολο των ανασφάλιστων πολιτών υπολογίζεται περίπου 2,5 εκ πολίτες και χαρακτηρίζονται όσοι:
 - λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν χάσει την ασφαλιστική τους ικανότητα ακόμα κι αν έχουν χρέη σε ασφαλιστικούς φορείς,
 - διαμένουν νόμιμα στη χώρα
 - δεν έχουν νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής, αλλά χρήζουν άμεσης υγειονομικής περίθαλψης ως μέλη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (π.χ. ανήλικοι, έγκυες, άτομα με αναπηρία, εξαρτημένα άτομα, άστεγοι κ.λπ.).

2. Σχετικά στατιστικά στοιχεία σύμφωνα με την «Κατάσταση της Υγείας στη ΕΕ – Ελλάδα. Προφίλ Υγείας 2019»

Όσον αφορά την υγεία στην Ελλάδα:

- Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα έφτασε τα 81,4 έτη το 2017, μισό έτος περισσότερο από το μέσο όρο της ΕΕ.



- Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί με ελαφρώς ταχύτερους ρυθμούς για τους άνδρες, ενώ παρέμεινε στάσιμο για τις γυναίκες κατά τα τελευταία έτη με διαφορά περίπου πέντε ετών μεταξύ των φύλων παρόμοια με την ΕΕ.

- Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 30 ετών μεταξύ των ατόμων με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν 6 έτη για τους άνδρες και 2,4 έτη για τις γυναίκες, μικρότερο από τους μέσους όρους στην ΕΕ (7,6 και 4,1 για τους άνδρες και τις γυναίκες, αντίστοιχα).



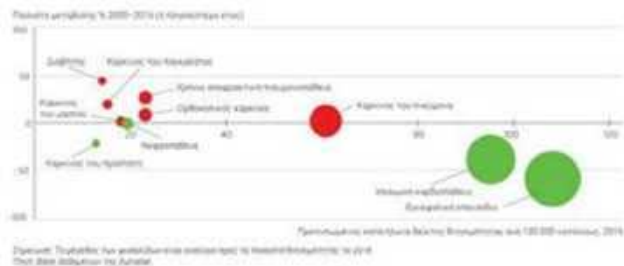
Διαφορά στο προσδόκιμο ζωής κατά την ηλικία των 30 ετών λόγω εκπαιδευτικού κλάσματος

ΕΛΛΑΔΑ 2,4 έτη (ΕΕ21- 4) έτη

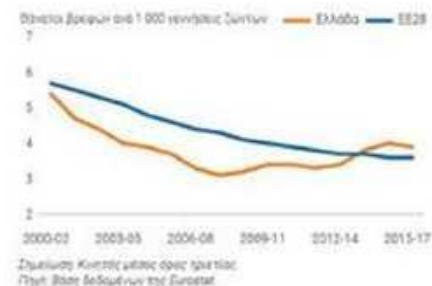
ΕΛΛΑΔΑ 6 έτη (ΕΕ21- 7,6 έτη)

Σημειώσεις: Τα στοιχεία αφορούν το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 30 ετών. Οι υψηλό μορφωτικοί επιπέδου αφορούν το επίπεδο σπουδών εκείνη τη στιγμή (απόλυτο τριτοβάθμιο επίπεδο) με ποσοστό 5-8 της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Οικονομικής Οργάνωσης Οικονομικών (OECD), ενώ οι χαμηλό μορφωτικοί αφορούν άτομα με το επίπεδο σπουδών που είναι αλληλεγγύη ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ποσοστό 90-2 της OECD) (Πηγή: βάση δεδομένων της Eurostat (για στοιχεία αφορούν το 2016))

- Οι κύριες αιτίες θανάτου: εγκεφαλικό επεισόδιο και ισχαιμική καρδιοπάθεια από το 2000 και μετά.
- Ο καρκίνος του πνεύμονα: συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο.
- Αύξηση στη θνησιμότητα από καρκίνο του παγκρέατος και ορθοκολικό καρκίνο από το 2000 και μετά.
- Αυξανόμενο πρόβλημα τις τελευταίες 2 δεκαετίες: θάνατοι από διαβήτη και χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Να αναφερθεί εδώ ότι το ποσοστό είναι μικρότερο από μέσο όρο της ΕΕ. Παρόσο, αυτή η αύξηση μπορεί να αποτελεί ένδειξη αδυναμιών στην περίθαλψη όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις.



- Αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών κατά 30 % — μέσος όρος 4,3 ανά 100 000 κατοίκους από το 2010 (έναντι 3,3 κατά την προηγούμενη δεκαετία) ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ: 10,3 ανά 100 000 κατοίκους το 2016.
- Αύξηση του επιπολασμού των συμπτωμάτων σοβαρής κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό, από 3,3 % το 2008 σε 12,3 % το 2013.
- Σταθερή μείωση της βρεφικής θνησιμότητας: 3,5 (λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ) το 2017.



Όσον αφορά την ευάλωτη ομάδα των προσφύγων στην Ελλάδα:

- Το 2015 οι διερχόμενοι έφτασαν το 1 εκατομμύριο.
- Από το 2016 οι πρόσφυγες έχουν δικαίωμα πρόσβασης στο ίδιο επίπεδο υπηρεσιών με τους Έλληνες πολίτες.
- Οι αιτούντες άσυλο που πάσχουν από συγκεκριμένες παθήσεις, έχουν αναπηρία ή φιλοξενούνται σε μονάδες κοινωνικής πρόνοιας, έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς τους.

- Οι συνθήκες διαβίωσης δυσχεραίνουν την υγεία των ευπαθών αυτών ομάδων.
 - Τα πιο συνθιμισμένα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σε πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελλάδα:
 - Γαστρεντερικές διαταραχές.
 - Αναπνευστικές διαταραχές.
 - Χρόνιες παθήσεις, π.χ. διαβήτης και υπέρταση, επιληπτικές εγκευμοσύνης και τοκετού,
 - σωματικά και ψυχολογικά τραύματα.
 - μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα είναι γαστρεντερικές και αναπνευστικές διαταραχές, χρόνιες παθήσεις όπως διαβήτης και υπέρταση, επιληπτικές εγκευμοσύνης και τοκετού, καθώς και σωματικά και ψυχολογικά τραύματα.
- Στη συνέχεια:
- 1/5 (22%) άτομα στην Ελλάδα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω.

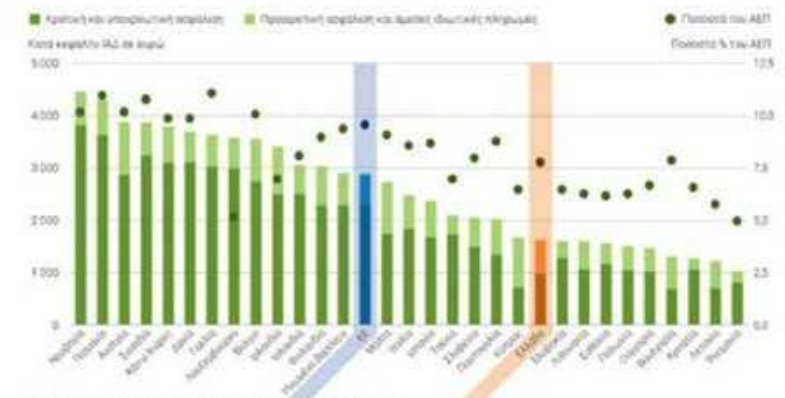


- Το 2017 το προσδόκιο ζωής στην ηλικία των 65 ετών ήταν 20,1 έτη, ελαφρώς υψηλότερο από το σύνολο των χωρών της ΕΕ.
 - Οι Έλληνες αναμένεται να ζήσουν περίπου μόνο το 40% από αυτά τα έτη χωρίς αναπηρία, ενώ στην υπόλοιπη ΕΕ σχεδόν το 50%.
 - Το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι δεν πάσχουν από χρόνια νόσο είναι 47% ενώ της ΕΕ 46%.
- Να αναφερθεί εδώ ότι στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται η καρδιακή προσβολή, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο διαβήτης, η νόσος Πάρκινσον, η νόσος Αλτσχάιμερ και η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή η οστεοαρθρίτιδα).



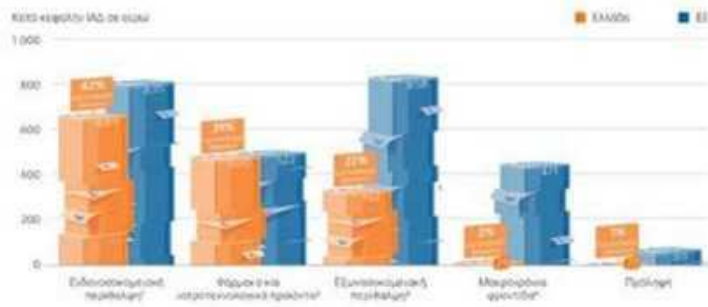
Στη συνέχεια, αναφορικά με το σύστημα υγείας:

- Το 2017 η Ελλάδα διέθεσε 8% του ΑΕΠ στην υγεία.
- 1.623 ΕΥΡΩ ανά άτομο - αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (2.884 ΕΥΡΩ).
- Το 2017 το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών (42%) διατέθηκε για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ ακολουθούν τα φάρμακα (31%) και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (22%).

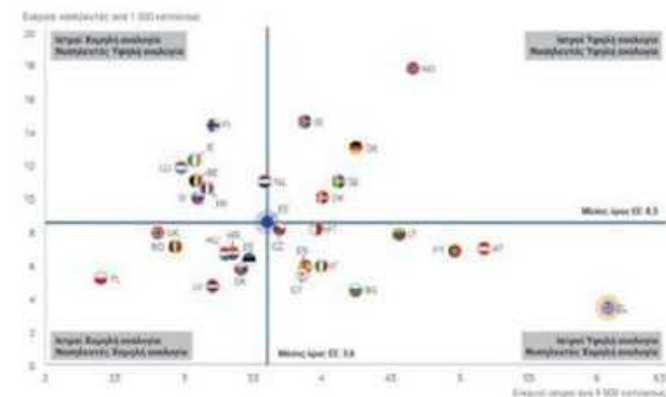


Πηγή: Στοιχεία του 2024 για τον έτος 2023 (προσωπικά αρχικά στοιχεία)

4. Στο κελύφος δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες που καταβάλλονται από τον κλάδο ασφαλιστικής υγείας (Sonderfonds) με τον οποίο διακρίνεται απόλυτα το % του ΑΕΠ στην υγεία της περιθαλψης.



- Η Ελλάδα δαπανά συγκριτικά ελάχιστους πόρους για προληπτική φροντίδα, μόλις 20 ΕΥΡΩ ανά άτομο (έναντι 89 ΕΥΡΩ που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ) ή 1,3 %.
- Στην Ελλάδα μόνο το 61% των δαπανών για την υγειονομική περιβαλψη προέρχεται από δημόσιες πηγές ενώ το 35 % χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά (το 4ο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ).
- Οι άτυπες πληρωμές αναπροσαρμύουν περισσότερο από το 1/4 των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. Αυτό προκαλεί σοβαρές ανισοχίες όσον αφορά την ισότητα και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περιβαλψης.
- Η Ελλάδα προσφέρει πηδόν καθολική κάλυψη υγειονομικής περιβαλψης.
- Οι υπηρεσίες είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένες στις μεγάλες πόλεις, ενώ στις αγροτικές περιοχές παρατηρούνται ελλείψεις τόσο σε επίπεδο εξειδικευμένου προσωπικού όσο και σε επίπεδο εγκαταστάσεων.
- Το 2017 υπήρχαν 4,2 νοσοκομιακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους, λιγότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ (5,0). Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών και ταυτόχρονα τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην ΕΕ.
- Η αναλογία των γενικών ιατρών είναι μόλις 1/16 ιατρούς στην Ελλάδα, έναντι 1/4 κατά μέσο όρο στην ΕΕ.



Όσον αφορά την προσβασιμότητα στην ιατρική περιβαλψη:

- Το 2017 η Ελλάδα είχε το 2ο υψηλότερο επίπεδο αυτοανακερδόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περιβαλψης στην ΕΕ.
- 1/10 νοικοκυριά ανέφερε ότι δεν είχε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας όταν τις χρειαζόταν.
- Μη καλυπτόμενες ανάγκες αναφέρθηκαν από σχεδόν 1/5 νοικοκυριά στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος, αλλά μόλις από το 3% των πηλοσιότερων νοικοκυριών. Αυτό αποτελεί το μεγαλύτερο χάσμα όσον αφορά την εισοδηματική ανισότητα στην Ευρώπη.

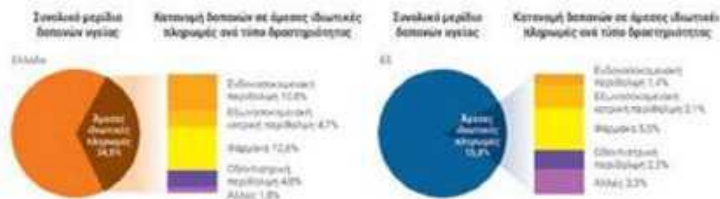


• Οι απαλλαγές από τον επιμερισμό του κόστους για φάρμακα περιλαμβάνουν όσους πάσχουν από απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, άτομα/ οικογένειες με πολύ χαμηλό εισόδημα (κάτω από 2.400 ΕΥΡΩ/3.600 ΕΥΡΩ ανά έτος) και άτομα με χρόνιες παθήσεις των οποίων το εισόδημα είναι χαμηλότερο από 6.000 ΕΥΡΩ ανά έτος).

Το 2017 η Ελλάδα είχε ένα από τα υψηλότερα επίπεδα δαπανών σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό του προϋπολογισμού των νοικοκυριών στην ΕΕ (4,2 % έναντι 2,2 % που ήταν ο μέσος όρος της ΕΕ). Αυτή η σημαντική εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές ως πηγή χρηματοδότησης της υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες ως προς την πρόσβαση.

• Μεταξύ των ατόμων που έχουν άρτια πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών αυξήθηκε από 7% το 2010 σε 10% το 2016, το τέταρτο υψηλότερο στην ΕΕ.

- Σχεδόν το 80% του συνόλου των καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα συγκεντρώνεται στο φτωχότερο 40% των νοικοκυριών.
- Να σημειωθεί ότι τα στοιχεία αυτά είναι προγενέστερα της επέκτασης της κάλυψης που έλαβε χώρα στο τέλος του 2016 και αναδεικνύουν την ανάγκη καθιέρωσης ισχυρών μηχανισμών για την προστασία των ευπαθών ομάδων και των ασθενών με αυξημένες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως σε καιρούς οικονομικής κρίσης.
- Οι άτυπες πληρωμές συνιστούν πρόβλημα στην Ελλάδα: αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/4 του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών και αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για την πρόσβαση, την οικονομική προστασία και την ισότητα.
- Ο κύριος όγκος των άτυπων πληρωμών προέρχεται από:
 - ασθενείς που θέλουν να εξασφαλίσουν καλύτερη ή ταχύτερη φροντίδα
 - απαιτήσεις εκ μέρους των ιατρών και
 - ελλιπή γνώση των σχετικών δικαιωμάτων, ιδίως μεταξύ των φτωχότερων ατόμων και όσων ζουν σε αγροτικές περιοχές.
- Όταν τα πολυάριθμα ασφαλιστικά ταμεία υγείας συνενώθηκαν στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ το 2011:
 - Οι παροχές εξορθολογίστηκαν και τυποποιήθηκαν ώστε να διαθέτει ένα ομοιόμορφο και αρκετά ευρύ φάσμα υπηρεσιών.
 - Η κάλυψη έγινε δικαιότερη.
 - Καταργήθηκαν ή περιορίστηκαν ορισμένες υπηρεσίες που προηγουμένως καλύπτονταν (συμπεριλαμβανομένων ορισμένων με περιορισμένη θεραπευτική αξία).



- Επιβλήθηκαν περιορισμοί στον αριθμό των χρηματοδοτούμενων από τον ΕΟ-ΠΥΥ επισκέψεων ανά Ιατρό.
- Οι περιορισμοί αυτοί μείωσαν τα περιθώρια υπερθεραπείας.
- Παράλληλα είχαν ως αποτέλεσμα ορισμένοι ασθενείς είτε να καθυστερούν την αναζήτηση περίθαλψης είτε να στρέφονται σε ιδιωτικό φορέα.
- Κάποιες υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών μπορεί στην πράξη να μην είναι διαθέσιμες, π.χ. η οδοντιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται σχεδόν εξ ολοκλήρου με άμεσες πληρωμές εκ μέρους των ασθενών.

3. Μη Μεταδοτικές Ασθένειες (ΜΜΑ)¹² Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι μη μεταδοτικές ασθένειες:

- Συνιστούν τη βασική αιτία θνησιμότητας στην ΕΕ.
- Σκοτώνουν 41 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο, το οποίο αντιστοιχεί σε 71% όλων των θανάτων παγκοσμίως.
- 15 εκ. άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους από ΜΜΑ μεταξύ των ηλικιών 30-59 ετών και
- Περίπου 550.000 άτομα σε ηλικία εργασίας σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).
- 85% αυτών των «πρώρων» θανάτων συμβαίνουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα.
- Συνεπάγονται το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.
- Συγκεκριμένα, κοστίζουν στις οικονομίες της ΕΕ 115 δισ. ευρώ ή 0,8% του ΑΕΠ ετησίως.
- Συνεπάγονται σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος.

Επίσης, αποτελούν σημαντικές αιτίες:

- Αναιμίας.
- Κακής κατάστασης υγείας.
- Συνταξιοδότησης για λόγους υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, οι 4 παρακάτω ομάδες ασθενειών αποτελούν τους κύριους τύπους των ΜΜΑ και αντιπροσωπεύουν πάνω από το 80% όλων των πρώτων θανάτων από ΜΜΑ:

- Καρδιοαγγειακές παθήσεις (π.χ. καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικό επεισόδιο), οι οποίες οφείλονται για το μεγαλύτερο ποσοστό σε θανάτους ΜΜΑ με 17,9 εκ. άτομα ετησίως.
- Καρκίνο, ο οποίος αποτελεί την αιτία για το θάνατο 9 εκ. ανθρώπων/έτος.
- Χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άσθμα) με 3.9 εκ. θανάτους ετησίως.
- Διαβήτη, ο οποίος θεωρείται αιτία θανάτου για 1,6 εκ./έτος.

Ακόμα, πιθανή αύξηση κινδύνου θανάτου λόγω ΜΜΑ μπορεί να προκληθεί από:

- Τη χρήση καπνού (Ελλάδα: 22% και ΕΕ: 17%).
- Την ανθυγιεινή διατροφή/ Διατροφικοί κίνδυνοι (Ελλάδα: 19% και ΕΕ: 18%).
- Την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ (Ελλάδα: 4% και ΕΕ:6%).
- Τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα (Ελλάδα: 3% και ΕΕ: 3%).

- Το 42% όλων των θανάτων στην Ελλάδα μπορούν να αποδοθούν στους παραπάνω συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (έναντι 39 % στην ΕΕ).
- Το 1/5 του συνόλου των θανάτων το 2017 οφείλονται στο κάπνισμα (ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος).
- Οι διατροφικοί κίνδυνοι (μεταξύ άλλων, η χαμηλή πρόσληψη προϊόντων αληθινής άγλης, φρούτων και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση αλατιού) σε συνδυασμό με τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα ευθύνονται για περίπου 21 % των θανάτων.
- Το 4 % αποδίδεται στην κατανάλωση αλκοόλ.

Σχήμα 6. Η κατανάλωση καπνού και οι διατροφικοί κίνδυνοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνητότητας



Σημείωση: Ο συνολικός αριθμός θανάτων που οφείλονται σε αυτούς τους παραπάνω κινδύνους (σε συνδυασμό) είναι μεγαλύτερος από το άθροισμα των θανάτων από κάθε επιμέρους παράγοντα σε μεμονωμένη βάση, επειδή ο ίδιος θάνατος μπορεί να αποδοθεί σε περισσότερους έναντι παραπάνω κινδύνους. Στους Διατροφικούς κινδύνους περιλαμβάνονται 12 συντημωτές. Όπως ο υψηλός κατανάλωση γαλακτοκομικών και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση ζαχαρούχων τροφών. Πηγή: Ευρωπαϊκά Μετρήματα για Αξιολόγηση Υγείας (EHMS) (2018), Ανταλλαγή Δεδομένων για την Υγεία (Global Health Data Exchange) (in preparation) (2017)

4. Ρομά: Ιστορικά, Πληθυσμιακά και Κοινωνικά στοιχεία για την κοινότητά τους.

Ακολουθούν κάποια πληθυσμιακά και κοινωνικά στοιχεία για την κοινότητα των Ρομά:

- Οι Ρομά αποτελούν τη μεγαλύτερη εθνοτική και ταυτόχρονα την πιο ευάλωτη μειονότητα στην Ευρώπη.
- Δε διαθέτουν «ιστορική πατρίδα», παρ' όλη αυτά ο πληθυσμός τους εκτιμάται μεταξύ 10-12 εκατομμυρίων ατόμων, εκ των οποίων το συντριπτικό ποσοστό του 70% είναι κάτοικοι της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης όπως και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης.
- Υπολογίζεται ότι απαρτίζουν το 6-11% των πληθυσμών της Βουλγαρίας, της Ρουμανίας, της Σλοβακίας και της Βόρειας Μακεδονίας.
- Σύμφωνα με διάφορες ιστορικές καταγραφές, ακόμα κι αν οι ρίζες τους αποτελούν αμφιλεγόμενο ζήτημα, οι Ρομά μετανάστευσαν σε κύματα από τη βόρεια Ινδία στην Ευρώπη μεταξύ του 9ου και του 14ου αιώνα.
- Οι Ρομά είναι γνωστοί για τα ιδιαίτερα και ιδιόμορφα πολιτισμικά στοιχεία τους και χωρίζονται σε πολλές υποομάδες, οι οποίες διαφέρουν λόγω των γλωσσικών, ιστορικών και επαγγελματικών τους χαρακτηριστικών.

4.1 Η κοινότητα Ρομά και τα συστήματα υγείας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές προσπάθειες από διάφορους φορείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για παράδειγμα μέσω της δημιουργίας ισχυρού νομικού πλαισίου που στοχεύει στην καταπολέμηση των διακρίσεων και μέσω σχετικής νομοθεσίας για τη φυλετική ισότητα, οι οποίες υποχρεώνουν τα κράτη μέλη της ΕΕ να παρέχουν στις εθνοτικές μειονότητες, για παράδειγμα στους Ρομά, ίση πρόσβαση στους τομείς της υγείας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης και της στέγασης. Ακόμα, συνεχίζεται η θέσπιση ευρωπαϊκών πλαισίων, πολιτικών και στρατηγικών που είναι αποκηλυστικά προσαρμοσμένες στη βελτίωση ζωής των Ρομά, στην ενσωμάτωσή τους, στη συγκέντρωση πόρων που θα διανεμηθούν σε δράσεις γι' αυτούς κ.λπ.

Πόσο, η ανισότητα που υπάρχει στην πρόσβαση στην δημόσια υγεία συνεχίζει να είναι έντονη ενώ η κατάσταση της υγείας τους αποδεικνύεται σε γενικό πλαίσιο επιβαρυνμένη σε σοβαρό βαθμό. Επιπρόσθετα, η ανάγκη για επιβίωση τους αναγκάζει να αφήνουν πολλές φορές στην τύχη τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται, χωρίς να δίνουν βάση στην απαραίτητη πρόληψη, τους εμβολιασμούς κ.λπ. Σοβαρό εμπόδιο, επίσης, αποτελεί η έλλειψη παιδείας και αγωγή υγείας, ο αναλφabetισμός, που δυσκολεύει τη συνεννόηση με το προσωπικό ή την κατανόηση των γραπτών ενημερώσεων από αυτούς.

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι οι Ρομά αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο την υγεία τους συγκριτικά με τον τρόπο που τείνουν να κάνουν οι υπόλοιποι άνθρωποι. Σχεδόν καθοριστικό ρόλο παίζει η άποψη της οικογένειας τους, παρόλο που σαν μειονοτική κοινότητα έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει υψηλότερος επιπολασμός μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών εντός της κοινότητας και σημαντικά μικρότερο προσδόκιμο ζωής από τους εθνικούς μέσους όρους. Ακόμα, έρευνες έχουν δείξει ότι οι κάτοικοι των κοινοτήτων Ρομά κατέχουν την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης των κύριων χρόνιων ασθενειών συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό και συνεχίζουν να υποφέρουν από περιορισμένη πρόσβαση και ρατσιστική αντιμετώπιση σε όσους είναι «σε ηλιονεκτική θέση» στην υγειονομική περίθαλψη.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ανεπαρκής κάλυψη εμβολιασμού στα παιδιά Ρομά που κατοικούν στην Ελλάδα με αισθητή διαφορά συγκριτικά με τον παιδικό πληθυσμό των μη-μειονοτήτων. Αυτή συνδέεται με τις χαμηλότερες συνθήκες διαβίωσης, το φτώχο, καθώς και στα κορίτσια η εμβολιαστική κάλυψη είναι ακόμα χαμηλότερη, τη σχολική συμμετοχή, καθώς τα παιδιά που πηγαίνουν έχουν υψηλότερο ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης κ.α. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι όταν ο εμβολιασμός παρέχεται από ιατροφαρμακευτικά κέντρα κοντά στον τόπο διαμονής τους, περισσότεροι γονείς δείχνουν ενδιαφέρον σ' αυτό, παρόλο που λόγω της οικονομικής κρίσης υπήρχε ανεπαρκής προμήθεια εμβολίων και προσωπικού.

5. επικαιροποιημένες οδηγίες προς το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας σχετικά με τη δράση τους με την Κοινότητα των Ρομά.

Οι οδηγίες δράσης για την προσέγγιση των Ρομά από τους επαγγελματίες υγείας είναι εξαιρετικής σημασίας καθώς πολλές από τις δυσκολίες που προκύπτουν στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας ή στα γραφεία επαγγελματιών, προκύπτουν από την έλλειψη ενημερότητας αναφορικά με τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες τους εκ μέρους:

- Του προσωπικού υπηρεσιών υγείας,
- Του διοικητικού προσωπικού
- Των υπαλλήλων ασφαλείας.

Σκοπός του οδηγού είναι να γνωστοποιηθούν ορισμένοι πολιτισμικοί κώδικες έτσι ώστε να ερμηνεύονται με σωστό τρόπο, για να αποφεύγονται αντι-παράθεσις.

Ακόμα, ως μην ξεχνάμε ότι κάποια ζητήματα που ανακύπτουν, αφορούν:

- Στην έλλειψη ουσιαστικής ικανότητας και δεξιοτήτων για την ενημέρωση των Ρομά σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.
- Στον τρόπο που οι Ρομά επικοινωνούν με τους επαγγελματίες υγείας.
- Στην παραπληροφόρηση και στην εικόνα που σχηματίζουν, η οποία βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στις εμπειρίες άλλων Ρομά.
- Στην έλλειψη συμβούλων και ενημέρωσης για το σύστημα υγείας από τους επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας κατά την πρώτη επαφή που έχουν οι Ρομά με το σύστημα υγείας, καθώς αποτελεί την εκκίνηση της διαδικασίας «εκπαίδευσης» σχετικά με τη φρονίδα για την υγεία τους.
- Στην έλλειψη γνώσης που έχουν σχετικά με τα Κέντρα Εξειδικευμένης Φρονίδας.

Συνεπώς, προτείνονται ορισμένες δράσεις για το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας που στοχεύουν στην αποτελεσματική και ομαλή επικοινωνία και συνεργασία μαζί τους, όπως:

- Ενημέρωση σχετικά με τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά της κοινότητας των Ρομά, ιδιαίτερα όσα έχουν καίρια σημασία για την υγεία, αρνητική επίδραση και είναι χρήσιμα για τη βελτίωση αυτής.
- Εκπαίδευση και ανάπτυξη ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τις υπηρεσίες τους σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού.
- Αποφυγή γενικεύσεων και απόδοσης μομφής και καταπολέμηση προκαταλήψεων και στερεοτύπων για συμπεριφορές που διέπραξαν άτομα κάποιας ομάδας ή οικογένειας Ρομά.
- Αποδοχή της διαφορετικότητας και της ετερογένειας που διαμορφώνεται με βάση της οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, τα ήθη και έθιμα κ.λπ.
- Ειδική εκπαίδευση του προσωπικού υγείας προσαρμοσμένη στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την επίλυση των συγκρουσιακών καταστάσεων.
- Αξιοποίηση των δεξιοτήτων συζήτησης παράλληλα με την επιδίωξη ομοφωνίας.
- Χρήση τεχνικών συνέντευξης που επικεντρώνονται στον ασθενή.
- Χρήση απλού, ξεκάθολου και καθημερινού λεξιλογίου.
- Επεξήγηση τεχνικών όρων.
- Δώστε προσοχή στις χειρονομίες και τη γλώσσα του σώματος του ασθενή με σκοπό τη συλλογή πολύτιμων πληροφοριών σχετικά με τη συναισθηματική του κατάσταση.
- Προτιμήστε την προφορική επικοινωνία παρά τη γραπτή, καθώς συνήθως δεν έχουν την ίδια αξία για τους Ρομά.
- Επανάληψη της διάγνωσης, της θεραπείας και την απαραίτητη διαδικασία σχετικά με τον κανονισμό των ραντεβού μέχρι να βεβαιωθείτε πως γίνεται αντιληπτός/ή.
- Χρήση λέξεων που ανήκουν στο δικό τους λεξιλόγιο με σκοπό τη γεφύρωση του επικοινωνιακού κενού.
- Διαχωρισμός της ταυτότητας έννοιας που έχουν με τις λέξεις «γιατρός-θάνατος/ασθένεια».
- Επεξήγηση των πλεονεκτημάτων και ωφελειών που έχει η πρόληψη και η φρονίδα της υγείας του καθενός μέσω των δραστηριοτήτων αγωγής υγείας.
- Αποσφρόνιση των υπηρεσιών υγείας, για παράδειγμα με τη βοήθεια διαμεσοδημάτων, καθώς συνήθως γίνεται ή υπερβολική ή ανεπαρκής χρήση.
- Ενημέρωση σχετικά με την πρόσβαση και τη λειτουργία των ποικίλων εξειδικευμένων κέντρων.
- Δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του επαγγελματία και του ασθενή. Έκφραση εμπάθειας, προσεκτική παρακολούθηση των συζητήσεων, αμφίπλευρη επικοινωνία κ.λπ. Ευελιξία και προσαρμογή της συμπεριφοράς του επαγγελματία υγείας ανάλογα με τον άνθρωπο που έχει απέναντί του, τις ανάγκες και τις δυνατότητές του.
- Διατήρησιμότητα στις αλλαγές που ζητάει από τον/την ασθενή που είναι σχετικές με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες του/της.
- Ιδιαίτερη σκέψη σχετικά με τις θετικές και αρνητικές συνέπειες της ιατρικής συνταγής.
- Παρακολούθηση των ασθενών από κοντά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

6. Εμπειρίες – Συμπεράσματα

Αναμφίβολα, η υλοποίηση έργων που στοχεύουν στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ευάλωτες και μειονεκτούσες ομάδες που βρίσκονται σε ευπαθείς καταστάσεις, συμβάλλουν γενικότερα: α) στην καλύτερη πρόσβαση στην υγεία, β) στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών περιθαλψης και ταυτόχρονα γ) επιτυγχάνονται σημαντικά θετικά βήματα προάγοντας την πρόληψη, ενδυναμώνοντας το περιβάλλον υποστήριξης για έναν υγιεινό τρόπο ζωής, ενθαρρύνοντας την καινοτομία στην υγεία.

Από τη σκοπιά του ιατρικού προσωπικού, τα βασικά πορίσματα που προκύπτουν από την υλοποίηση του προγράμματος έχουν να κάνουν με τα παρακάτω:

- Το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό που απασχολούνται σε προγράμματα αυτής της φύσης, σε γενικές γραμμές δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι και ευχαριστημένοι τόσο από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και από την προσέλευση – ανταπόκριση που έχουν αυτά τα προγράμματα στους ωφεληόμενους.
- Υποστηρίζουν ότι η συνεργασία μαζί με την πληθυσμιακή αυτή ομάδα είναι θετική καθώς φέρονται με ευγένεια και δε δημιουργούν προβλήματα με τη συμπεριφορά τους.

- Η ασυνέπεια και η ακύρωση των ιατρικών επισκέψεων αποτελεί συχνό φαινόμενο.
- Υπάρχει άγνοια και μη διάθεση ενημέρωσης για θέματα περιθαλψης και αντιμετώπισης της προληπτικής ιατρικής. Η ένδειξη ενδιαφέροντος για την υγεία τους δεν είναι αξιόλογη, ακόμα και έπειτα από την προτροπή γιατρού.
- Η προσέλευσή τους σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι χαμηλή και ακόμα χαμηλότερη στις μετα-παρακολουθήσεις, ειδικά αναλογικά με το συνολικό τους πληθυσμό.
- Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό που επισκέπτονται οι Ρομά, υπάρχει μια τάση προτίμησης και εμπιστοσύνης σε αυτούς που ήδη γνωρίζουν και έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν, ανεξάρτητα από το αν υπάρχει αντίστοιχη ιατρική δομή πλησιέστερη στο μέρος που κατοικούν που παρέχει δωρεάν υπηρεσίες.
- Ακόμα κι αν το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό πρωτοβάθμιας φροντίδας επισκέπτεται τον καταυλισμό για την καλύτερη εξυπηρέτηση των Ρομά, η προσέλευσή τους φαίνεται να εξακολουθεί να είναι μειωμένη.
- Οι μεγαλύτερες ηλικίες δεν εκδηλώνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την υγεία τους και πολλοί από αυτούς δεν επισκέπτονται ποτέ γιατρούς.
- Οι γυναίκες Ρομά δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την υγεία τους απ' ότι οι άντρες. Παρ' όλα αυτά, για να επισκεφτεί μια γυναίκα Ρομά ένα γιατρό, θα χρειαστεί τη συνοδεία 4-5 ακόμα ατόμων.
- Η συμμετοχή τους σε πολιτισμικά δρώμενα και γενικότερα τα ήθη και τα έθιμά τους, παρ' όλες φορές θέτονται ως προτεραιότητα εις βάρος της υγείας τους.
- Η επικοινωνία με τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα είναι δύσκολη λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως η μη κατοχή προσωπικού τηλεφώνου (περίπου 1 τηλέφωνο/10 άτομα) και η ελλιπής γνώση της ελληνικής γλώσσας από πλευράς τους (κατανόηση, γραφή και ανάγνωση).
- Λίγα άτομα θα εκτιμήσουν ή θα εκφράσουν την ευγνωμοσύνη τους για τα προγράμματα πρωτοβάθμιας περιθαλψης, ακόμα κι αν πραγματοποιούνται μόνο για τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Αυτό πιθανό να γίνεται επειδή οι ανάγκες τους καλύπτονταν κι από άλλες υπηρεσίες όπως υφιστάμενα ΚΥ, Νοσοκομεία κ.λπ.
- Τέλος, το πόρισμα που προκύπτει μετά την ολοκλήρωση τέτοιων προγραμμάτων είναι ότι υπάρχει άριστη συνεργασία μεταξύ των ωφεληόμενων, των διαμεσολαβητών και του ιατρικού/διοικητικού προσωπικού αλλά η δυσκολία στην επικοινωνία και η έλλειψη ενδιαφέροντος από πλευράς τους αποτελούν σοβαρά εμπόδια.

Προτάσεις

- Η εξατομικευμένη προσέγγιση και η γνώση χειρισμού της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας είναι πάντα αποτελεσματική.
- Για να υπάρχει υπευθυνότητα στον τομέα της υγείας των Ρομά, είναι απαραίτητο να κατανοήσουν πρώτα οι ίδιοι ότι είναι για το συμφέρον τους και να αποτελέσει κομμάτι της καθημερινότητάς τους, αλλιώς θα παραγκωνιστεί.
- Ως πληθυσμιακή ομάδα, οι Ρομά χαρακτηρίζονται από αργή βελτίωση στους περισσότερους τομείς, και συχνά αποφεύγουν στιδήποτε τους ταλαιπωρεί. Χρειάζονται πολύ χρόνο για να αφομοιώσουν μια αλλαγή ή στάθμη κοινούριο. Γι' αυτό το λόγο, χρειάζονται αμεσότητα, τακτική ώθηση και ένδειξη ενδιαφέροντος από τρίτους.
- Ο ρόλος των διαμεσολαβητών είναι πολύτιμος για την καλύτερη κατανόηση και επικοινωνία μαζί με τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.
- Απαραίτητη η προσθήκη κι άλλων μεθόδων επικοινωνίας για την μεγαλύτερη επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων.

Interreg

Greece-Bulgaria

EQUAL2HEALTH



European Regional Development Fund

Η δράση γίνεται στο πλαίσιο του έργου με τίτλο «Μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τις κοινωνικά σημαντικές ασθένειες στις υποβαθμισμένες/μειονεκτικές κοινότητες στην διασυνοριακή περιοχή» (Reducing access inequalities in primary healthcare for socially significant diseases at CB Area's deprived communities)» και ακρώνυμο «equal2health» που συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Συνεργασίας CP INTERREG V-A «Ελλάδα-Βουλγαρία 2014-2020» με δικαιούχους από Ελλάδα και Βουλγαρία:



NATIONAL HEALTH INSURANCE
FUND - REGION SMOLYAN



MUNICIPAL HOSPITAL
OF DEVIN



DIAGNOSTIC AND CONSULTING
CENTER "ALEKSANDROVSKA"

Το περιεχόμενο αυτής της έκδοσης αποτελεί αποκλειστική ευθύνη της Διαδημοτικής Επιχείρησης Δυτικής Υπαιθρου «Νεφέλη» και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι εκφράζουν τις απόψεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, των συμμετεχόντων κρατών, της Διαχειριστικής Αρχής και της Κοινής Γραμματείας.

Οι απόψεις που εκφράζονται σε αυτήν την έκδοση δεν αντικατοπτρίζουν απαραίτητα τις απόψεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των συμμετεχουσών χωρών και της Διαχειριστικής Αρχής.



Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και εθνικούς πόρους των χωρών που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Συνεργασίας Interreg V-A "Greece-Bulgaria 2014-2020".