

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΘΕΩΡΗΣΗ**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ: *Τσαπικούνης Νικόλαος, Τριγύρη Μαρία, Χαϊνά Σοφία*

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: *Κος Ηγουμενίδης Μιχάλης*

ΤΡΙΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: *Κος Ηγουμενίδης Μιχάλης – Κα Μιχαλοπούλου Αντιγόνη – Κα Μιχαλοπούλου Έλενα*

ΠΑΤΡΑ 2021

Copyright © Ονοματεπώνυμο συγγραφέα, 2021

Με επιφύλαξη κάθε δικαιώματος. Allrightsreserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον/τη συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον/τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Αποκατάστασης και Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με την ανθρωπιστική κρίση και ειδικότερα στο κλάδο της νοσηλευτικής, ο οποίος αποτελεί ένα μεγάλης κλίμακας κλάδο. Αντικείμενο της εργασίας είναι η μελέτη των επιδράσεων καθώς και των επιπτώσεων των ανθρωπιστικών κρίσεων στο τομέα της υγείας. Στόχος της εργασίας είναι να ερευνηθεί το θεωρητικό υπόβαθρο του θέματος, να αναλύσει τη δομή των συστημάτων υγείας και να δώσει συγκριτικά στοιχεία που θα χρησιμοποιηθούν για τις ανάγκες της πρωτογενούς έρευνας. Με τη βοήθεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης μελετώνται οι έννοιες των ανθρωπιστικών κρίσεων και της επίδρασης αυτών στον τομέα της υγείας. Επίσης, θα δούμε τη δομή συστημάτων υγείας που αναπτύσσονται στις χώρες, τη σχέση τους με την κρίση καθώς και την επίδραση στη υγεία των πληθυσμών.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αφορά τα συστήματα υγείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και ειδικότερα, εστιασμένα στην Ελλάδα. Αν και η μελέτη περίπτωσης είναι μικρού εύρους λόγω και της μικρής έκτασης της παρούσας εργασίας, θα επιδιωχθεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα των πληροφοριών, με σκοπό την αντικειμενική διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Βέβαια, στο σημείο αυτό, πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η παρούσα έρευνα ακολουθεί πλήθος ερευνών και μπορεί να αποτελέσει ένα υπόδειγμα - πλαίσιο εξαγωγής γενικευμένων συμπερασμάτων. Άλλωστε, οι εξελίξεις, όσον αφορά την ανθρωπιστική κρίση, είναι διαρκείς και καθημερινά παρουσιάζεται σωρεία προβληματισμών ως προς την επίδραση στο κλάδο της υγείας της εκάστοτε χώρας αλλά και, της εικόνας αυτής, γενικότερα. Παρόλο τις εξελίξεις, φιλοδοξείται και προσδοκάται, παράλληλα, οι αναγνώστες να αποκτήσουν γνώσεις αλλά και να συλλέξουν πληροφορίες με σκοπό να ενημερωθούν στην καθημερινότητά τους για το συνοθύλευμα τέτοιων επιδράσεων και επιδιώξεων. Στο σημείο αυτό, συμβάλλει και η παρούσα έρευνα, στο κατά πόσο δηλαδή μπορεί να προσφέρει τα εχέγγυα για αυτή τους την προοπτική.

Η εργασία θα διεκπεραιωθεί με τα συμπεράσματα που θα καταλήξουν από την συγγραφή της θεωρητικής και ερευνητικής προσέγγισης αυτής καθώς και θα διατυπωθούν ορισμένες ιδέες και προτάσεις που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν ώστε να επιφέρουν ακόμη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην υπάρχουσα δομή των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς.

Λέξεις – Κλειδιά: υγεία, ανθρωπιστική κρίση, Ευρώπη, Ελλάδα, κλάδος νοσηλευτικής

SUMMARY

The present work deals with the humanitarian crisis and in particular in the field of nursing, which is a large-scale branch. The object of the work is the study of the effects as well as the effects of the humanitarian crises in the field of health. The aim of the work is to research the theoretical background of the subject, to analyze the structure of health systems and to provide comparative data that will be used for the needs of primary research. With the help of the literature review, the concepts of humanitarian crises and their impact on the health sector are studied. We will also look at the structure of health systems developing in countries, their relationship to the crisis and the impact on the health of populations.

The research part of the work concerns health systems at European level and in particular, focused on Greece. Although the case study is small due to the small size of the present work, the reliability and validity of the information will be sought, in order to draw objective conclusions.

Of course, at this point, we must emphasize that the present research follows a number of studies and can be a model - a framework for drawing general conclusions. After all, the developments regarding the humanitarian crisis are continuous and every day there are a lot of concerns regarding the impact on the health sector of each country and of this image in general. Despite the developments, it is aspired and expected, at the same time, for the readers to acquire knowledge but also to collect information in order to be informed in their daily life about the combination of such influences and aspirations. At this point, the present research also contributes, to the extent that it can offer the guarantees for this perspective.

The work will be conducted with the conclusions that will come from the writing of this theoretical and research approach as well as some ideas and proposals that could be adopted to bring even greater effectiveness to the existing structure of health systems in Greece and internationally.

Keywords: health, humanitarian crisis, Europe, Greece, nursing industry

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΡΙΣΕΩΣ	12
1.2.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΡΙΣΕΩΝ	13
1.3 ΣΧΕΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	16
1.4 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
1.5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	23
2.1 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ	24
2.2 ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	27
2.2.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	29
2.3 ΣΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	32
2.3.1 ΕΠΙΤΡΟΠΗ High Quality Health Systems in the SDG Era (HQSS)	33
2.3.2 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	41
3.1 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	41
3.1.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΚΡΙΣΗ	42
3.1.2 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	48
3.2 ΔΟΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	48
3.2.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	49
3.2.2 ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	53
4.1 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	53
4.2 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	56
4.2.1 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	56
4.2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	57
4.3 ΑΙΤΙΑ ΚΡΙΣΕΩΝ	61
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	66

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ 70

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζουμε στο Κο Ηγουμενίδη Μιχάλη για την ανιδιοτελή προσφορά του, για τον σημαντικόχρόνο που μας αφιέρωσε και τις πολύτιμες πληροφορίες που μας μετέδωσε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής γιατί χωρίς την βοήθεια του δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση αυτής.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που συνέβαλλαν στη διπλωματική αυτή που ο καθένας με την ξεχωριστή ιδιότητά του και με τον δικό του τρόπο έβαλε τη δική του πινελιά για την περάτωση αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι βασική παραδοχή ότι βιώνουμε τη βαθύτερη και μακροβιότερη κρίση των μεταπολεμικών χρόνων, η οποία συνοδεύεται από ποικίλες συνέπειες σε οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό, εργασιακό, πολιτισμικό και περιβαλλοντικό επίπεδο. Κάθε χώρα βίωσε ή και εξακολουθεί να βιώνει κρίση με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετική έκταση και ένταση, ωστόσο όλες οι κρίσεις που έχουν ξεσπάσει κατά καιρούς χαρακτηρίζονται συνήθως από υψηλό αίσθημα αβεβαιότητας, κινδύνου και ανασφάλειας, ραγδαίες μεταβολές των συνθηκών της αγοράς και διαταραχές του ρυθμού και της συνήθους λειτουργίας της κοινωνίας.

Η οικονομική κρίση άλλαξε δυσμενώς τις συνθήκες που επικρατούν στην ελληνική αγορά με τις επιχειρήσεις να μειώνουν τα κόστη εργασίας και λειτουργίας, αναδιαρθρώνοντας τις δραστηριότητές τους για να καταφέρουν να επιβιώσουν σε όλη αυτή την κατάσταση. Επιτακτική, λοιπόν, είναι η ανάγκη επιβίωσής τους .

Στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών, διεκπεραιώθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ». Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται λοιπόν την αποσαφήνιση του όρου της ανθρωπιστικής κρίσης, ερμηνεύοντάς την μέσα από την επίδρασή της στο κλάδο της νοσηλευτικής και συγκεκριμένα στην υγεία του πληθυσμού.

Πιο αναλυτικά, επιχειρεί να δώσει μια εικόνα του τρόπου με τον οποίο η ανθρωπιστική κρίση επηρέασε την υγεία του πληθυσμού γενικότερα αλλά και στην Ελλάδα ειδικότερα, καθώς και τα αποτελέσματα που προκλήθηκαν στον ελληνικό πληθυσμό από αυτήν την επίδραση. Επίσης, επιτυγχάνεται μια ιστορική αναδρομή της κατάστασης των παραγωγικών τομέων της χώρας πριν και μετά την όποια οικονομική ή ιατρική κρίση διανύουμε αυτή τη περίοδο. Η μελέτη θα κινηθεί σε ένα ευρύ πεδίο όπου οι ενέργειες καταγραφής των ερευνών και των στοιχείων σε θεωρητικό επίπεδο, θα διασταυρωθούν με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων που παρουσιάζονται μέσα από αυτά τα στατιστικά δεδομένα που θα αναλυθούν.

Η εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο είναι κυρίως εισαγωγικό και περιλαμβάνει τις εισαγωγικές πληροφορίες αναφορικά με την έννοια του συστήματος υγείας αλλά και τον ορισμό της κρίσης καθώς και τη κατηγοριοποίηση αυτής. Το δεύτερο

κεφάλαιο αποσκοπεί στην καταγραφή των επιπτώσεων της ανθρωπιστικής κρίσης στο τομέα της υγείας αποκλειστικά. Στο κεφάλαιο αυτό, αναφέρονται οι ορισμοί καθώς και τα βασικά χαρακτηριστικά – επιδράσεις της κρίσης σε ψυχική και σωματική υγεία, ενώ καταλήγει με την επίδραση που έχει δεχθεί μετά την κρίση η κοινωνία αλλά και η ποιότητα ζωής αυτής. Στο τρίτο κεφάλαιο, μελετάται η ανθρωπιστική κρίση στην Ελλάδα από τη σκοπιά του ελληνικού συστήματος υγείας, δίνοντας βάση στα χαρακτηριστικά του τομέα πριν και μετά την κρίση. Με το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, εξετάζεται και η πορεία της ανθρωπιστικής κρίσης στην Ευρώπη με στατιστικά δεδομένα.

Τα συμπεράσματα αποτελούν το καταληκτικό μέρος της εργασίας, με σκοπό την παρουσίαση των όσων μελετήθηκαν κατά τη διάρκεια της διεκπεραίωσης της εργασίας καθώς παρουσιάζονται επίσης και μελλοντικές προοπτικές - προτάσεις για ανάκαμψη της χώρας από την κρίση που την διέπει. Τονίζονται, ιδιαίτερα, τα σημεία που πρέπει να μας μείνουν αναλλοίωτα από την ανάγνωση και εκπόνηση της εν λόγω εργασίας. Η βιβλιογραφία με το παράρτημα θα ολοκληρώσουν την παρούσα πτυχιακή εργασία.

Εκτιμάται ότι αφενός θα επιβεβαιώσουμε προηγούμενες επιστημονικές προσπάθειες μελέτης του εκάστοτε αντικειμένου, αφετέρου θα εκφραστούν χρήσιμα και ασφαλή συμπεράσματα για το μέλλον της ανθρωπιστικής κρίσης στο τομέα της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας είναι το θεμέλιο για την επίτευξη και τη διασφάλιση της υγείας για όλους, ο 3ος βιώσιμος στόχος ανάπτυξης. Προσαρμοσμένα και ισορροπημένα για να καλύψουν τις ανάγκες διαφόρων πληθυσμών, στοχεύουν στη (Θεοδώρου κ.ά., 2001):

- προώθηση και βελτίωση της υγείας για άτομα και ομάδες,
- αποτροπή των κινδύνων για την υγεία,
- προστασία των ανθρώπων από οικονομικές καταστροφές ως συνέπεια της κακής υγείας,
- παροχή δίκαιης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη,
- συμμετοχή των ατόμων σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία τους.

Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα και τους πόρους (στοιχεία) που είναι αφιερωμένοι στη παραγωγή δράσεων για την υγεία. Ο εγγενής στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η προστασία και η βελτίωση της υγείας των ανθρώπων, δηλαδή αφορά την υγεία των ανθρώπων. Εκτός από ασθενείς, οικογένειες και κοινότητες, Υπουργεία Υγείας, πάροχοι υγείας, οργανώσεις υπηρεσιών υγείας, φαρμακευτικά προϊόντα, εταιρείες, φορείς χρηματοδότησης της υγείας, και άλλοι οργανισμοί διαδραματίζουν σημαντικούς ρόλους, όπως η εποπτεία, η παροχή υπηρεσιών υγείας, η χρηματοδότηση και η διαχείριση πόρων (Κακαλέτσης κ.ά., 2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2000) επαναπροσδιόρισε τον κύριο σκοπό στον ορισμό του συστήματος υγείας ως εξής: *«Σύστημα Υγείας είναι όλες οι δραστηριότητες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προώθηση, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας»*. Τα τελευταία χρόνια, ο ορισμός του «σκοπού» επεκτάθηκε περαιτέρω, ώστε να συμπεριλάβει την πρόληψη της οφειλόμενης φτώχειας των νοικοκυριών στην ασθένεια. Τα συστήματα υγείας είναι γνωστά ως ανοιχτά συστήματα επειδή είναι ανοιχτά στην επιρροή από εξωτερικούς παράγοντες όπως η φτώχεια, η εκπαίδευση, οι υποδομές και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον, με πολλά μέρη του συστήματος υγείας να λειτουργούν σε πολλά επίπεδα για να παρέχουν συνοχή σε κοινοτικό ή εθνικό επίπεδο.

Η επιτακτική περίπτωση για καθολική κάλυψη υγείας προέρχεται κυρίως από τις αξίες της δικαιοσύνης και τα ίδια κεφάλαια, στοιχεία που είναι επίσης κρίσιμα στη πορεία προς αυτόν τον στόχο. Εάν η καθολική κάλυψη δεν μπορεί να επιτευχθεί αμέσως, η πρόοδος με δίκαιο τρόπο πρέπει να είναι το κύριο μέλημα. Η φροντίδα υγείας συχνά περιλαμβάνει ανισότητες στην προσβασιμότητα ή την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης συχνά παρέχεται με καθολική κάλυψη υγείας που δεν είναι ακόμη διαθέσιμη σε πολλές χώρες παγκοσμίως.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΡΙΣΕΩΣ

Σήμερα, η λέξη «κρίση» είναι πιθανώς μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες λέξεις στη καθημερινή μας ομιλία. Χρησιμοποιείται για την περιγραφή προσωπικών, δηλ. ιδιωτικών καταστάσεων, αλλά, περισσότερο συχνά, χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση, στην οποία η κοινωνία ως σύνολο ή άτομο βρίσκεται με δυνητικά αρνητικές συνέπειες (Χαραλαμπίδης, 2011). Ωστόσο, παρά τη συχνή χρήση του, ο όρος «κρίση» δεν έχει ένα σαφές ή ομοιόμορφο εννοιολογικό περιεχόμενο. Αντ' αυτού, υπάρχουν πολλές και συχνά αμοιβαία αποκλίνουσες ερμηνείες.

Ετυμολογικά, η λέξη κρίση προέρχεται από την ελληνική γλώσσα. Στην αρχαία Ελλάδα, η λέξη «κρίσις» σήμαινε «εκδίκαση» ή «απόφαση», δηλαδή μια αποφασιστική στιγμή που καθορίζει την περαιτέρω θετική ή αρνητική εξέλιξη ενός πράγματος ή μιας κατάστασης. Η ουσία της κρίσης είναι ότι πρέπει κανείς να αποφασίσει, αλλά όχι ότι η απόφαση έχει ήδη ληφθεί (Μπαμπινιώτης, 2002).

Σήμερα, η «κρίση» σημαίνει κυρίως διακρίσεις ή την ικανότητα διάκρισης, επιλογής, απόφασης αλλά και έξοδος, επίλυση συγκρούσεων, αποσαφήνιση.

Η σύγχρονη έννοια της «κρίσης» προέρχεται από την ιατρική βιβλιογραφία, στην οποία χαρακτηρίζει μια επικίνδυνη κατάσταση της υγείας ενός οργανισμού, από την οποία δεν μπορεί να ανακάμψει χωρίς μόνιμη ζημιά, εξωτερική παρέμβαση ή θεμελιώδη αναδιάρθρωση, καθώς οι αμυντικοί (ανοσολογικοί) μηχανισμοί του οργανισμού δεν είναι αρκετοί για να βγουν από την κρίση (Βλάχος, 2008). Οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν «δανειστεί» αυτό το περιεχόμενο της έννοιας της «κρίσης» για την περιγραφή κρίσεων σε οικονομικά, πολιτικά, κοινωνικά και πολιτιστικά συστήματα.

Αν και δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με τη σημασία της, η «κρίση» είναι ένας αρκετά δημοφιλής και ευρέως χρησιμοποιούμενος όρος. Λέγεται ακόμη ότι η δημοτικότητά της, τη καθιστά πιο δύσκολη για να ορισθεί. Αυτό δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς οι ερευνητές που μελετούν το φαινόμενο των κρίσεων δεν θεωρούν ότι είναι ερευνητές κρίσης. Το πεδίο της κρίσης είναι ακαθώς καθορισμένο, σαν ένα μπερδεμένο σύμπλεγμα επιστημόνων από διάφορους κλάδους (κοινωνιολογία, δημόσια διοίκηση, πολιτικές επιστήμες και διεθνείς σχέσεις, πολιτική και οργανωτική ψυχολογία).

Οι Pault'Hart et al. έδωσαν έναν σύγχρονο ορισμό της κρίσης, περιγράφοντάς την ως ένα «δυσάρεστο γεγονός που αντιπροσωπεύει μια πρόκληση για τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων να ενεργούν υπό συνθήκες αδυναμίας, χρονικού περιορισμού και μη ετοιμότητας». Η κρίση είναι «σοβαρή απειλή για τις βασικές δομές ή τις θεμελιώδεις αξίες και κανόνες ενός κοινωνικού συστήματος, τα οποία, υπό συνθήκες χρονικής πίεσης και αβέβαιων συνθηκών, απαιτεί τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων» (2017). Αυτός ο ορισμός έχει δύο σημαντικά χαρακτηριστικά. Το σημαντικό πλεονέκτημά του έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους τύπους διαταραχών (οικολογικές απειλές, βλάβες συστημάτων πληροφοριών-επικοινωνιών, οικονομικής κρίσης, ενδοκρατικών συγκρούσεων, περιφερειακοί πόλεμοι, εκρήξεις εργοστασίων και φυσικές καταστροφές). Αυτό το χαρακτηριστικό απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση στην κατανόηση των κρίσεων. Δεύτερον, αυτός ο ορισμός κατευθύνει την προσοχή μας στη λήψη αποφάσεων: οι κρίσεις θεωρούνται ως ευκαιρία για λήψη κρίσιμων αποφάσεων.

Αυτή η υποκειμενική κατανόηση της έννοιας της «κρίσης» καθιστά αδύνατο να οριοθετηθεί με ακρίβεια το περιεχόμενό της. Έτσι, η ουσία των πραγμάτων έγκειται στο γεγονός ότι η κρίση δεν είναι μόνο ένα γεγονός καθ'αυτό αλλά ένα γεγονός για εμάς δηλαδή ότι προϋποθέτει μια σχέση αντικειμένου.

1.2.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΡΙΣΕΩΝ

Η κρίση αναφέρεται σε ξαφνικά μη προγραμματισμένα συμβάντα που προκαλούν μεγάλες διαταραχές στον οργανισμό και προκαλούν ένα αίσθημα φόβου και απειλής μεταξύ των ατόμων ή της κοινωνίας.

Ακολουθούν επιγραμματικά οι τύποι κρίσης (Schultz et al., 2011; Pearson & Clair, 1998):

Φυσική κρίση

Οι διαταραχές στο περιβάλλον και τη φύση οδηγούν σε *φυσική κρίση*. Τέτοια γεγονότα είναι γενικά πέρα από τον έλεγχο των ανθρώπων. Οι ανεμοστρόβιλοι, οι σεισμοί, οι τυφώνες, οι κατολισθήσεις, τατσουνάμι, οι πλημμύρες, η ξηρασία έχουν ως αποτέλεσμα φυσικές καταστροφές.

Τεχνολογική κρίση

Η τεχνολογική κρίση προκύπτει ως αποτέλεσμα της αποτυχίας στην τεχνολογία. Τα προβλήματα στα συνολικά συστήματα οδηγούν σε τεχνολογική κρίση. Η καταστροφή ενός μηχανήματος, ενός λογισμικού και ούτω καθεξής προκαλούν *τεχνολογική κρίση*.

Οικονομική κρίση

Η οικονομική κρίση συμβαίνει όταν ένας οργανισμός πλήττεται από την ξαφνική απώλεια μεγάλου χρηματικού ποσού. Οικονομικά ζητήματα όπως η πτώχευση, οι απώλειες εσόδων, ο πληθωρισμός ή η ξαφνική αλλαγή τάσης στην αγορά μπορούν να προκαλέσουν την οικονομική κρίση σε έναν οργανισμό. Η οικονομική κρίση μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε οργανισμό. Αυτός ο τύπος κρίσης είναι πολύ δύσκολος και καταστροφικός για ολόκληρο τον οργανισμό. Οι πελάτες μπορούν να χάσουν την εμπιστοσύνη τους εάν η οικονομική κρίση δεν αντιμετωπιστεί προσεκτικά και γρήγορα.

Αυτοί οι τύποι κρίσης κάνουν την αρνητική φήμη του οργανισμού στην αγορά και η ανικανότητα αντιμετώπισης τέτοιας κρίσης μπορεί να προκαλέσει μόνιμη ζημιά που μπορεί να οδηγήσει στο μόνιμο κλείσιμο μιας επιχείρησης. Η διατήρηση ενός συγκεκριμένου ποσού χρημάτων για τέτοιες καταστάσεις είναι μια λύση. Εκτός από αυτό, η διοίκηση πρέπει να λαμβάνει σημαντικές αποφάσεις όπως αλλαγή επιχείρησης σύμφωνα με τις απαιτήσεις της αγοράς, αναβάθμιση και κινητοποίηση των απαιτούμενων κεφαλαίων κ.λπ.

Ιατρική κρίση

Η κάθε κρίση, ανεξάρτητα από την κατηγορία στην οποία ανήκει, περνά από διάφορες φάσεις, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής της και κάθε φάση επηρεάζει διαφορετικά τον οργανισμό. Οι φάσεις είναι: (α) πριν την κρίση (διαμόρφωσης της κατάστασης ή πρόδρομων συμπτωμάτων), (β) οξεία φάση (εκδήλωσης κορύφωσης της κρίσης), (γ) φάση αντιμετώπισης (επιπτώσεων) και (δ) φάση ανάκαμψης ή διάλυσης (επίλυσης- ομαλοποίησης).

(α) Φάση πριν την κρίση ή στάδιο διαμόρφωσης της κατάστασης ή πρόδρομων συμπτωμάτων.

Είναι το χρονικό διάστημα πριν την εκδήλωση της κρίσης, κατά την διάρκεια του οποίου η επιχείρηση έρχεται αντιμέτωπη με ένα πλήθος συμπτωμάτων, άλλοτε ισχυρά και άλλοτε όχι που προειδοποιούν για την έλευσή της (symptom ή precrisisstage). Οι πράξεις, οι ενέργειες και οι παραλήψεις που ενδεχομένως οδηγούν σε εκδήλωση κρίσης καλούνται πρόδρομα συμπτώματα. Κάθε δραστηριότητα έχει τα δικά της πρόδρομα συμπτώματα. «Κάθε στιγμή που δεν υπάρχει κρίση, διανύεται σαν μία κατάσταση πρόκρισης». Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής είναι σημαντικό να αντιληφθεί η επιχείρηση τα πρόδρομα συμπτώματα, ώστε να πράξει εγκαίρως για να εμποδίσει την εμφάνιση της κρίσιμης κατάστασης.

(β) Οξεία φάση ή στάδιο εκδήλωσης- κορυφωσης της κρίσης.

Εφόσον η επιχείρηση δεν έχει αντιληφθεί, δεν έχει προβλέψει, ή δεν έχει εμποδίσει την κρίση, τότε αυτή αναπόφευκτα θα ανακύψει. Πρόκειται ουσιαστικά για την περίοδο όπου η κρίση όχι μόνο εκδηλώνεται, αλλά και κορυφώνεται. Απαιτείται άμεση αντίδραση εκ μέρους της επιχείρησης, καθώς η ζημιά έχει μόλις συμβεί και εναπόκειται στη διαχείριση της επιχείρησης να παραδεχτεί την κρίση, ώστε να την χειριστεί, ή να τη διατηρήσει. Εάν η διοίκηση αποδεχτεί το αναπόφευκτο της κρίσης σαν πραγματικότητα, τότε όχι μόνο θα μπορέσει να σχεδιάσει απάντηση στην κρίση, αλλά θα βρει ευκαιρίες, οι οποίες περιέχονται μέσα σε αυτή.

(γ) Φάση αντιμετώπισης ή στάδιο των επιπτώσεων.

Αποτελεί την περίοδο κατά την οποία η κρίση έχει εδραιωθεί και η επιχείρηση συνεχίζει να αντιμετωπίζει τις συνέπειές της για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για να μπορέσει η επιχείρηση να ξεπεράσει την κρίση, είναι απαραίτητο να διαθέτει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αντιμετώπισης, το οποίο θα έχει δοκιμαστεί μέσα από προσομοιώσεις, με εικονικά περιστατικά έκτακτης ανάγκης και θα περιλαμβάνει συνεχείς ελέγχους σε βάθος, έρευνες κλπ.

(δ) Φάση ανάκαμψης ή διάλυσης ή στάδιο επίλυσης- ομαλοποίησης

Με το πέρας της κρίσης και ανάλογα την αποτελεσματικότητά της αντιμετώπισής της, η επιχείρηση ανακάμπτει, ή διαλύεται. Επομένως, το αυτό το στάδιο αποτελεί στόχο όλων των προσπαθειών των μάνατζερ. Από τη στιγμή που διαγιγνώσκονται τα σημάδια της κρίσης, ο μάνατζερ οφείλει να ανακτήσει το συντομότερο δυνατό τον έλεγχο και να αποφασίσει για τον

αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο τρόπο επίλυσης και ομαλοποίησης της κατάστασης. Στο στάδιο της επίλυσης, επανέρχεται σταδιακά η εύρυθμη λειτουργία της επιχείρησης. Είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του τρόπου αντιμετώπισης της κρίσης, ώστε να διαπιστωθεί σε ποια σημεία το πρόγραμμα αντιμετώπισης χρειάζεται βελτιώσεις, εάν έγιναν λάθη, πως θα διορθωθούν και ποια ήταν τα σημεία που η κρίση αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά. Με αυτόν τον τρόπο οι μάνατζερ θα μάθουν από την παρούσα κρίση και την επίλυσή της, ώστε να μην επαναληφθούν τα ίδια λάθη και επιπλέον να είναι προετοιμασμένοι για ενδεχόμενο περιστατικό στο μέλλον. Όπως γίνεται αντιληπτό, η μετάβαση από το κάθε στάδιο στο επόμενο είναι ρευστή, αλλά και γενικότερα τα όρια που τίθενται παραπάνω και ορίζουν την κάθε φάση, στην πράξη δεν είναι απόλυτα και ούτε πάντοτε διακριτά.

1.3 ΣΧΕΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σήμερα, οι περισσότεροι άνθρωποι πλήττονται από ανθρωπιστικές κρίσεις από ό,τι σε οποιοδήποτε άλλο σημείο της καταγεγραμμένης ιστορίας. Ένα στα έξι παιδιά ζει πολύ κοντά σε μια ζώνη σύγκρουσης, ενώ 70,8 εκατομμύρια άνθρωποι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους - ο υψηλότερος αριθμός από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι φυσικές καταστροφές, κατά μέσο όρο, πλήττουν περίπου 200 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο. Το ξέσπασμα του Έμπολα στη Δυτική Αφρική έδειξε πώς ένα ξέσπασμα μολυσματικών ασθενειών μπορεί να γίνει μια διεθνής επίσης ανθρωπιστική κρίση (Frenk, 2009). Τα τελευταία χρόνια, οι ανθρωπιστικές κρίσεις έχουν γίνει πιο συχνές, πιο παρατεταμένες, πιο περίπλοκες και πιο δαπανηρές, επεκτείνοντας μια κοινότητα ανθρωπιστικής αντίδρασης που δεν «χρηματοδοτείται» στα όριά της.

Οι ανθρωπιστικές κρίσεις περιλαμβάνουν: (1) ανθρωπογενείς καταστροφές, συμπεριλαμβανομένων των ένοπλων συγκρούσεων, του αναγκαστικού εκτοπισμού και των προσφύγων, (2) φυσικές καταστροφές, όπως πλημμύρες, τυφώνες, σεισμοί και ξηρασίες και (3) μεγάλες εκδηλώσεις μολυσματικών ασθενειών. Συχνά, πολλαπλοί τύποι κρίσεων συμβαίνουν ταυτόχρονα, όπως ένοπλες συγκρούσεις ή φυσικές καταστροφές σε συνδυασμό με πείνα και εκδηλώσεις ασθενειών. Όλοι αυτοί οι τύποι κρίσεων έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία, με δυσανάλογο αντίκτυπο στους μειονεκτούντες πληθυσμούς και σε άτομα με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα που επηρεάζονται συχνότερα από ανθρωπιστικές κρίσεις, αλλά γενικά είναι λιγότερο προετοιμασμένοι για αυτές (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Αμέσως μετά την έναρξη μιας κρίσης, τα σοβαρά προβλήματα υγείας και της εξάπλωσης των μολυσματικών ασθενειών αποτελούν το κύριο μέλημα των οργανώσεων ανθρωπιστικής αντίδρασης. Ωστόσο, οι ανθρωπιστικές κρίσεις έχουν επίσης πολλές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία και το περιβάλλον. Καθώς τα συστήματα υγείας έχουν διαταραχθεί, καταστραφεί ή και κατακλυστεί, η υγειονομική περίθαλψη είναι δύσκολη. Για πολλούς, οι κρίσεις σημαίνουν επίσης την απώλεια επιβίωσης, τον εκτοπισμό από τα σπίτια και τις κοινότητές τους, τη συναισθηματική αγωνία και την κοινωνική δυστυχία. Τα προβλήματα υγείας επιδεινώνονται για άτομα με προϋπάρχουσες συνθήκες υγείας και ανακύπτουν νέα προβλήματα υγείας. Οι ανθρωπιστικές κρίσεις επηρεάζουν σχεδόν κάθε πτυχή της υγείας.

Οι ρυθμίσεις ανθρωπιστικής κρίσης μπορούν να ποικίλλουν ευρέως στο πλαίσιο, αλλά είναι καταστάσεις που περιλαμβάνουν εκτεταμένο ανθρώπινο πόνο που προκύπτει από περίπλοκες πολιτικές, οικονομικές ή κοινωνικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και φυσικούς κινδύνους που απαιτούν ευρείας κλίμακας παροχές βοήθειας. Αυτές περιλαμβάνουν οξείες ανθρωπιστικές κρίσεις που έχουν ξαφνική έναρξη και χρόνιες ή παρατεταμένες, ανθρωπιστικές κρίσεις, συμπεριλαμβανομένου του αναγκαστικού εκτοπισμού. Σύμφωνα με αναφορές για την υγεία σε ανθρωπιστικές κρίσεις, *«οι παρατεταμένες καταστάσεις, συχνά με πρόσθετες οξείες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, γίνονται ο νέος κανόνας»* (Paul't Hart et al., 2017).

Σε πολλές καταστάσεις κρίσης, το σύστημα υγείας περνά μια περίοδο υποβάθμισης και κατακερματισμού λόγω της αυξανόμενης βίας και ανασφάλειας, της αποδυνάμωσης της διακυβέρνησης και της απώλειας πόρων. Οι μειωμένες κυβερνητικές δραστηριότητες δημιουργούν ένα κενό στις υπηρεσίες που παρέχονται συχνά από ιδιωτικούς ή ανεπίσημους παρόχους. Δεκάδες μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) ενδέχεται να δραστηριοποιούνται σε οποιαδήποτε από τις κύριες τρέχουσες ανθρωπιστικές κρίσεις και να παρέχουν βασικές υπηρεσίες υγείας (Κιόση, 2017). Αυτές οι υπηρεσίες τείνουν να επικεντρώνονται στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για τον έλεγχο και τη διαχείριση των μεταδοτικών ασθενειών, τη διατροφή, την αναπαραγωγική, την υγεία των νεογέννητων και των παιδιών και πιο πρόσφατα την ψυχική υγεία. Συνήθως αποτελούν μέρος του Συστήματος Συμπλέγματος των Ηνωμένων Εθνών, με την υγειονομική περίθαλψη να εμπίπτει στο Σύμπλεγμα Υγείας υπό την ηγεσία του ΠΟΥ και μερικές φορές σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση. Συνήθως ακολουθούν τα πρότυπα και στοχεύουν στην υποστήριξη δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, ακόμη και στην ίδια κρίση, διάφοροι παράγοντες ενδέχεται να ακολουθήσουν ασυνεπείς και ασυντόνιστες στρατηγικές για την

υγεία. Η αξιολόγηση της απόδοσης των παραγόντων της υγείας σε κρίσεις είναι δύσκολη λόγω: ανασφάλειας και περιορισμένης πρόσβασης. κινητικότητα του πληθυσμού σύντομες χρονικές περιόδους λειτουργίας και χρηματοδότησης (συνήθως εξαμηνιαίοι κύκλοι), ταχέως αναπτυσσόμενες εκδηλώσεις υγείας, αδύναμη συλλογή και ανταλλαγή δεδομένων ρουτίνας για την υγεία και περιορισμένη ικανότητα παρακολούθησης, αξιολόγησης και έρευνας.

Αυτή η ανάγκη έχει διευρυνθεί από τον αυξανόμενο αριθμό συγκρούσεων σε χώρες με επιβαρύνσεις ασθένειας που ήδη κυριαρχούνται σε μεγάλο βαθμό. Για την αντιμετώπιση αυτών των ελλείψεων, έχουν γίνει αυξανόμενες προσπάθειες στον ανθρωπιστικό τομέα για συμμετοχή στη λογοδοσία - ιδίως διασφαλίζοντας ότι συμπεριλαμβάνονται οι προοπτικές των πληγέντων πληθυσμών. Επιπλέον, παρά τις πολλές επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί για ανθρωπιστικές κρίσεις, υπήρξε επίμονη ανησυχία για την ποιότητα των δεδομένων για ανθρωπιστικές κρίσεις και πώς έχουν γίνει τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για να καθοδηγήσουν τις ανθρωπιστικές παρεμβάσεις στην υγεία και τελικά να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της υγείας.

1.4 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πολλοί παράγοντες συνδυάζονται για να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων. Είτε οι άνθρωποι είναι υγιείς είτε όχι, καθορίζεται από τις συνθήκες και το περιβάλλον τους. Σε μεγάλο βαθμό, παράγοντες όπως το πού ζούμε, η κατάσταση του περιβάλλοντός μας, η γενετική, το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης, καθώς και οι σχέσεις μας με φίλους και οικογένεια έχουν όλοι σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, ενώ οι πιο συχνά θεωρούμενοι παράγοντες όπως η πρόσβαση και η χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχουν συχνά μικρότερο αντίκτυπο.

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας περιλαμβάνουν (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013):

- το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον,
- το φυσικό περιβάλλον,
- τα ατομικά χαρακτηριστικά
- και τις συμπεριφορές του ατόμου.

Το πλαίσιο της ζωής των ανθρώπων καθορίζει την υγεία τους και, επομένως, η ευθύνη των ατόμων για κακή υγεία ή η αναγνώρισή τους για καλή υγεία είναι επιτακτική. Τα άτομα είναι απίθανο να μπορούν να ελέγχουν άμεσα πολλούς από τους καθοριστικούς παράγοντες της

υγείας. Αυτοί οι καθοριστικοί παράγοντες - ή πράγματα που κάνουν τους ανθρώπους υγιείς ή όχι - περιλαμβάνουν τους παραπάνω παράγοντες και πολλούς άλλους, όπως (Αθανασοπούλου κ.ά., 2013):

- ✓ Εισόδημα και κοινωνική κατάσταση - το υψηλότερο εισόδημα και η κοινωνική κατάσταση συνδέονται με την καλύτερη υγεία. Όσο μεγαλύτερο είναι το χάσμα μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων, τόσο μεγαλύτερες είναι οι διαφορές στην υγεία.
- ✓ Εκπαίδευση - τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με κακή υγεία, περισσότερο άγχος και χαμηλότερη αυτοπεποίθηση.
- ✓ Φυσικό περιβάλλον - ασφαλές νερό και καθαρός αέρας, υγιείς χώροι εργασίας, ασφαλείς κατοικίες, κοινότητες και δρόμοι, όλα συμβάλλουν στην καλή υγεία. Απασχόληση και συνθήκες εργασίας - τα άτομα που εργάζονται είναι πιο υγιή, ιδίως εκείνα που έχουν περισσότερο έλεγχο στις συνθήκες εργασίας τους.
- ✓ Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης - η μεγαλύτερη υποστήριξη από οικογένειες, φίλους και κοινότητες συνδέεται με την καλύτερη υγεία. Πολιτισμός - έθιμα και παραδόσεις, και οι πεποιθήσεις της οικογένειας και της κοινότητας επηρεάζουν την υγεία.
- ✓ Γενετική - η κληρονομιά παίζει ρόλο στον καθορισμό της διάρκειας ζωής, της υγιεινής και της πιθανότητας εμφάνισης ορισμένων ασθενειών. Προσωπική συμπεριφορά και ικανότητες αντιμετώπισης - ισορροπημένο φαγητό, διατήρηση ενεργού, κάπνισμα, πόσιμο και πώς αντιμετωπίζουμε τα στρες και τις προκλήσεις της ζωής όλα επηρεάζουν την υγεία.
- ✓ Υπηρεσίες υγείας - η πρόσβαση και η χρήση υπηρεσιών που προλαμβάνουν και θεραπεύουν ασθένειες επηρεάζουν την υγεία
- ✓ Φύλο - άνδρες και γυναίκες πάσχουν από διαφορετικούς τύπους ασθενειών σε διαφορετικές ηλικίες.

Το εύρος των προσωπικών, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας είναι γνωστοί ως καθοριστικοί παράγοντες της υγείας.

Οι αλληλεξαρτήσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων καθορίζουν την υγεία του ατόμου και του πληθυσμού. Εξαιτίας αυτού, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε πολλούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας είναι πιθανότερο να είναι αποτελεσματικές. Οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας φτάνουν πέρα από τα όρια των παραδοσιακών τομέων υγειονομικής περίθαλψης και δημόσιας υγείας, τομείς όπως η εκπαίδευση, οι μεταφορές, η γεωργία και το περιβάλλον μπορούν να είναι σημαντικοί σύμμαχοι στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

1.5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δείκτες υγείας είναι ποσοτικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού που οι ερευνητές χρησιμοποιούν ως αποδεικτικά στοιχεία για την περιγραφή της υγείας ενός πληθυσμού. Συνήθως, οι ερευνητές θα χρησιμοποιήσουν μια μεθοδολογία έρευνας για να συλλέξουν πληροφορίες σχετικά με ορισμένα άτομα, να χρησιμοποιήσουν στατιστικά στοιχεία σε μια προσπάθεια να γενικεύσουν τις πληροφορίες που συλλέγονται σε ολόκληρο τον πληθυσμό και στη συνέχεια να χρησιμοποιήσουν τη στατιστική ανάλυση για να κάνουν μια δήλωση σχετικά με την υγεία του πληθυσμού.

Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται συχνά από τις κυβερνήσεις για να καθοδηγήσουν την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης.

Ένα κοινό παράδειγμα δείκτη υγείας είναι το προσδόκιμο ζωής. Μια κυβέρνηση μπορεί να έχει ένα σύστημα συλλογής πληροφοριών για την ηλικία κάθε πολίτη κατά τη στιγμή του θανάτου. Αυτά τα δεδομένα σχετικά με την ηλικία κατά το θάνατο μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την υποστήριξη δηλώσεων σχετικά με το εθνικό προσδόκιμο ζωής, οπότε το προσδόκιμο ζωής θα ήταν «δείκτης υγείας». Το προσδόκιμο ζωής μπορεί να είναι ένας από τους πολλούς «δείκτες υγείας» που συλλογικά θα χρησιμοποιούσαν οι ερευνητές για να περιγράψουν την υγεία του πληθυσμού της χώρας.

Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται συνήθως για την καθοδήγηση της πολιτικής για τη δημόσια υγεία.

Ένας δείκτης υγείας που θα χρησιμοποιηθεί διεθνώς για την περιγραφή της παγκόσμιας υγείας πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά πρέπει (Τούντας & Τριανταφύλλου, 2000):

- να οριστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να μετρηθεί ομοιόμορφα σε διεθνές επίπεδο.

- να έχει στατιστική ισχύ.
- να είναι δεδομένα που μπορούν να συλλεχθούν κατά τρόπο εφικτό.
- η ανάλυση των δεδομένων να οδηγήσει σε μια σύσταση στην οποία οι άνθρωποι μπορούν να κάνουν αλλαγές για τη βελτίωση της υγείας.

Οι ευρωπαϊκοί βασικοί δείκτες υγείας (ECHI), παλαιότερα γνωστοί ως δείκτες υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, είναι αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας συνεργασίας μεταξύ των χωρών της ΕΕ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Τρία σχέδια ECHI (1998-2001, 2001-2004, 2005-2008) χρηματοδοτούμενα από προγράμματα της ΕΕ για την υγεία συνέβαλαν στη δημιουργία του πρώτου καταλόγου δεικτών ECHI, με στόχο την παροχή ενός συστήματος συγκρίσιμων πληροφοριών και γνώσεων σχετικά με την υγεία για την παρακολούθηση της υγείας σε επίπεδο ΕΕ (Τούντας & Τριανταφύλλου, 2000).

Η κοινή δράση (ΚΔ) για την παρακολούθηση των δεικτών υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (ECHIM) κατέληξε σε έναν περιορισμένο κατάλογο 88 δεικτών υγείας ταξινομημένων ανά τομέα πολιτικής, οι οποίοι αναθεωρήθηκαν το 2017 στο πλαίσιο του έργου BRIDGE-Health (Γεφύρωση πληροφοριών και δεδομένων για την τεκμηριωμένη χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας και της έρευνας). Ορισμοί και μηχανισμοί συλλογής δεδομένων διατίθενται για περισσότερους από 60 δείκτες και, όπου είναι σκόπιμο, τα δεδομένα ταξινομούνται ανά φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και περιφέρεια. Οι ευρωπαϊκοί βασικοί δείκτες υγείας (ECHI) ομαδοποιούνται με βάση τις παρακάτω ενότητες (Γαβριήλ κ.ά., 2019):

Ενότητα	Παραδείγματα
Δημογραφική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση	Πληθυσμός, ποσοστό γεννήσεων, συνολική ανεργία
Κατάσταση υγείας	Βρεφική θνησιμότητα, HIV/AIDS, τραυματισμοί από τροχαία
Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας	Τακτικοί καπνιστές, κατανάλωση/ διαθεσιμότητα φρούτων
Παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας: υγειονομικές υπηρεσίες	Εμβολιασμός παιδιών, νοσοκομειακές κλίνες, δαπάνες για την υγεία
Παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας: προαγωγή της υγείας	Πολιτικές για την υγιεινή διατροφή

Οι δείκτες χρησιμεύουν τόσο σε θέματα πολιτικής όσο και στην παροχή δεδομένων. Παρουσιάζουν ενδιαφέρον για τη χάραξη πολιτικής και, συγχρόνως, παρέχουν ένα σύνολο δεδομένων που μπορούν να υπολογιστούν. Για τους λόγους αυτούς, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή

παρουσιάζει και άλλους δείκτες υγείας που δεν αποτελούν μέρος του συστήματος ECHI, αλλά εξακολουθούν να είναι χρήσιμοι στους φορείς του τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Λίγα λόγια....

Προκειμένου λοιπόν να κατανοηθούν καλύτερα τα ζητήματα που αντιμετωπίζονται σε επείγουσες παρεμβάσεις, το παρόν κεφάλαιο έχει σκοπό να δείξει πώς να ενσωματώσει μια πιο σε βάθος κατανόηση της ψυχολογικής και κοινωνικής διάστασης των πληθυσμών που πλήττονται από διαφορετικούς τύπους ανθρωπιστικών κρίσεων.

Αυτή η προσέγγιση βοηθά στη βελτίωση των προγραμμάτων, από το σχεδιασμό έως την τεκμηρίωση εμπειριών, αλλά επίσης και την περαιτέρω ενημέρωση του αναγνώστη που δεν είναι εξοικειωμένος με τον τομέα της «ψυχολογίας».

Είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τη φύση της ψυχοκοινωνικής διάστασης και δυσφορίας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να κατανοήσουμε την προστιθέμενη αξία της ενσωμάτωσης των σκέψεων που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια μιας παρέμβασης. Είναι εξίσου σημαντικό να κατανοήσουμε ότι οι πληθυσμοί που επηρεάζονται δεν είναι μόνο θύματα.

Έχουν μέσα στους πολιτισμούς τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς πόρους για την αντίδραση και την ανοικοδόμηση. Η στάση των εκπροσώπων βοήθειας είναι επομένως ζωτικής σημασίας όσον αφορά την αναγνώριση, τον σεβασμό και την υποστήριξη για την επανασύνδεση αυτών των πόρων.

Ελπίζουμε ότι η παρούσα ανάλυση και αναφορά θα αυξήσει τη κατανόηση ότι αυτοί οι διαφορετικοί τύποι κρίσεων μπορεί να προκαλέσουν διαφορετικές αντιδράσεις στενοχώριας - και ως εκ τούτου διαφορετικές αντιδράσεις από αυτές που απαιτούνται σε μια ανθρωπιστική κοινότητα. Τα θύματα φυσικών καταστροφών, συγκρούσεων και ολοκληρωτικών καθεστώτων έχουν διαφορετικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Συνεπώς, οι απαντήσεις και οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι αποχρώσεις και να επεκτείνονται για να διασφαλιστεί ότι ο προγραμματισμός είναι προσαρμοσμένος και βιώσιμος, επομένως πιο αποτελεσματικός.

2.1 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ

Οι ανθρωπιστικές κρίσεις έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην παγκόσμια υγεία. Καταστάσεις όπως ένοπλες συγκρούσεις και πόλεμοι, φυσικές καταστροφές και επιδημίες/πανδημίες, είναι όλα παραδείγματα ανθρωπιστικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης που επηρεάζουν περισσότερους ανθρώπους σήμερα από ποτέ. Ο αντίκτυπος αυτών των κρίσεων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι μεγάλος.

Συχνά, οι πόροι εκτείνονται στα όριά τους για να χειριστούν τις συνέπειες της κρίσης, απομακρύνοντας τη χρηματοδότηση και τους εργαζόμενους από τις ζωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι ανθρωπιστικές κρίσεις είναι πιο πιθανό να συμβούν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι γενικά λιγότερο καλά χρηματοδοτημένα και διαθέτουν λιγότερους πόρους από τα αντίστοιχά τους σε πλούσιες χώρες. Επομένως, ο αντίκτυπος των ανθρωπιστικών κρίσεων στην υγειονομική περίθαλψη συχνά μεγεθύνεται σε αυτά τα σενάρια στα οποία συμβαίνουν συνήθως (Πατελάρου κ.ά., 2012).

Συχνά, οι ανθρωπιστικές κρίσεις θεωρούνται ότι είναι πολύ πιο περίεργες κατά την αξιολόγηση της κατάστασης της παγκόσμιας υγείας. Ωστόσο, τα κρούσματα ανθρωπιστικών κρίσεων έχουν γίνει όλο και πιο συχνά τα τελευταία χρόνια, επομένως, δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπίζονται ως ακραίες. Ο αντίκτυπος αυτών των κρίσεων στα παγκόσμια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ληφθεί πλήρως υπόψη για να μπορέσουν οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής να λάβουν τις καλύτερες αποφάσεις για προσεγγίσεις, στρατηγικές και δομές χρηματοδότησης που θα επέτρεπαν ένα δικαιότερο, πιο ισότιμο παγκόσμιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που θα επιτύχει την καθολική κάλυψη.

Κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι μεταξύ 5,7 και 8,4 εκατομμυρίων ανθρώπων πεθαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος λόγω έλλειψης πρόσβασης σε επαρκή ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης (Λοπατατζίδης, 1999). Πρέπει να εφαρμοστούν λύσεις για την προστασία των πληθυσμών που κινδυνεύουν και να μειώσουν τον αντίκτυπο των ανθρωπιστικών κρίσεων.

Οι παγκόσμιες κυβερνήσεις στοχεύουν στην επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας (Universal Health Coverage), έτσι ώστε ο καθένας να μπορεί να έχει πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που χρειάζεται, ανεξάρτητα από πού προέρχεται, ποιο είναι το εισόδημά του ή

οποιοδήποτε άλλο παράγοντα που μπορεί παραδοσιακά να τους εμποδίσει να κερδίσουν την ιατρική φροντίδα που απαιτούν (Μαλαβάζος κ.ά., 2019).

Για να επιτευχθεί η UHC, ακόμη και ενόψει ανθρωπιστικών κρίσεων, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να λάβουν υπόψη πολλούς παράγοντες, που όλοι συμβάλλουν στη λειτουργία ενός αποτελεσματικού, δίκαιου και επαρκώς εξοπλισμένου συστήματος υγείας, όπως η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες βασικής υγειονομικής περίθαλψης, πρόσβαση για ασφαλή και αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα, πρόσβαση σε ασφαλείς και αποτελεσματικούς εμβολιασμούς και προστασία οικονομικού κινδύνου (Hussein, 2015).

Η επίτευξη επαρκούς ποιότητας περίθαλψης για όλους είναι δύσκολη γιατί απαιτεί την ενσωμάτωση διαφόρων σύνθετων στρατηγικών και λύσεων. Επιπλέον, δεν υπάρχει μια προσέγγιση που να ταιριάζει σε όλους. Ενώ τα στοιχεία θα είναι κοινά για όλα τα έθνη που προσπαθούν να δημιουργήσουν UHC, οι προτεραιότητες θα είναι διαφορετικές. Ιδιαίτερα σε αυτές τις χώρες που αντιμετωπίζουν ανθρωπιστικές κρίσεις (Hussein, 2015).

Συνολικά, η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται σε άτομα όλων των τμημάτων του πληθυσμού, χωρίς καμία ομάδα ή άτομα να μένουν άδικα πίσω. Σε περιόδους ανθρωπιστικής κρίσης, αυτό μπορεί να είναι δύσκολο, ειδικά όταν αυτές οι κρίσεις έχουν ως αποτέλεσμα τον εκτεταμένο εκτοπισμό ανθρώπων. Οι πρόσφυγες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μην μπορούν να έχουν πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη, επομένως είναι σημαντικό καθώς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσονται για τη δημιουργία UHC, να ενσωματώνονται στρατηγικές για να διασφαλίζεται ότι το ίδιο επίπεδο φροντίδας που παρέχεται στον γενικό πληθυσμό είναι επίσης διαθέσιμο στους πρόσφυγες ακόμη και για το άσυλο (WHO, 2016).

Η βελτίωση της ποιότητας της ανθρωπιστικής ανταπόκρισης στην υγεία αποτελεί βασικό στόχο της ανθρωπιστικής κοινότητας. Πρόσφατα, η εστίαση στην αντιμετώπιση της ποιότητας της περίθαλψης σε ανθρωπιστικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης έχει ενταθεί. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία για την ενημέρωση των ανθρωπιστικών οργανώσεων σχετικά με τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης τέτοιων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης είναι περιορισμένα.

Απαιτείται περισσότερη έρευνα για τη δημιουργία συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που είναι πιο δυναμικά και ανταποκρίνονται και είναι καλύτερα προετοιμασμένα για να προσφέρουν μια σταθερή ποιότητα φροντίδας σε κάθε άτομο. Επί του παρόντος, αρκετοί

τομείς έχουν προσδιοριστεί ως τομείς στους οποίους πρέπει να εστιάσουμε, όταν αντιμετωπίζουμε ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης σε ανθρωπιστικές κρίσεις.

Η καθιέρωση μιας προσέγγισης με επίκεντρο το άτομο είναι ένας τομέας στον οποίο πρέπει να δοθεί προσοχή. Άτομα σε πληθυσμούς που κινδυνεύουν, όπως παιδιά, γυναίκες, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρίες, άτομα με διαταραχές ψυχικής υγείας και άτομα σε περιθωριοποιημένες ομάδες, θα πρέπει να λαμβάνουν φροντίδα που να ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες ανάγκες τους για ιατρική περίθαλψη (Clark, 2014). Οι ανάγκες των ομάδων σε κίνδυνο δεν είναι συχνά ίδιες με αυτές του γενικού πληθυσμού.

Η ασφάλεια είναι ένας άλλος βασικός τομέας που πρέπει να ληφθεί υπόψη. Οι στατιστικές δείχνουν ότι 2,6 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος ως αποτέλεσμα μη ασφαλούς κλινικής περίθαλψης (Μουμτζόγλου, 2008). Η δημιουργία συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που προάγουν την ασφάλεια τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης.

Η παροχή της ίδιας ποιότητας φροντίδας σε όλους τους ανθρώπους αποτελεί θεμελιώδη πτυχή της βελτίωσης, της ποιότητας της ανθρωπιστικής ανταπόκρισης στην υγεία, της ηλικίας, της αναπηρίας, της εθνικότητας, του φύλου, της θρησκείας και του σεξουαλικού προσανατολισμού, στοιχεία που δεν πρέπει να εμποδίζουν ένα άτομο να έχει πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που χρειάζεται.

Επιπρόσθετα, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ενσωματωθούν έτσι ώστε να είναι διαθέσιμο ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας του.

Ενώ ο δρόμος για τον μετριασμό των επιπτώσεων των ανθρωπιστικών κρίσεων στην παγκόσμια υγεία μπορεί να είναι μακρύς και όχι ακόμη ξεκάθαρος, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για επενδύσεις για την επίλυσή του. Η επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας θα είναι ένα σημαντικό βήμα προς την προστασία των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο πληθυσμών.

2.2 ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος των ανθρωπιστικών κρίσεων περιλαμβάνει ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, και στα δύοατομικά και κοινοτικά επίπεδα, μετά από έκτακτη ανάγκη, καθώς και τον αντίκτυπο στους υπάρχων ψυχολογικούς πόρους.

Σε καταστάσεις κρίσης, αύξηση των κοινωνικών προβλημάτων (κοινωνική κατάρρευση, αύξηση της βίας με βάση το φύλο κ.λπ.), ψυχολογική δυσφορία (όπως θλίψη κ.λπ.), θέματα ψυχικής υγείας (όπως κατάθλιψη, άγχος, διαταραχή μετατραυματικού στρες, ψύχωση κ.λπ.) και ατομικές δυσκολίες στην καθημερινή συμπεριφορά, συχνά παρατηρούνται δραστηριότητες.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος δεν επηρεάζει μόνο το άτομο και τη ψυχική του υγεία αλλά και τα διαφορετικά επίπεδα και τους τύπους συναισθηματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων της κρίσης. Επιπλέον, σε τέτοιες καταστάσεις, τα άτομα έχουν συχνά μειωμένη ικανότητα να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους (ζωτικές ανάγκες, συγκέντρωση, εξεύρεση λύσεων σε καθημερινά προβλήματα, συμβολή στην ανασυγκρότηση και αλληλεπίδραση με άλλους) (Αναγνωστόπουλος, 2010).

Παρά τον σοβαρό αυτό αντίκτυπο, η έρευνα δείχνει ότι η πλειοψηφία του πληγέντος πληθυσμού αντιδρά γρήγορα και θετικά, που τους επιτρέπει να ανταπεξέλθουν και να επιστρέφουν στις καθημερινές δραστηριότητες μετά το αρχικό σοκ (Μπούρας & Λύκουρας, 2011). Η υπάρχουσα προηγούμενη κατάσταση, ο πολιτισμός, οι ατομικοί πόροι, οι κοινωνικοί δεσμοί και το είδος της κρίσης εξηγεί τη διαφορά στις αντιδράσεις που βιώνουν τα άτομα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Οι ανθρωπιστικές κρίσεις δεν επηρεάζουν μόνο τους ανθρώπους ξεχωριστά, αλλά και τις κοινότητες στο σύνολό τους. Τα συστήματα αναφοράς, οι συνήθειες, η κοινότητα και οι κοινωνικοί σύνδεσμοι συχνά αλλάζουν λόγω της ίδιας της έκτακτης ανάγκης αλλά και, κατά καιρούς, ως αποτέλεσμα ανθρωπιστικών επεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις δεν λαμβάνουν πάντα υπόψη για παράδειγμα, την αρχική ιεραρχία της κοινότητας, τις ομάδες κινδύνου και/ή τους τοπικούς εκπροσώπους που συμμετέχουν στην κατάσταση έκτακτης ανάγκης, καθώς μπορεί να δημιουργηθούν κοινοτικές δομές ή παραδοσιακοί μηχανισμοί υποστήριξης αδύναμοι και εύθραστοι.

Η κοινωνική διαταραχή μπορεί επίσης να εμποδίσει την ικανότητα της κοινότητας να βασίζεται στους δικούς της ηγέτες και στις κοινωνικές τους συνδέσεις για να οργανωθούν, να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον και να ξεκινήσουν την ανασυγκρότηση. Επιπλέον, οι κοινοτικοί πόροι μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά, περιορίζοντας περαιτέρω την ατομική και συλλογική ικανότητα να καλύψουν βασικές ανάγκες.

Ωστόσο, τόσο οι κοινωνικές όσο και οι ψυχολογικές αντιδράσεις μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το εθνικό ή περιφερειακό πλαίσιο, τον πολιτισμό, το ιστορικό της καταστροφής, το βαθμό ανάπτυξης της χώρας, τη σοβαρότητα της κρίσης (και η ενδεχόμενη επανάληψη), το χρόνο και ιδίως τη διαθεσιμότητα εσωτερικών πόρων (π.χ. λειτουργικές υπηρεσίες) αλλά και εξωτερικών (π.χ. ανθρωπιστική βοήθεια).

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος εξαρτάται ιδιαίτερα από τον τύπο έκτακτης ανάγκης. Συχνά όταν συμβαίνει μια φυσική καταστροφή θεωρείται ότι προέρχεται από μια απρόσωπη καταστροφική δύναμη ή από μια θεϊκή προέλευση και αυτό μπορεί να βοηθήσει το πληθυσμό να βρει κίνητρα για να ξεκινήσει ξανά. Μια ενδεχόμενη σύγκρουση αντίθετα, θα αντιμετωπίσει τους ανθρώπους με φόβο, που μπορεί να προκαλέσει πιο ενδημικό τρόμο, καχυποψία, ανικανότητα, ενοχές και κατάθλιψη (Νιάκας, 2013).

Ο κοινωνικός αντίκτυπος μπορεί επίσης να διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της κρίσης. Για παράδειγμα, στη συνέχεια της φυσικής καταστροφής, υπάρχει αμοιβαία αλληλεγγύη και υποστήριξη. Σε περίπτωση σύγκρουσης, λόγω ύπαρξης καχυποψίας σε ένα τέτοιο πλαίσιο, υπάρχει μια ισχυρότερη διαδικασία απόσυρσης μέσα σε μια ομάδα (λιγότερη επαφή και λιγότερες ανταλλαγές, ενίσχυση των πεποιθήσεων της ομάδας) που μπορεί να οδηγήσει σε φονταμενταλισμό.

Κατά τη διάρκεια μιας αργής προόδου, μια κοινότητα μπορεί να είναι πιο επιρρεπής στην προετοιμασία για την κρίση και εύρεση καλύτερων στρατηγικών που μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθούν κατά τη διάρκεια μιας ξαφνικής κρίσης ή σύγκρουσης.

Η αγωνία που προκαλείται από φυσικές καταστροφές, πολέμους και ολοκληρωτικά καθεστώτα επηρεάζει τον κόσμο, πολύ νωρίτερα. Συχνά, οι πολιτισμικές διαφορές στην έκφραση συναισθημάτων και η στενοχώρια περιορίζουν την κατανόηση ορισμένων στάσεων, συμπεριφορών και πρακτικών που σχετίζονται με τα βάσανα των ατόμων.

Γενικά, μπορεί να ειπωθεί ότι οι άνθρωποι, σε μια κατάσταση κρίσης, μπορεί να έχουν φυσιολογικές αντιδράσεις σε καταστάσεις που δεν είναι φυσιολογικές σε άλλα πλαίσια. Η

πλειοψηφία των προσβεβλημένων ανθρώπων αναρρώνει σχετικά γρήγορα από το αρχικό σοκ και ανησυχούν για την επιβίωση των δικών τους και των συγγενών τους. Ωστόσο, η θεμελιώδης ψυχολογική ταλαιπωρία μπορεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα και αργή αποκατάσταση και προσπάθειες ανασυγκρότησης ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα που απαιτούν ειδική κλινική θεραπεία σε ψυχοπαθολογικούς όρους (ψυχικά προβλήματα ή διαταραχές).

2.2.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, σε μια κατάσταση κρίσης (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012):

- Το 35-50% του πληθυσμού εκδηλώνει ελαφριά έως μέτρια δυσφορία που μπορεί να αντιμετωπιστεί με ψυχοκοινωνική παρέμβαση και μπορεί να επιλυθεί τις πρώτες εβδομάδες.
- Το 15-20% του πληθυσμού παρουσιάζει διαρκή ελαφριά έως μέτρια δυσφορία (ψυχοσωματικά θέματα, διαταραχή μετατραυματικού στρες κλπ.). Η συγκεκριμένη παρέμβαση υποστήριξης ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη σε αυτή την υπόθεση.
- Το 3-4% του πληθυσμού πάσχει από μια σημαντική ψυχιατρική διαταραχή (ψύχωση, σοβαρή κατάθλιψη, μείζονος αγχώδους διαταραχής) και χρειάζονται ψυχιατρική θεραπεία.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ του ψυχολογικού και του χρονολογικού χρόνου. Οι έννοιες αυτές δεν είναι αντίστοιχες πάντα, καθώς μπορεί να προκληθούν λάθη στην κατανόηση ή την ερμηνεία. Η καταγραφή της ανακωχής (χρονολογική ώρα), για παράδειγμα, δεν σημαίνει απαραίτητα το τέλος των συμπτωμάτων για τους ανθρώπους (ψυχολογικός χρόνος). Συχνά, υπάρχει επίσης μια περίοδος κατά την οποία τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται: οι λειτουργίες και οι ενέργειες του ατόμου σύμφωνα με τον τρόπο επιβίωσης. Ωστόσο, η κατάσταση αυτή τείνει να σταθεροποιείται και η ασφάλεια διασφαλίζεται για άλλη μια φορά, με την εκδοχή να εμφανιστούν συμπτώματα που ήταν κατά κάποιο τρόπο «παγωμένα» κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης (τα συμπτώματα εμφανίζονται αρκετές εβδομάδες μετά το συμβάν) (Αναγνωστόπουλος, 2010).

Τέλος, υπάρχουν μετατραυματικές διαταραχές που μπορεί να προκληθούν από ένα νέο τραυματικό γεγονός. Αυτό συνέβη, για παράδειγμα, στη Σρι Λάνκα μετά το τσουνάμι, όπου σχετίστηκαν μετατραυματικές διαταραχές μετά τη φυσική καταστροφή (ένα νέο τραυματικό επεισόδιο φουντώνει τον πόνο πάλι σε σχέση με το προηγούμενο επεισόδιο).

Περνώντας τα χρόνια, τα ανθρωπιστικά «ψυχοκοινωνικά» προγράμματα στοχοποιούσαν κυρίως τους λεγόμενους τραυματισμένους ανθρώπους, που απαιτούν ειδική κλινική θεραπεία. Τα άτομα που χρειάζονται ψυχολογική φροντίδα είναι μόνο ένα μικρό ποσοστό του συνολικού πληθυσμού, ανεξάρτητα από το είδος της καταστροφής.

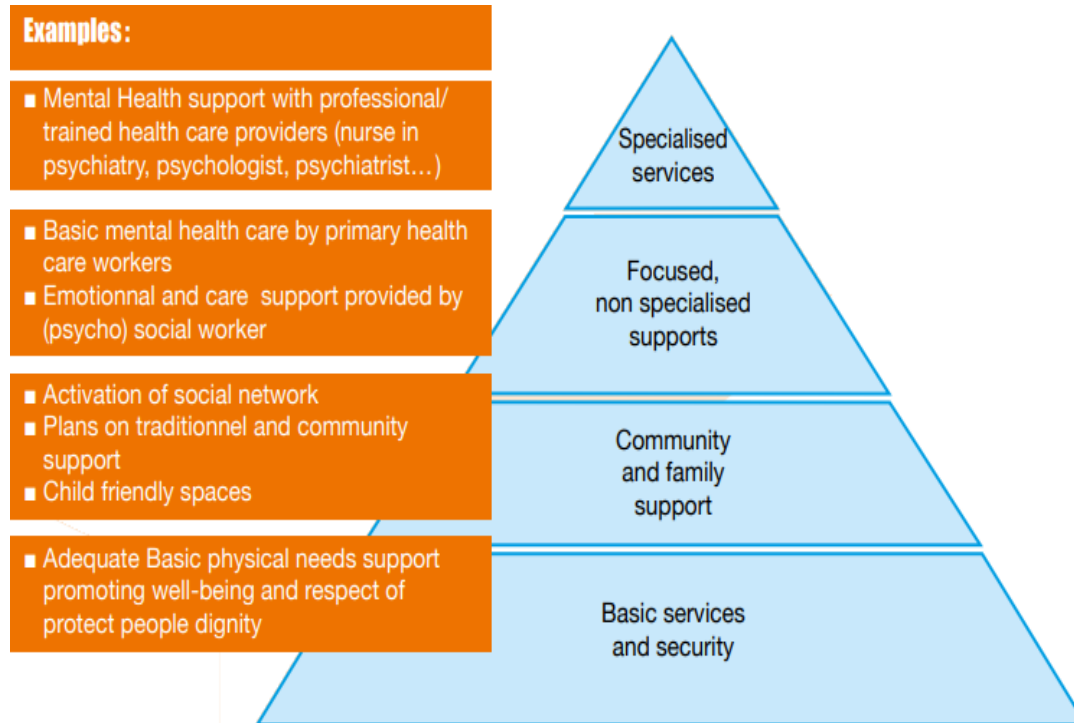
Από τη δεκαετία του 2000, είναι σαφές ότι δεν πρέπει να εστιάζουμε αποκλειστικά στο ψυχολογικό τραύμα (κλινική παρέμβαση). Η συνολική ανάλυση και προσέγγιση του ψυχοκοινωνικού πλαισίου επέτρεψε να επισημάνουν τη σημαντικότερη από αυτές τις παρεμβάσεις σε διαφορετικά επίπεδα: κοινότητα, οικογένεια και άτομο, με προσαρμοσμένες και συμπληρωματικές προσεγγίσεις.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αφορούν δράσεις με στόχο προτεραιότητας τη δημιουργία, αποκατάσταση και συντήρηση, κοινωνική λειτουργία του πληγέντος πληθυσμού καθώς και η συναισθηματική ισορροπία των ατόμων στο επίπεδο του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Οι δε κλινικές παρεμβάσεις αφορούν δράσεις που επικεντρώνονται στα πιο ευάλωτα άτομα, και συγκεκριμένα στοχεύουν σε ψυχολογικές ή ψυχιατρικές επιδράσεις.

Η πυραμίδα IASC (Inter Agency Standing Committee) για ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως μια κρίση, προτείνει ένα σύστημα παρέμβασης σταδιακά, προκειμένου να συναντώνται όλο και περισσότερο οι συγκεκριμένες ανάγκες. Η βάση της πυραμίδας σχετίζεται με τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες όλου του πληθυσμού και η κορυφή της πυραμίδας σχετίζεται με τις ανάγκες ενός περιορισμένου αριθμού ανθρώπων (IASC, 2019) (Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Πυραμίδα παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης



Αυτή είναι μια σημαντική πρόκληση για την επίτευξη πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων. Για να γίνει αυτή η μέτρηση, πρέπει να προσδιοριστούν ποιοτικά οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας (πόροι) και ποσοτικά, στο πλαίσιο μιας δεδομένης κρίσης, χρησιμοποιώντας έναν ορισμένο αριθμό δεικτών, όπως ο τύπος κρίσης (σύγκρουση, παρατεταμένη ή μη, φυσική καταστροφή κ.λπ.), ο βαθμός έκθεσης του πληθυσμού (άμεσος αντίκτυπος, έμμεσος κ.λπ.), η συχνότητα έκθεσης, το επίπεδο των επιπτώσεων και ο βαθμός της πολιτικής, οικονομικής, κοινωνικής και πολιτιστικής επίγνωσης του πλαισίου (Τσαλίκoglou, 2010).

Η ευπάθεια μπορεί να είναι κοινωνική ή ψυχολογική. Η κοινωνική ευπάθεια σχετίζεται με την ικανότητα μιας κοινωνίας, των θεσμών της και των διαφορετικών κοινοτήτων που αποτελούν μέρος του, για την αντιμετώπιση πολλαπλών παραγόντων στρες, για λόγους που είναι εγγενείς και που γενικά προηγήθηκαν της κρίσης.

Η ψυχολογική ευπάθεια αναφέρεται στην κατάσταση όπου μια σοβαρή κρίση θα έχει αντίκτυπο στην ψυχολογική και συμπεριφορική λειτουργία ενός ατόμου, με βάση το αρχικό του περιβάλλον, το βαθμότης έκθεσης στο κρίσιμο συμβάν και της ευαισθησίας σε τραύματα.

Ομάδες με ιδιαίτερη ευπάθεια πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη, συμπεριλαμβανομένων: γυναικών, παιδιών, ηλικιωμένοι, άρρωστοι, ανάπηροι σωματικά και ψυχικά, πρόσφυγες, μειονότητες.

Στο ερώτημα αν η ψυχοκοινωνική ανθεκτικότητα μπορεί να μετρηθεί, μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι η ψυχοκοινωνική ανθεκτικότητα ως έννοια ορίζεται ως η ψυχολογική ικανότητα κάποιου να ανακάμψει μετά από ένα ή περισσότερα δυνητικά τραυματικά γεγονότα και να λειτουργήσει καλά παρά το άγχος, τις αντιξοότητες και τις δυσμενείς καταστάσεις. Εξαρτάται από τους παράγοντες κινδύνου και τους παράγοντες προστασίας του ατόμου και της κατάστασης (εσωτερικοί και εξωτερικοί πόροι).

Όσο πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου υπάρχουν, τόσο λιγότεροι άνθρωποι μπορούν να προσεγγισθούν εύκολα. Οι ανθρωπιστικές παρεμβάσεις πρέπει να δίνουν έμφαση σε όλους τους παράγοντες προστασίας των οικονομικών, κοινωνικών και ψυχολογικών επιπέδων, με την ενίσχυση ή τη δημιουργία πόρων.

Η ευπάθεια και η ανθεκτικότητα είναι δύσκολο να μετρηθούν μόνο με ποσοτικές μεταβλητές, δεδομένης της πολυδιάστατης και ανάπτυξης τους με την πάροδο του χρόνου. Μια ποιοτική ανάλυση είναι απαραίτητη για τον εμπλουτισμό και τη βελτίωση αυτής.

2.3 ΣΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Από το 2015, οι Στόχοι Αειφόρου Ανάπτυξης αναφέρουν το δικαίωμα στη καλύτερη ποιότητα υγείας που εκτείνεται σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από την κατάσταση ή το νομικό τους καθεστώς. Οι διεθνείς συνθήκες για τα ανθρώπινα δικαιώματα, κυρίως το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, εγγυώνται «το δικαίωμα του καθενός να απολαμβάνει τα υψηλότερα εφικτά πρότυπα σωματικής και ψυχικής υγείας» (Μουσιόπουλος κ.ά., 2015).

Έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην παγκόσμια υγεία τα τελευταία 20 χρόνια λόγω της διευρυμένης πρόσβασης σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας, σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και σε υπηρεσίες υγείας. Αυτές οι βελτιώσεις έχουν σώσει εκατομμύρια ζωές κυρίως αποτρέποντας τους θανάτους από μολυσματικές ασθένειες. Ωστόσο, θα χρειαστούν ενισχυμένες στρατηγικές για την αντιμετώπιση χρόνιων και πολύπλοκων συνθηκών και για την επίτευξη των Στόχων Αειφόρου Ανάπτυξης που σχετίζονται με την υγεία. Έχει γίνει σαφές ότι η πρόσβαση από μόνη της δεν αρκεί χωρίς εστίαση στην ποιότητα των

παρεχόμενων υπηρεσιών. Απαιτούνται συστήματα υγείας υψηλής ποιότητας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας.

Οι ανθρωπιστικές δραστηριότητες υγείας επικεντρώνονται συνήθως σε άμεσες επεμβάσεις διάσωσης της ζωής. Αυτό συχνά απαιτεί κάθετο προγραμματισμό για την ταχεία έναρξη και κλιμάκωση των υπηρεσιών υγείας, ιδίως για ιστορικά βασικά ζητήματα πρόληψης της εμφάνισης ασθενειών και μείωσης του υποσιτισμού. Ωστόσο, η πρόκληση τώρα είναι ότι οι κρίσεις παρατείνονται όλο και περισσότερο, κάτι που απαιτεί μακροπρόθεσμες και πιο συντονισμένες και βιώσιμες προσεγγίσεις. Υπάρχουν συγκεκριμένοι φόβοι σχετικά με την έλλειψη συνεχούς φροντίδας για καταστάσεις που απαιτούν πολλαπλές επισκέψεις στο σύστημα υγείας, όπως προγεννητική φροντίδα και μεταγεννητική φροντίδα και χρόνιες καταστάσεις όπως ο HIV/AIDS και ο διαβήτης. Αυτό απαιτεί μεγαλύτερη συμμετοχή στο ευρύτερο σύστημα υγείας και εστίαση στη βιώσιμη ποιότητα της περίθαλψης (Αναγνωστόπουλος, 2010).

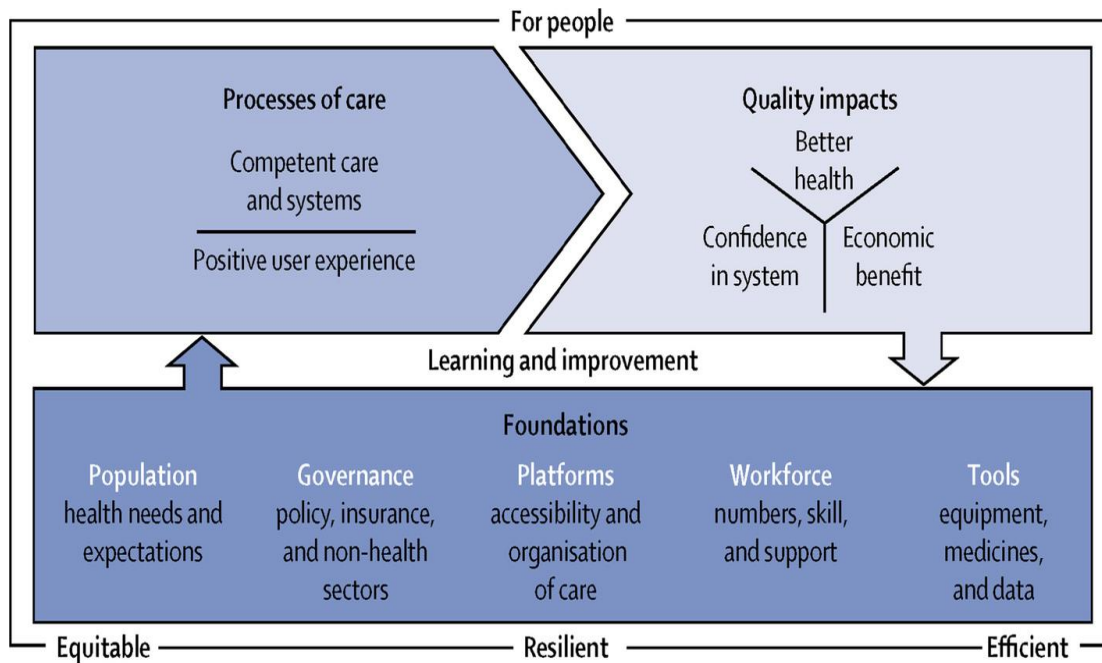
Με βάση τις προηγούμενες έρευνες και αναφορές για την ποιότητα και τις εξελίξεις στον τομέα των συστημάτων υγείας, τα συστήματα υγείας υψηλής ποιότητας ορίζονται ως συστήματα που «βελτιστοποιούν την υγεία σε ένα δεδομένο πλαίσιο μέσω της συνεχούς παροχής φροντίδας που βελτιώνει ή διατηρεί την υγεία, εκτιμάται και εμπιστεύεται όλους τους ανθρώπους και ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού» (Σαρρής, 2001). Αυτό περιελάμβανε, αλλά δεν περιοριζόταν μόνο, την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στο σημείο επαφής μεταξύ παρόχου και χρήστη. Ο ορισμός συνεχίζει και δηλώνει ότι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η ανθεκτικότητα είναι αξίες που στηρίζουν ένα σύστημα υγείας υψηλής ποιότητας. Ένα αποτελεσματικό σύστημα στοχεύει στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής βελτίωσης της υγείας με τους συγκεκριμένους πόρους και ένα ανθεκτικό σύστημα ανταποκρίνεται στις συνήθεις και καταστροφικές προκλήσεις.

2.3.1 ΕΠΙΤΡΟΠΗ High Quality Health Systems in the SDG Era (HQSS)

Το εννοιολογικό πλαίσιο που αναπτύχθηκε από την Επιτροπή High Quality Health Systems in the SDG Era (HQSS) έχει τρεις κύριους τομείς: διαδικασίες φροντίδας (ικανή φροντίδα και εμπειρία χρήστη), επιπτώσεις στην ποιότητα (καλύτερη υγεία, εμπιστοσύνη στο σύστημα και οικονομικό όφελος) και θεμέλια (πληθυσμός, διακυβέρνηση, πλατφόρμες εργατικό δυναμικό και εργαλεία). Η Επιτροπή αυτή πίστευε ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να αξιολογούνται κυρίως με βάση τις διαδικασίες και τις επιπτώσεις της περίθαλψης, επειδή η έρευνα δείχνει

ότι τα μη ορθά συστήματα υγείας μπορούν να λειτουργήσουν ακόμη και όταν υπάρχουν όλα τα κατάλληλα εργαλεία (Chan, 2019). Τα θεμέλια του συστήματος περιελάμβαναν τις ανάγκες και τις προσδοκίες του πληθυσμού για την υγεία, τη διακυβέρνηση των τομέων υγείας και μη υγείας, προσβάσιμες και οργανωμένες πλατφόρμες περίθαλψης, εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό σε αριθμούς και εργαλεία όπως η ιατρική και τα δεδομένα.

Εικόνα 1



Οι συνθήκες ανθρωπιστικής κρίσης μπορεί να ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό, αλλά είναι καταστάσεις που περιλαμβάνουν εκτεταμένη ανθρώπινη ταλαιπωρία που προκύπτει από πολύπλοκες πολιτικές, οικονομικές ή κοινωνικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και φυσικούς κινδύνους που απαιτούν μεγάλης κλίμακας παροχές βοήθειας. Αυτές περιλαμβάνουν οξείες ανθρωπιστικές κρίσεις που έχουν ξαφνική έναρξη και χρόνιες ή παρατεταμένες ανθρωπιστικές κρίσεις, συμπεριλαμβανομένου του αναγκαστικού εκτοπισμού (Chan, 2019). Σύμφωνα με τη σειρά Lancet για την υγεία σε ανθρωπιστικές κρίσεις, «παρατεταμένες καταστάσεις, συχνά με πρόσθετες οξείες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, γίνονται ο νέος κανόνας». Οι περισσότεροι πρόσφυγες δεν ζουν σε καταυλισμούς αλλά μάλλον σε αστικές και αγροτικές περιοχές και δεν εκτοπίζονται αλλά μάλλον παγιδεύονται σε συγκρούσεις, όπως αυτές στη Συρία και την Υεμένη. Κατά συνέπεια, οι πρόσφυγες και οι εκτοπισμένοι είναι στον υψηλότερο αριθμό τους εδώ και 50 χρόνια.

2.3.2 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σε πολλές καταστάσεις κρίσης, το σύστημα υγείας περνά μια περίοδο υποβάθμισης και κατακερματισμού λόγω της αυξανόμενης βίας και της ανασφάλειας, της αποδυνάμωσης της διακυβέρνησης και της απώλειας πόρων (Θεοδώρου κ.ά., 2001). Οι μειωμένες κυβερνητικές δραστηριότητες δημιουργούν ένα κενό στις παρεχόμενες υπηρεσίες που συχνά καλύπτονται από θρησκευτικούς, ιδιωτικούς ή ανεπίσημους παρόχους. Δεκάδες μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) ενδέχεται να δραστηριοποιούνται σε οποιαδήποτε από τις κύριες ανθρωπιστικές κρίσεις που βρίσκονται σε εξέλιξη και παρέχουν βασικές υπηρεσίες υγείας. Αυτές οι υπηρεσίες τείνουν να επικεντρώνονται στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για τον έλεγχο και τη διαχείριση μεταδοτικών ασθενειών, τη διατροφή, την αναπαραγωγική, την υγεία των νεογέννητων και των παιδιών της μητέρας και πιο πρόσφατα την ψυχική υγεία. Συνήθως αποτελούν μέρος του συστήματος συμπλέγματος των Ηνωμένων Εθνών, με την υγειονομική περίθαλψη να υπάγεται στο σύμπλεγμα υγείας με επικεφαλής τον ΠΟΥ και μερικές φορές σε συνεργασία με την τοπική κυβέρνηση (Ηνωμένα Έθνη, 2008). Συνήθως στοχεύουν στην υποστήριξη εγκαταστάσεων δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, ακόμη και μέσα στην ίδια κρίση, διαφορετικοί φορείς ενδέχεται να ακολουθήσουν ασυνεπείς και ασυντόνιστες στρατηγικές υγείας. Η αξιολόγηση της απόδοσης των φορέων υγείας σε κρίσεις είναι πρόκληση λόγω: ανασφάλειας και περιορισμένης πρόσβασης, κινητικότητα πληθυσμού, σύντομες χρονικές περιόδους λειτουργίας και χρηματοδότησης (συνήθως έξι μήνες), ταχέως αναπτυσσόμενα γεγονότα υγείας, αδύναμη συλλογή και κοινή χρήση συνηθισμένων δεδομένων υγείας και περιορισμένη ικανότητα παρακολούθησης, αξιολόγησης και έρευνας.

Αυτή η ανάγκη έχει μεγεθυνθεί από τον αυξανόμενο αριθμό συγκρούσεων σε χώρες με φορτίο ασθενειών που ήδη κυριαρχείται σε μεγάλο βαθμό από τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ., η Συρία). Για την αντιμετώπιση αυτών των ελλείψεων, έχουν καταβληθεί αυξανόμενες προσπάθειες στον ανθρωπιστικό τομέα για ανάληψη ευθύνης - ιδίως διασφαλίζοντας ότι περιλαμβάνονται οι προοπτικές των πληγέντων πληθυσμών. Επιπλέον, παρά τις πολλές επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί για ανθρωπιστικές κρίσεις, υπήρξε διαρκής ανησυχία για την ποιότητα των δεδομένων για ανθρωπιστικές κρίσεις και τον τρόπο με τον οποίο τα δεδομένα χρησιμοποιείται για να καθοδηγήσει τις ανθρωπιστικές παρεμβάσεις στην υγεία και τελικά να βελτιώσει τα αποτελέσματα της υγείας (Βαρουφάκης κ.ά., 2011).

Η πλειοψηφία των μελετών που παρατέθηκαν παραπάνω περιελάμβανε διεργασία φροντίδας ως τομέα ποιότητας. Ένα θέμα που προέκυψε σε αυτές τις μελέτες ήταν ότι η κακή διάγνωση και θεραπεία ήταν ένα σημαντικό εμπόδιο των συστημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι συγκρούσεις. Οι συνήθεις εκδηλώσεις κακής ποιότητας ήταν η εσφαλμένη διάγνωση και η ακατάλληλη θεραπεία της ασθένειας. Ο Lainez και οι συνεργάτες του (2010) τόνισαν το ζήτημα της «αρμόδιας περίθαλψης» στη μελέτη τους σχετικά με τον επιπολασμό των αναπνευστικών συμπτωμάτων στο Αφγανιστάν και διαπίστωσαν ότι υπήρχε ένα κενό στη διάγνωση με το 23,8% των ασθενών με συμπτώματα που υποδηλώνουν φυματίωση να μην διαγιγνώσκονται. Μια άλλη εκδήλωση του υποτομέα «ικανής φροντίδας» ήταν οι απαραίτητες παραπομπές ασθενών. Σε κάποιες μελέτες, μάλιστα, η έλλειψη συνέχειας της φροντίδας εκφράζεται ως ανησυχία ποιότητας. Ωστόσο, όταν η φροντίδα ενσωματώθηκε (π.χ. οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη) παρατηρήθηκε θετικό αποτέλεσμα (Matsaganis, 2012).

Η εμπειρία του χρήστη, συμπεριλαμβανομένης της αίσθησης ότι το υγειονομικό προσωπικό ήταν επικριτικό ή εισάγει διακρίσεις, αναφέρθηκε ως ένα σημαντικό εμπόδιο στην υψηλή ποιότητα περίθαλψης και επηρεάστηκε η συμπεριφορά αναζήτησης φροντίδας. Για παράδειγμα, η μελέτη του Kruk και των συναδέλφων του (2011) σχετικά με τις προτιμήσεις του πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη στη Λιβερία έδειξε ότι η επιλογή της κλινικής ενός ασθενούς επηρεάστηκε από τη θεραπεία με σεβασμό, καθώς και από άλλους παράγοντες, όπως η παροχή ενδεδειγμένης φυσικής εξέτασης, η διαθεσιμότητα φαρμάκων και η κυβερνητική διαχείριση. Τα γλωσσικά εμπόδια και η έλλειψη σαφούς επικοινωνίας επηρέασαν επίσης αρνητικά τη σχέση ασθενούς-παρόχου στις μελέτες που εξετάστηκαν. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους πρόσφυγες στις χώρες υποδοχής.

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση, η οποία περιελάμβανε σωρεία μελετών, εξέτασε τα στοιχεία σχετικά με την ποιότητα των συστημάτων υγείας που παρέχουν φροντίδα σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα. Τα βασικά ευρήματα προτείνουν: κακή διάγνωση και ακατάλληλη αντιμετώπιση της ασθένειας (συμπεριλαμβανομένων των ανεπαρκών παραπομπών ασθενών) που αναφέρθηκαν συνήθως ως εμπόδια στην ποιοτική φροντίδα. Υπήρξε στο σύνολο περιορισμένη εστίαση στις επιπτώσεις στην υγεία που έχουν τα συστήματα υγείας στις μελέτες που προσδιορίστηκαν και σε αυτές τις μελέτες δόθηκε μεγάλη έμφαση στα θεμέλια ενός συστήματος υγείας με έμφαση στο εργατικό δυναμικό και τα εργαλεία (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009). Οι συνέπειες αυτών των ευρημάτων για μελλοντική έρευνα περιλαμβάνουν: διεύρυνση του ορισμού της ποιότητας ώστε να

περιλαμβάνει επιπτώσεις στην ποιότητα, ανάπτυξη και επικύρωση μέτρων ποιότητας κατάλληλα για συνθήκες κρίσης και ενσωμάτωση πιο διαφορετικών και αυστηρών σχεδίων μελέτης.

Υπάρχουν πολλές προκλήσεις με βάση τα συμφραζόμενα που επισημαίνονται στην αναγνωρισμένη βιβλιογραφία για την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ανθρωπιστικές συνθήκες, ωστόσο, υπάρχουν επίσης ευρήματα από αυτήν την ανασκόπηση που ευρέως ευθυγραμμίζονται με υπόλοιπα στοιχεία. Όσον αφορά τη "διαδικασία φροντίδας", η Επιτροπή HQSS διαπίστωσε ότι παρέχονται σταθερά υψηλής ποιότητας φροντίδα και δεν παρέχονται με συνέπεια γνωστές, αποτελεσματικές θεραπείες (Chan, 2019). Πολλές από τις μελέτες που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανασκόπηση προσπάθησαν να βελτιώσουν την ικανότητα περίθαλψης με σύντομες εκπαιδύσεις παρόχων υπηρεσιών. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές μελέτες που επιβεβαιώνουν το χάσμα τεχνογνωσίας (δηλαδή το χάσμα μεταξύ της γνώσης του παρόχου και της κλινικής περίθαλψης που παρέχεται), υποδηλώνοντας ότι αυτές οι προσπάθειες μπορεί να μην έχουν τις μακροπρόθεσμες βελτιώσεις ποιότητας που στοχεύουν. Επιπλέον, η μη ποιοτική παροχή φροντίδας που πιστοποιήσαν πολλές από τις μελέτες είναι ευρέως διαδεδομένη σε όλα τα συστήματα υγείας καθώς διαπιστώθηκε ότι 1 στους 3 ασθενείς αντιμετωπίζει μη ποιοτική φροντίδα, σύντομες διαβουλεύσεις, κακή επικοινωνία ή μεγάλους χρόνους αναμονής ().

Η περιορισμένη εστίαση που δίνεται από τις μελέτες σε αυτές τις ανασκοπήσεις στις «επιπτώσεις ποιότητας» διαψεύδει τον πρωταρχικό στόχο των συστημάτων υγείας, που είναι η βελτίωση ή η διατήρηση της υγείας. Τα αρχικά ευρήματα από αυτές τις ανασκοπήσεις υποδηλώνουν δυνητικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε συνθήκες κρίσης από το γενικό πληθυσμό. Η υψηλή ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη είναι κοινή ακόμη και όταν η ποιότητα είναι χαμηλή, πιθανώς λόγω χαμηλών προσδοκιών, και η Επιτροπή HQSS προειδοποιεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών ως μέτρο ποιότητας πρέπει να ερμηνεύεται προσεκτικά (Chan, 2019). Η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας μπορεί με τη σειρά του να εμποδίσει την πρόσληψη και τη διατήρηση της φροντίδας, η οποία είναι ήδη εύθραυστη δεδομένης της ρύθμισης. Παρόλο που οι αιτίες θανάτου και ασθενειών είναι πολυπαραγοντικές, ορισμένες συνθήκες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της περίθαλψης και από το πόσο καλά λειτουργεί το σύστημα υγείας, όπως οι θάνατοι μητέρων και νεογνών. Η έμφαση που δίνεται στις μελέτες στη μέτρηση της θνησιμότητας μητέρων, νεογνών και παιδιών είναι συνεπώς σύμφωνη με άλλους δείκτες ποιότητας του συστήματος υγείας. Τα συστήματα υγείας υψηλής ποιότητας παράγουν πολλά οικονομικά οφέλη, όπως

μείωση της πρόωρης θνησιμότητας και μείωση των αποβλήτων του συστήματος υγείας. Ωστόσο, πλήθος μελετών επιβάλλει κυρίως την προστασία του οικονομικού κινδύνου.

Τα «θεμέλια» ενός συστήματος υγείας είναι συχνά τα πιο αναφερόμενα και μετρημένα στοιχεία ποιότητας. Οι περιορισμοί του εργατικού δυναμικού και των εγκαταστάσεων, συγκεκριμένα, είναι ευρέως διαδεδομένοι και η Επιτροπή HQSS διαπίστωσε ότι το 47% της έρευνας βελτίωσης στοχεύει σε αυτούς τους δύο υποτομείς. Παρόλο που τα θεμέλια είναι απαραίτητα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, προηγούμενες μελέτες σχολιάζουν τις αδύναμες συσχετίσεις μεταξύ των μέτρων εισροών και της επάρκειας περίθαλψης. Η Επιτροπή HQSS συνέστησε συνεπώς μια μετατόπιση της μέτρησης μακριά από τα θεμέλια (ή τις εισροές) σε αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία για τους ανθρώπους: ικανή φροντίδα, εμπειρία χρήστη, αποτελέσματα υγείας και εμπιστοσύνη στο σύστημα (Chan, 2019). Αυτή η ανθρωποκεντρική προσέγγιση δίνει έμφαση στον χρήστη του συστήματος υγείας και στοχεύει στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο οι άνθρωποι θα έχουν την εξουσία να αποφασίζουν για τις δικές τους αποφάσεις για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο σε σχέση με τη βία, τον εκτοπισμό ή την αναγκαστική μετανάστευση. Η ενίσχυση της ποιότητας του συστήματος υγείας έχει μοναδικές προκλήσεις σε καταστάσεις κρίσης, ιδιαίτερα όταν η πλειοψηφία των υπηρεσιών παρέχονται από ΜΚΟ και υπάρχουν μεγάλα κενά στις κρίσιμες υπηρεσίες και ανισότητα στη διανομή αυτών των υπηρεσιών. Οι μελέτες ως επί το πλείστον υποδηλώνουν ότι ένα βασικό βήμα είναι η αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού σε κρίση, οι οποίοι είναι συχνά ευάλωτες ομάδες που αντιμετωπίζουν περαιτέρω περιθωριοποίηση λόγω του πλαισίου. Η διατήρηση των ιδίων κεφαλαίων και των υποτιθέμενων προτεραιοτήτων εξαρχής απαιτεί τον εντοπισμό βελτιώσεων του συστήματος υγείας. Η χαμηλή έμφαση που χρειάζονται οι μελέτες στον «πληθυσμό» υποδηλώνει ότι είναι ένας τομέας προς εστίαση για βελτίωση. Πολλές από τις μελέτες σε αυτήν την ανασκόπηση επισημαίνουν ότι οι αλλαγές προς ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας απαιτούν ισχυρή τοπική πολιτική δέσμευση και ηγεσία. Προς στήριξη αυτού του ευρήματος, το Εθνικό Εγχειρίδιο Πολιτικής και Στρατηγικής Ποιότητας του ΠΟΥ προτείνει ορθά ευθυγραμμισμένες πολιτικές και στρατηγικές να βασίζονται σε τοπικά αποδεκτούς ορισμούς ποιότητας και εθνικούς στόχους για βελτιωμένα αποτελέσματα.

Τα ευρήματα από αυτήν την ανασκόπηση συμβαδίζουν με την ευρύτερη βιβλιογραφία για τις ανθρωπιστικές ρυθμίσεις και υπογραμμίζουν τα περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις στην υγεία από τις παρεμβάσεις και τη χρήση οικονομικών μεθόδων σε

ανθρωπιστικές συνθήκες. Υπήρχαν πολλές μελέτες που δεν εμπίπτουν στα κριτήρια καταλληλότητας αυτής της ανασκόπησης που αξιολόγησαν τον ρόλο των τελών χρηστών και των κινήτρων απόδοσης για την ποιότητα και τα ποσοστά χρήσης που θα μπορούσαν να προσφέρουν μαθήματα και τομείς για μελλοντική μελέτη. Επιπλέον, υπάρχει μια έκκληση για αύξηση των μετρήσεων σε ανθρωπιστικές ρυθμίσεις και σύνδεση με εστίαση στους μηχανισμούς λογοδοσίας. Διαφορετικές τεχνικές μέτρησης ποιότητας έχουν χρησιμοποιηθεί σε ανθρωπιστικά πλαίσια, αλλά ένα βασικό θέμα ήταν ότι απαιτείται εξέταση και προσαρμογή των διαδικασιών σχεδιασμού για να ανταποκριθούν στις τοπικές συνθήκες. Η διαδικασία των μέτρων φροντίδας (δηλαδή, τι κάνει ένας πάροχος για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας) έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της περίθαλψης για ευάλωτους πληθυσμούς και αυτή η ανασκόπηση υποδηλώνει ότι θα μπορούσαν να είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την ενημέρωση των χρηστών σχετικά με τη φροντίδα που θα πρέπει να περιμένει να λάβει και να αυξήσει τη ζήτηση για υψηλή ποιότητα (Σαρρής, 2001). Υπάρχουν πρόσθετοι περιορισμοί μέτρησης σε συνθήκες κρίσης λόγω ανασφάλειας και άλλων προκλήσεων και περιορισμών των πόρων, οι οποίοι σε πολλές περιπτώσεις καθιστούν πιο αυστηρούς σχεδιασμούς μελέτης, ιδιαίτερα πειραματικές μελέτες, λειτουργικές και ηθικές προκλήσεις. Υπάρχουν, ωστόσο, πολλές πολύτιμες μελέτες για την ανθεκτικότητα και την ανοικοδόμηση του συστήματος υγείας σε μεταπολεμικές και εύθραυστες συνθήκες που θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες σε ανθρωπιστικά πλαίσια. Επίσης, τα εναλλακτικά σχέδια έχουν αποδειχθεί επιτυχημένα σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα, δείχνοντας αλλαγές στα αποτελέσματα της υγείας με την πάροδο του χρόνου, όπως σχεδιασμός κλιμακωτής σφήνας, μεγαλύτερη χρήση διαχρονικών δεδομένων και συνηθισμένων δεδομένων υπηρεσιών υγείας και συλλογή δεδομένων διαδικασιών που μπορούν να αποτελέσουν αξιόπιστο πληρεξούσιο για το αποτέλεσμα της υγείας δεδομένα. Επιπλέον, λόγω της πολυπλοκότητας της έρευνας για τα συστήματα υγείας, μια πιο στενή προσέγγιση που εστιάζει σε συγκεκριμένες πτυχές της ποιότητας μπορεί να είναι επωφελής για μελλοντική εργασία, καθώς και μια ισχυρότερη χρήση διεπιστημονικής έρευνας (π.χ. κοινωνικές επιστήμες, πολιτικές επιστήμες, επιδημιολογία) (Κοντιάδης κ.ά., 2015).

Τα ευρήματα αυτών των μελετών έχουν πολλές συνέπειες σχετικές με την πολιτική και υποδεικνύουν την ανάγκη μετασχηματισμών του συστήματος σε «μακρο-επίπεδο». Πρώτον, υπογραμμίζουν την ανάγκη για νέες και βελτιωμένες μετρήσεις ποιότητας που ξεπερνούν τις θεμελιώδεις πτυχές της ποιότητας. Η υιοθέτηση μέτρων που επικεντρώνονται στην ικανότητα του συστήματος (π.χ. επικαιρότητα και συνέχεια της φροντίδας), η εμπειρία του χρήστη και

τα αποτελέσματα της υγείας θα μπορούσαν ενδεχομένως να διαμορφώσουν μελλοντικές στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας. Δεύτερον, επισημαίνουν την ανάγκη για πρωτοβουλίες που επικεντρώνονται στη βελτίωση της λογοδοσίας σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2021). Χρειάζονται πολυεστιασμένες στρατηγικές που δημιουργούν συνεργασίες σε όλο το σύστημα που συνδυάζουν νομικά εργαλεία, επιδόσεις και εργαλεία κοινωνικής λογοδοσίας. Αυτό ενδέχεται να περιλαμβάνει τη νομοθεσία για το δικαίωμα των ευάλωτων ατόμων στην ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση του πληθυσμού για τα δικαιώματά του, τη δημιουργία ισχυρών κανονισμών και προτύπων και την επιβολή μηχανισμών για την αντιμετώπιση και την αποκατάσταση. Τέλος, υποδηλώνουν ότι υπήρξε αποτυχία να απαντηθεί σε βασικές έννοιες του συστήματος υγείας, όπως η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Όλοι οι άνθρωποι αξίζουν να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια στο σύστημα υγείας. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας πρέπει να λάβουν την υποστήριξη που χρειάζονται για να εκπληρώσουν το επαγγελματικό τους καθήκον ακόμη και κάτω από τις πιο σοβαρές συνθήκες. Ένα υψηλής ποιότητας σύστημα υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες, τις εμπειρίες και τις προτιμήσεις ακόμη και των πιο ευάλωτων πληθυσμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δεδομένων των επιδόσεων της ελληνικής οικονομίας πριν από την κρίση, η λιτότητα θα μπορούσε σχεδόν να είχε αποφευχθεί το 2010. Αλλά οι πολιτικές λιτότητας που ακολουθούνταν από τότε ήταν μια οπισθοδρόμηση και δεν αντιστάθμισε αλλά μάλλον ενίσχυσε τις αρνητικές επιπτώσεις της ύφεσης στην κατανομή των εισοδημάτων.

Συγκεκριμένα, αυξήθηκε η απότομη αύξηση της ανεργίας μεταξύ των εργαζομένων με άμεσο το κίνδυνο της φτώχειας. Λόγω των κενών στο δίκτυο κοινωνικής ασφάλισης και επειδή η μακροχρόνια ανεργία θα παραμείνει πιθανώς υψηλή στο ορατό μέλλον, η κατάσταση ενηλίκων αλλά και παιδιών σε νοικοκυριά χωρίς εργασία, έχει γίνει πλέον το νέο κοινωνικό μοτίβο της Ελλάδας (Matsaganis et al., 2012).

Οι πολιτικές απαντήσεις στις κοινωνικές επιπτώσεις της κρίσης ήταν λανθασμένες, ανεπαρκείς ή και τα δύο. Η μεταρρύθμιση της ευημερίας προκάλεσε ορισμένες βελτιώσεις, αλλά οι περισσότερες περικοπές ήταν χωρίς διακρίσεις, προκαλώντας δυσκολίες και διαταράσσοντας τόσο τις υπηρεσίες υγείας όσο και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Η απορρύθμιση της αγοράς καθοδηγήθηκε από την πεποίθηση ότι η μείωση των αποζημιώσεων των εργαζομένων και η αποδυνάμωση των θεσμών της αγοράς εργασίας ήταν το «κλειδί» για την αποκατάσταση της ανταγωνιστικότητας (OECD, 2010).

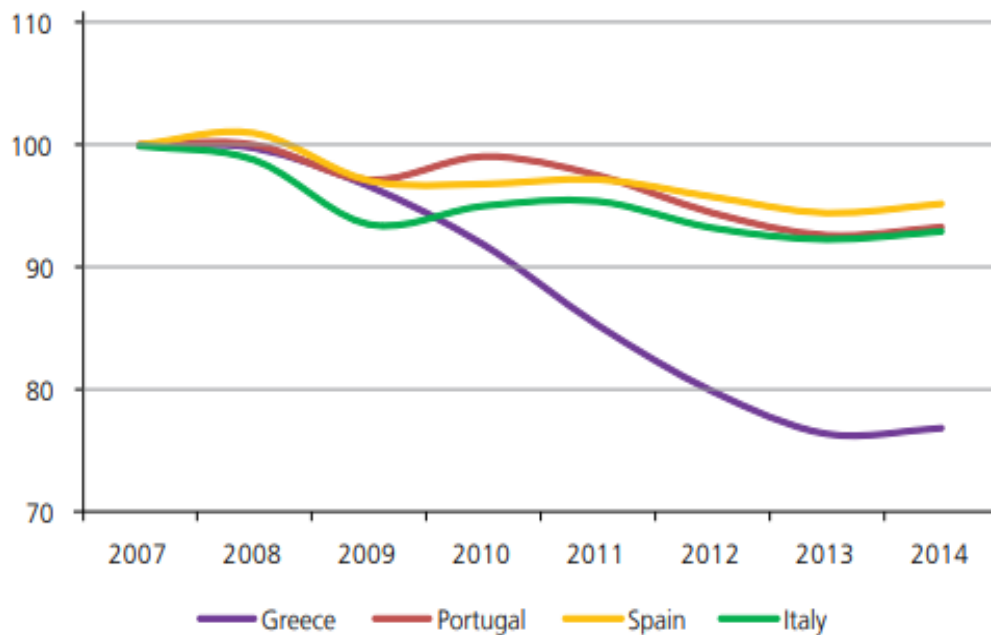
Αυτό δεν συμβαίνει: το εμπορικό ισοζύγιο βελτιώθηκε, αλλά κυρίως μέσω της πτώσης των εισαγωγών και όχι της αύξησης των εξαγωγών. Εν τω μεταξύ, αμοιβή και προϋποθέσεις για τους εργαζομένους έχουν επιδεινωθεί. Η μεταρρύθμιση της δημόσιας διοίκησης ήταν πολύ αναγκαία, αλλά συσχετίστηκε με μια απλή μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων (Βαρουφάκης κ.ά., 2011). Η προσπάθεια που είναι απαραίτητη για τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού κράτους εξακολουθεί να λείπει.

Η προοδευτική έξοδος από την κρίση δεν θα είναι εύκολη και δεν πρόκειται να συμβεί σύντομα. Εν τω μεταξύ, κάποιοι καλό θα ήταν να εγκαταλείψουν την υπεράσπιση παγιωμένων θέσεων, για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των απλών εργαζομένων για αξιοπρεπείς θέσεις εργασίας με επαρκείς αμοιβές και για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων των απλών πολιτών για προσιτές δημόσιες υπηρεσίες, αποτελεσματική διοίκηση και ορθότερη πολιτική.

3.1.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΚΡΙΣΗ

Η Ελλάδα έγινε πρωτοσέλιδο το 2009 όταν η δημοσιονομική κρίση της μετατράπηκε γρήγορα σε κρίση κρατικού χρέους, η οποία τελικά μεταλλάχθηκε σε πλήρη ύφεση. Με βάση τα νεότερα επίσημα στοιχεία, έως το τέλος του 2013 το μέγεθος της οικονομίας είχε συρρικνωθεί κατά 23,5% σε πραγματικούς όρους σε σχέση με το 2007. Αυτό είναι πολύ μεγαλύτερο από την αντίστοιχη συρρίκνωση σε άλλες οικονομίες της Νότιας Ευρώπης - Ισπανία: -5,5%, Πορτογαλία: -7,4%, Ιταλία: -7,8% ή Ιρλανδία -5,0% - την ίδια περίοδο. Τόσο βαθιά και τραβηγμένη η ύφεση δεν έχει προηγούμενο σε καιρό ειρήνης και στην οικονομική ιστορία των πιο προηγμένων οικονομιών (Busch et al., 2012).

Διάγραμμα 1: Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν σε τιμές αγοράς, 2007–2014 (2007 = 100)



Source: Eurostat statistics database.

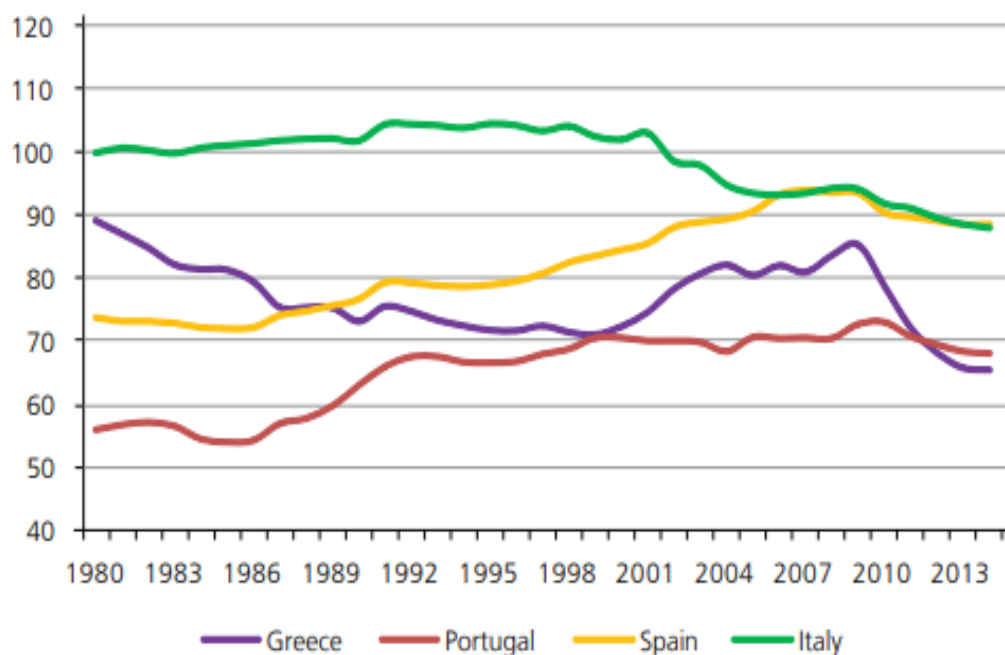
Μια ματιά στο πόσο τεράστια οπισθοδρόμηση είχε η Ελλάδα μπορεί να επιτευχθεί με την εξέταση του σχετικού κατά κεφαλήν ΑΕΠ (σε πρότυπα αγοραστικής δύναμης) στο δυτικοευρωπαϊκό μέσο όρο (ακριβέστερα, το κατά μέσο όρο για τα 15 κράτη μέλη που αποτελούν την Ευρωπαϊκή Ένωση πριν από τη διεύρυνση του 2004 - ΕΕ15).

Το 1981, όταν η Ελλάδα προσχώρησε στην τότε Ευρωπαϊκή Ένωση, το κοινοτικό, βιοτικό επίπεδο στην Ελλάδα ήταν, κατά μέσο όρο, μόλις 13,0 τοις εκατό χαμηλότερα από αυτά του μέσου Δυτικού Ευρωπαϊκού επιπέδου, πολύ καλύτερο από την απόδοση της Ισπανίας (27,0

τοις εκατό κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ15) ή την Πορτογαλία (43,4 ποσοστό κάτω από το μέσο όρο). Μέχρι το 1996, όμως, η Ελλάδα είχε χάσει σημαντικό έδαφος (28,4% κάτω ακαθάριστο εγχώριο προϊόν σε τιμές αγοράς, 2007–2014 (2007 = 100) κατά μέσο όρο), ξεπεράστηκε από την Ισπανία και σχεδόν πρόλαβε τη Πορτογαλία (20,6% και 33,3% κάτω από το μέσο όρο αντίστοιχα) (Bank of Greece, 2013).

Μετά την εισαγωγή του ευρώ, και οι τρεις χώρες αναπτύχθηκαν γρήγορα και η Ελλάδα ήταν η ταχύτερη από όλες. Την παραμονή της κρίσης, το 2009, όλοι είχαν συγκλίνει προς το δυτικοευρωπαϊκό μέσο όρο (Ελλάδα: 14,7% - Ισπανία: 6,5% - Πορτογαλία: 27,3% κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ15) (Bank of Greece, 2009). Μέχρι το 2013, το σχετικό βιοτικό επίπεδο στην Ισπανία και τη Πορτογαλία είχε υποχωρήσει κατά περίπου 5%, αλλά στην Ελλάδα, η οπισθοδρόμηση ήταν της τάξης των 20 ποσοστιαίων μονάδων (34,3% κάτω από το μέσο όρο), με άλλα λόγια, το χάσμα με την υπόλοιπη Δυτική Ευρώπη ήταν τόσο μεγάλο όσο ήταν στις αρχές του 1960.

Διάγραμμα 2: Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν σε τρέχουσες τιμές αγοράς, ανά κεφαλή πληθυσμού, κατά την αγορά πρότυπα ισχύος, 1980–2014 (ΕΕ-15 = 100)



Source: Statistical Annex of European Economy (Spring 2013), Table 9, pp. 46–47.

Ο τυπικός λογαριασμός της κρίσης χρέους της χώρας ξεκινά στο τέλος του 2009, όταν η επερχόμενη σοσιαλιστική κυβέρνηση ανακοίνωσε ότι τα προηγούμενα δημοσιονομικά στοιχεία είχαν αναφερθεί λανθασμένα.

Οι αναθεωρημένες εκτιμήσεις για το 2009 αύξησαν το δημοσιονομικό έλλειμμα από 3,7% έως 15,6% του ΑΕΠ και το δημόσιο χρέος από 99,6% σε 129,4% του ΑΕΠ. Η ευρωπαϊκή οικονομία ήταν ακόμα επηρεασμένη από τον αντίκτυπο της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2007 και συνέπεσε με την υποτονική ανάπτυξη παγκοσμίως, αναζωπυρώνοντας τις εικασίες για το μέλλον της ζώνης του ευρώ και καταστρέφοντας την αξιοπιστία του ισχυρισμού της Ελλάδας να παραμείνει σε αυτό το σημείο (Castles, 2010). Αμέσως, το κόστος δανεισμού άρχισε να ανεβαίνει σε απαγορευτικά επίπεδα. Τότε ήταν που η ελληνική κρίση άρχισε να παίρνει απρόβλεπτες διαστάσεις.

Σε απάντηση στην πίεση της αγοράς, η κυβέρνηση ανακοίνωσε τον πρώτο γύρο μέτρων λιτότητας το Μάρτιο του 2010. Αυτό κόστισε πολύ στην κυβέρνηση σε όρους δημοτικότητας, αλλά παρόλα αυτά δεν κατάφερε να ικανοποιήσει τις αγορές. Τον Απρίλιο του 2010, ο οργανισμός αξιολόγησης υποβάθμισε την πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας σε χαμηλό βαθμό επένδυσης (δηλαδή, κατάσταση ανεπιθύμητων). Διαδίδεται στα κρατικά ομόλογα του έτους - δηλαδή, διαφορές επιτοκίων από γερμανικά κρατικά ομόλογα - άρχισε να αυξάνεται κατακόρυφα, φτάνοντας τις 1.000 μονάδες βάσης (δηλαδή, 10 τοις εκατό) έναντι 200 μονάδων βάσης τριών μηνών προηγούμενος. Σε εκείνο το σημείο, η Ελλάδα ουσιαστικά έχασε την πρόσβαση στις διεθνείς χρηματοπιστωτικές αγορές και ένα δημόσιο χρέος άρχισε να εξελίσσεται σε κρίση φερεγγυότητας (Matsaganis, 2011).

Μετά από μια σημαντική ταλάντευση, η ρήτρα «μη διάσωσης» της Συνθήκης του Μάαστριχτ παραμερίστηκε άδοξα, ανοίγοντας το δρόμο για ένα τεράστιο δάνειο ύψους 110 δισ. ευρώ από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, το Μάιο του 2010. Το δάνειο σχεδιάστηκε για να καλύψει τις απαιτήσεις δανεισμού της Ελλάδας για τα επόμενα τρία χρόνια, μετά τα οποία θεωρήθηκε ότι η χώρα θα επέστρεφε στις αγορές. Σε αντάλλαγμα για το δάνειο, η κυβέρνηση αναγκάστηκε να υπογράψει Μνημόνιο Οικονομικών και Δημοσιονομικών Πολιτικών. Το Μνημόνιο δεσμεύτηκε από την κυβέρνηση για σαρωτικές περικοπές δαπανών και απότομες αυξήσεις φόρων, με στόχο τη μείωση του δημόσιου ελλείματος της χώρας κάτω του 3% του ΑΕΠ έως το 2014. Για να αποδειχθεί η αξιοπιστία της κυβέρνησης, ένας δεύτερος γύρος με άμεσα μέτρα λιτότητας, ανακοινώθηκε (Matsaganis & Leventi, 2013).

Οι προβλέψεις του δανείου και του προγράμματος λιτότητας έχουν αναθεωρηθεί αρκετές φορές από τον Μάιο του 2010. Όταν η Βουλή των Ελλήνων ενέκρινε το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής του 2012–2015, η σύνοδος κορυφής για την

ευρωζώνη τον Ιούλιο του 2011 βελτίωσε τους όρους του προγράμματος, παραχωρώντας χαμηλότερα επιτόκια και μεγαλύτερη διάρκεια αποπληρωμής. Με τη συμφωνία να δείχνει αναποτελεσματική ενάντια στο στοίχημα των αγορών, η χώρα δεν θα μπορούσε ρεαλιστικά να εξυπηρετήσει το εξωτερικό χρέος της και ως εκ τούτου αναγκάστηκε να αθετήσει, με την ευρωπαϊκή σύνοδο κορυφής τον Οκτώβριο του 2011 να ανοίγει το δρόμο σε μια διαπραγμάτευση μείωσης της ονομαστικής αξίας των ομολόγων του ελληνικού δημοσίου και ένα νέο δάνειο 158 δισ. ευρώ. Η τελευταία αναθεώρηση του προγράμματος (Ενδιάμεσο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016) είχε καθοριστικές διαρθρωτικές δημοσιονομικές αποταμιεύσεις ύψους 13,5€ δισεκατομμύρια (7,15 % του ΑΕΠ) το 2013–2014 (Karanikolos et al., 2013).

Το ελληνικό πρόγραμμα κατάφερε τελικά να εντυπωσιάσει τις διεθνείς αγορές, αλλά προκάλεσε ισχυρή εγχώρια αντίδραση. Οι πολιτικές αναταραχές έφτασαν στο αποκορύφωμά τους στις 5 Μαΐου το 2010 στο πλαίσιο μιας τεράστιας και σε μεγάλο βαθμό ειρηνικής διαδήλωσης, όταν τρεις εργαζόμενοι έχασαν τη ζωή τους καθώς εξτρεμιστές έβαλαν φωτιά σε μια μεγάλη τράπεζα στην Αθήνα. Η τραγωδία προκάλεσε περαιτέρω αμφιβολία για το μέλλον της χώρας και αύξησε τις πιθανότητες ότι το πακέτο διάσωσης μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικό.

Όπως έδειξαν οι επόμενες εξελίξεις, αυτό ήταν το σχήμα των πραγμάτων που έρχονται. Το πακέτο διάσωσης είχε πέσει ως σανίδα σωτηρίας σε μια σχεδόν χρεοκοπημένη οικονομία, με το τίμημα της αποτελεσματικής απομάκρυνσης της εξουσίας επί της οικονομικής πολιτικής από δημοκρατικά εκλεγμένα άτομα. Αυτό προκάλεσε αντιδράσεις σε όλο το πολιτικό φάσμα και μεταμορφώθηκε η ελληνική πολιτική σχεδόν εν μία νυκτί.

Νέα πολιτική διάσπαση προέκυψε (οι υπέρ έναντι εκείνων που αντιτίθενται στο πακέτο διάσωσης), αναδιατύπωση με εκ νέου διακρίσεις (φιλοευρωπαϊκές έναντι αντιδυτικών) και εν μέρει έκλειψη πιο παραδοσιακών γραμμών οριοθέτησης (αριστερά έναντι δεξιάς) (Georgiadou, 2013).

Οι πολιτικές λιτότητας εισήχθησαν όταν η ελληνική οικονομία ήταν ήδη σε ύφεση και απλώς την επιδείνωσε. Με τη ζήτηση αγαθών και υπηρεσιών να καταρρέει, πολλές επιχειρήσεις χρεοκόπησαν, άλλες μετεγκαταστάθηκαν, ενώ οι περισσότερες από αυτές που «επέζησαν», κατέφυγαν σε απολύσεις ή/ και πληρωμή ληξιπρόθεσμων οφειλών. Ως αποτέλεσμα, η ανεργία αυξήθηκε από 6,6% τον Μάιο του 2008 σε 27,6% τον Απρίλιο του 2013. Τα πράγματα χειροτέρεψαν μετά τον Φεβρουάριο του 2012, όταν η τρόικα έπεισε μια σαφώς

απρόθυμη κυβέρνηση να δοκιμάσει εσωτερική υποτίμηση. Η στρατηγική είχε σκοπό να ενισχύσει την ανταγωνιστικότητα και να αναζωογονήσει την οικονομία. Το κύριο χαρακτηριστικό της κίνησης αυτής ήταν μια δραστική μείωση του κατώτατου μισθού κατά 22% σε ονομαστική τιμή όρων (32% για εργαζόμενους ηλικίας κάτω των 25 ετών).

Είναι εξαιρετικά αμφίβολο αν η εσωτερική υποτίμηση πράγματι δούλεψε. Ενώ το εμπορικό έλλειμμα βελτιώθηκε, πλησιέστερα προκλήθηκε επιθεώρηση από αλλαγές στη ζήτηση παρά ως αποτέλεσμα της προσφοράς. Τα στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδας (2013) δείχνουν, εκτός από τις εισαγωγές αγαθών, τα καύσιμα να μειώνονται κατακόρυφα το 2012 (-15,0 % σε σχέση με -4,3 το 2011), ενώ οι αντίστοιχες εξαγωγές στην πραγματικότητα αυξήθηκαν λιγότερο από το προηγούμενο έτος (+3,8% το 2012 σε σύγκριση με +18,4 % το 2011) (Matsaganis & Leventi, 2013).

Εν τω μεταξύ, η ανεργία συνέχισε να αυξάνεται, ακόμη και με πιο αργό ρυθμό. Όσον αφορά τα κέρδη, η πτώση του κατώτατου μισθού είχε ευρύτερες επιπτώσεις με ενίσχυση των αρνητικών επιπτώσεων της ύφεσης: ο μέσος όρος των ακαθάριστων κερδών σε μη τραπεζικές επιχειρήσεις μειώθηκαν σε πραγματικούς όρους κατά 10,6% το 2012, σε σύγκριση με πτώση 4,9 το 2011 (Τράπεζα της Ελλάδος, 2013).

Ο βαθμός στον οποίο οι πολιτικές λιτότητας συνέβαλαν στη τρέχουσα ύφεση, αντί να είναι απλώς μια απάντηση στις διαρθρωτικές αδυναμίες, είναι θέμα έντονης συζήτησης μεταξύ των οικονομολόγων. Σαφώς, οι διεθνείς οργανισμοί είχαν υποτιμήσει σοβαρά το μέγεθος του φορολογικού πολλαπλασιαστή, δηλαδή το βάθος της ύφεσης που σχετίζεται με τη λιτότητα.

Ως πρόσφατη μελέτη, η Καμινιώτη (2012) παραχώρησε νωρίς τις προβλέψεις φορολογικού πολλαπλασιαστή περίπου 0,5 (δηλαδή, μείωση του δημοσιονομικού ελλείμματος κατά 10€ που θα οδηγήσει σε πτώση του ΑΕΠ κατά 5€), ενώ το πραγματικό αποτέλεσμα αποδείχθηκε ότι ήταν περίπου 1,5 (έλλειμμα η έκπτωση των 10€ μπορεί να οδήγησε σε πτώση της παραγωγής κατά 15€) ή περισσότερο. Φαίνεται ότι υπάρχουν μεγαλύτεροι φορολογικοί πολλαπλασιαστές στις πρώτες φάσεις της ύφεσης και στις χώρες όπου η δημοσιονομική εξυγίανση είναι μεγαλύτερη. Αυτό φαίνεται δίκαιη περιγραφή της Ελλάδας το 2010, ότι η κυβέρνηση προσπάθησε δημοσιονομική εξυγίανση και πέτυχε: πράγματι, περίπου στο 5 τοις εκατό του ΑΕΠ, δεν έχει καμία άλλη χώρα του ΟΟΣΑ πετύχει τέτοια δημοσιονομική βελτίωση σε ένα μόνο έτος τις τελευταίες τρεις δεκαετίες (OECD, 2010).

Συνολικά, δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι οι λιτές πολιτικές και η ευρύτερη ύφεση συνδέονται στενά.

Από τη μία πλευρά, οι πολιτικές λιτότητας προκαλούν και οδηγούν τις επιχειρήσεις που τροφοδοτούν την εγχώρια αγορά να μειώσουν την παραγωγή, να μειώσουν τους μισθούς και να απολύσουν προσωπικό. Από την άλλη πλευρά, η ύφεση εξασθενεί τις δυνατότητες μείωσης του ελλείμματος των πολιτικών λιτότητας – για παράδειγμα - χαμηλότερες φορολογικές εισπράξεις, υψηλότερες δαπάνες για κοινωνικά οφέλη - και ενισχύει την πίεση για την υιοθέτηση αυστηρότερων μέτρων (Pierson, 2004).

Ωστόσο, οι εγχώριοι παράγοντες συνέβαλαν επίσης στην ύφεση. Αξίζει να θυμηθούμε, για αρκετά χρόνια πριν ξεσπάσει η κρίση, ότι η Ελλάδα απολάμβανε μια περίοδο ταχείας ανάπτυξης: οι πραγματικοί ρυθμοί ανάπτυξης ήταν κατά μέσο όρο 4,1 τοις εκατό σε 2000–2007, σε σύγκριση με 2,5 τοις εκατό στην (τότε) ΕΕ-27 ως σύνολο. Παρ'όλα αυτά, πίσω από την ευημερία, η χώρα βασίζεται σε ισχυρή καταναλωτική ζήτηση, ενισχυμένη από φθηνές πιστώσεις, δημιουργώντας μια σε μεγάλο βαθμό μη ανταγωνιστική οικονομία. Η σταθερή επιδείνωση του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών (κυρίως εξαγωγές μείον τις εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών), σε χρόνιο έλλειμμα φθάνοντας στο 14,9% του ΑΕΠ το 2008, ήταν το πιο ξεκάθαρο σημάδι ότι η οικονομία ήταν σε κακή κατάσταση (Elstat, 2010).

Οι επιδόσεις των φτωχών ελληνικών επιχειρήσεων στις εξαγωγικές αγορές και η κρίση έκαναν την ύφεση αναπόφευκτη, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό. Επιπλέον, όπως ήδη αναφέρθηκε, το μέγεθος του ελλείμματος του ελληνικού προϋπολογισμού, αποκαλύφθηκε ότι είναι 15,6% του ΑΕΠ το 2009, έναντι του στόχου 3% που είχε καθοριστεί στο Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης (και την προηγούμενη διασφάλιση από τη συντηρητική κυβέρνηση που δεν θα ξεπερνούσε 3,7 τοις εκατό του ΑΕΠ), δημιουργώντας δημοσιονομική εξυγίανση και ως εκ τούτου λιτότητα που ήταν σε μεγάλο βαθμό αναπόφευκτη (Κουλιεράκης, 2010).

Ακόμα κι αν είναι δύσκολο να δούμε πώς θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί η λιτότητα το Μάιο του 2010, η συνεχιζόμενη διαμάχη για το αν η Ελλάδα πρέπει να αποδεχθεί ή να απορρίψει το πακέτο διάσωσης έχει σίγουρα αποσπάσει την προσοχή από τις βασικές πτυχές της τρέχουσας κατάστασης.

3.1.2 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εστιασμένοι στο κλάδο της υγείας, στη πραγματικότητα, αν και δεν υπήρχε έλλειψη σε ειδικευόμενους γιατρούς ή βιοϊατρική τεχνολογία, η φήμη των νοσοκομείων παρέμεινε φτωχή, με τους Έλληνες γιατρούς να είναι σε χαμηλή εκτίμηση, τις υπηρεσίες να είναι δαπανηρές για τους χρήστες, ενώ το βάρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία να πέφτει όλο και περισσότερο σε ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος. Η κακή διοίκηση όπως και τα χαλαρά πρότυπα ήταν επίσης εμφανή στοιχεία σε πολλούς τομείς πολιτικής (OECD, 2011).

Το Μάρτιο του 2012, το κόστος για παροχές (μη πραγματικές και αναγκαίες) ξεπέρασε τα 4 δισεκατομμύρια ευρώ, που - υποθέτοντας ότι η εκτίμηση είναι ακριβής –ισοδυναμεί με το δύο τοις εκατό του ΑΕΠ ή το 13 τοις εκατό του συνόλου των κοινωνικών δαπανών (κάτι που δεν αφορά τη πραγματικότητα) (ΕΚΤΕΠΝ, 2013). Διάφοροι παράγοντες συνέκλιναν για να φέρουν αυτό το αποτέλεσμα. Η διάχυση μιας πελατειακής πολιτικής κουλτούρας με βάση την ανταλλαγή ευνοουμένων για ψήφους ήταν ένας τέτοιος παράγοντας, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι συντάξεις αναπηρίας σε πολλές περιοχές όπως στη Κρήτη (παραδοσιακό πεδίο μάχης αντίπαλων πολιτικών παρατάξεων), ήταν δύο φορές πιο κοινές από αλλού στη χώρα. Η συννεογή, που συχνά μετατρέπεται σε πλήρη διαφθορά, ιατρών και τοπικών διοικητικών υπαλλήλων που αποτελούν τις επιτροπές επεξεργασίας των αιτήσεων αναπηρίας, ήταν ένας ακόμη παράγοντας. Τα χαμηλά επίπεδα πολιτικότητας και μια ευρέως διαδεδομένη αμοιβαία στάση καχυποψίας μεταξύ πολιτών και κράτους ήταν τα αίτια για όλα τα υπόλοιπα.

Όπως υποδηλώνουν οι παραπάνω αναφορές, το ελληνικό κράτος πρόνοιας ήταν ιδιαιτέρως ακατάλληλο για την κρίση. Στην πραγματικότητα, όταν παρουσιάσθηκε η κρίση, η πολιτική απάντηση περιλάμβανε απλώς μια συμβολοσειρά των ειδικών συστημάτων στήριξης, με στόχο το υπάρχον όφελος αποδεκτών, στους οποίους καταβλήθηκαν μερικές εκατοντάδες ευρώ ως ένα εφάπαξ ποσό (Matsaganis et al., 2012). Στη συνέχεια ήρθε το πακέτο διάσωσης του Μαΐου 2010 και η κοινωνική πολιτική (όπως όλες οι δημόσιες πολιτικές) έγινε αυστηρή διεθνή εποπτεία.

3.2 ΔΟΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πριν εμβαθύνουμε στοχευμένα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, πρέπει να προσδιορίσουμε τη δομή και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας. Υπάρχουν δυο τύποι συστημάτων υγείας: όταν οι κοινωνικές ανάγκες καλύπτονται από το ίδιο το κράτος, εστιάζοντας κυρίως

στη κάλυψη των εργαζομένων, τότε έχουμε να κάνουμε με ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark. Διαφορετικά, όταν οι κοινωνικές ανάγκες καλύπτονται επίσης από το κράτος αλλά αφορά όλους τους πολίτες, χωρίς να εστιάσει σε κάποια κοινωνική ομάδα αποκλειστικά, τότε μιλάμε για ένα σύστημα υγείας τύπου Beveridge (Θεοδώρου κ.ά., 2001).

Εφόσον, ειπώθηκαν όλα τα παραπάνω, το ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα σύμπλεγμα συστημάτων υγείας. Μελετώντας τις μέχρι τώρα αναφορές και έρευνες, το ελληνικό σύστημα υγείας εμπεριέχει στοιχεία και από τους δυο παραπάνω αναφερόμενους τύπους συστημάτων υγείας.

Ειδικότερα, η χρηματοδότηση αυτού γίνεται τόσο από τις ασφαλιστικές εισφορές όσο και από την ίδια τη φορολογία. Δε θα μπορούσε να παραληφθεί ότι ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχει ενεργά τόσο στη παροχή αλλά και στη χρηματοδότηση αυτών. Με πληθώρα προβλημάτων να συνοδεύουν το ελληνικό σύστημα υγείας, βρίσκονται σε κίνδυνο οι ανάγκες του ίδιου του πληθυσμού (Λιαρόπουλος, 2007).

3.2.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ως αποτέλεσμα της έλλειψης χρηματοδότησης και άλλων πολιτικών απαντήσεων (που αναθεωρήθηκαν αργότερα), η πρόσβαση σε προσιτή υγειονομική περίθαλψη είχε συμβιβαστεί τα τελευταία χρόνια. Τα στοιχεία είναι ως επί το πλείστον ελάχιστα, δεδομένου ότι υπάρχει ένα σημαντικό χρονικό διάστημα πριν από την αποτύπωση των τρεχουσών εξελίξεων με επίσημες στατιστικές.

Εν τω μεταξύ, τα δεδομένα που είναι ήδη διαθέσιμα (αναφορά για την πρόιμη φάση της κρίσης) δημιουργούν μια ανησυχητική εικόνα. Για παράδειγμα, το ποσοστό αυτοαναφερόμενων μη ικανοποιημένων αναγκών για ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, όπως αναφέρεται στο ΠΟΥ, είχε αυξηθεί από 4,1% ποσοστό το 2009 σε 6,3% το 2011. Αυτό συγκρίθηκε δυσμενώς με την ΕΕ ως σύνολο (2,4% το 2011, από 1,9% το 2009). Στα περισσότερα άλλα μέλη κράτη, συμπεριλαμβανομένης της Ισπανίας (0,4 τοις εκατό) και της Πορτογαλίας (1,3 το 2011), το ποσοστό ήταν χαμηλότερο (OECD, 2013).

Ομοίως, μεταξύ πληθυσμού με το χαμηλότερο εισόδημα (δηλαδή το φτωχότερο 20 τοις εκατό του πληθυσμού), αυξήθηκε το ποσοστό όσων ανέφεραν ότι δεν ικανοποιήθηκαν την ίδια περίοδο, από 8,1% σε 10,2% στην Ελλάδα. Αυτά τα στοιχεία είναι πλέον από τα υψηλότερα

στην ΕΕ. Για παράδειγμα, το αντίστοιχο νούμερο ήταν πολύ χαμηλότερο στην Ισπανία (0,7 τοις εκατό) και την Πορτογαλία (2,2 τοις εκατό το 2011), αν και το ζήτημα φαινόταν να είναι πιο πειστικό στην Ιταλία (11,3%) (OECD, 2013).

Ενώ είναι πιθανό ότι η παρατεταμένη ύφεση μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση των αποτελεσμάτων υγείας στην εκάστοτε χώρα, είναι μάλλον πολύ νωρίς να καθιερωθούν τέτοια αποτελέσματα στην περίπτωση της ελληνικής κρίσης. Τα διαθέσιμα στοιχεία για τους ερευνητές θεωρούνται ότι είναι ακόμα σποραδικά και σε μεγάλο βαθμό ασαφή.

Ωστόσο, πριν από την κρίση, η υγειονομική περίθαλψη σίγουρα δεν είχε χαμηλούς πόρους χρηματοδότησης. Μεταξύ 2000 και 2009, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 8,0% σε 10,2%, αυξανόμενες σε κατά κεφαλήν όρους με μέσο ετήσιο ποσοστό 5,7 τοις εκατό. Το 2010, η Ελλάδα είχε τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών ανά κατά κεφαλήν στην Ευρώπη (6,1 ανά 1.000 πληθυσμό), σχεδόν δύο φορές του μέσου όρου της ΕΕ, καθώς και το μεγαλύτερο αριθμό μαγνητικής τομογραφίας και αξονικών τομογράφων (και εξετάσεις). Οι φαρμακευτικές δαπάνες είχαν αυξηθεί ακόμη πιο έντονα και ήταν τώρα οι υψηλότερες στην Ευρώπη (κατά κεφαλήν, σε αγοραστική δύναμη όροι). Το τίμημα για μεγάλο μέρος αυτής της αφθονίας πληρώθηκε: το 2008, το μερίδιο των δημόσιων δαπανών για την υγεία παρέμεινε ένα από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη, ενώ το μερίδιο πληρωμών από την τσέπη των πολιτών ήταν ένα από τα υψηλότερα (OECD, 2013).

3.2.2 ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η πιο σημαντική εξέλιξη στην πολιτική υγείας ήταν η προσπάθεια του 2011 να μειώσει τον κατακερματισμό της κοινωνικής ασφάλισης υγείας μέσω της συγχώνευσης των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων ασθένειας, που καλύπτουν πάνω από το 90 τοις εκατό του πληθυσμού, σε έναν Εθνικό Οργανισμό Υπηρεσιών Υγείας (Kanellopoulos, 2012).

Ο νέος οργανισμός είναι υπεύθυνος για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμακευτικών προϊόντων που συνταγογραφούνται εκτός νοσοκομείων. Ο οργανισμός αυτός λαμβάνει χρηματοδότηση, όπως και στα συνταξιοδοτικά ταμεία ασθένειας κυρίως από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και υποστηρίζεται από κρατική επιδότηση που ορίζεται στο 0,6 τοις εκατό του ΑΕΠ ετησίως (Matsaganis, 2007). Μια επιπλέον εισφορά μετρητών ύψους 1 δισ. ευρώ ετησίως είναι να προστεθεί στη μεταβατική περίοδο, για να λογοδοτήσει για δαπάνες για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους αγρότες, μόνο μέχρι τώρα για επιλέξιμες

επισκέψεις στα εξωτερικά νοσοκομειακά τμήματα και αγροτικά κέντρα υγείας. Παρ' όλα αυτά, όπως έχει εξελιχθεί, οι ταμειακές ροές διαταράσσονται σοβαρά από την ανικανότητα (ή απροθυμία) των ταμείων ασθενείας να μεταφέρουν εισφορές εισοδημάτων προς και με την κρατική επιδότηση να είναι χαμηλότερη από ό,τι ορίζει ο νόμος (Πανελλήνιο Συνέδριο, 2014).

Η μεταρρύθμιση προκάλεσε κάποια διαμάχη καθώς αφορά τις αμοιβές των ιατρών. Τελικά, επιτρέπεται στους γιατρούς να ασκούνται ιδιωτικά και να εργάζονται με μερική απασχόληση για τον οργανισμό, παρέχοντας στους ασθενείς κάποιες επισκέψεις το μήνα με έναντι χρέωσης 10€ ανά επίσκεψη. Εξαιτίας αυτής της ασυνήθιστης ρύθμισης, η πρόσβαση στη δημόσια παροχή διακυβεύεται μόλις ο συμφωνημένος δωρεάν αριθμός ξεπεραστεί από τις επισκέψεις ανά γιατρό.

Η φαρμακευτική πολιτική ήταν ένας άλλος στόχος για μεταρρύθμιση - είναι αρκετά κατανοητό, καθώς η σχετική δαπάνη αυξήθηκε από 1,5% του ΑΕΠ το 2000 σε 2,8 το 2009 (Spanou & Sotiropoulos, 2011). Μεταρρυθμίσεις στην τιμολόγηση και επιστροφή των συνταγογραφούμενων φαρμάκων εισήχθησαν αμέσως, ενώ η δέσμευση να μην επιτραπούν δημόσιες δαπάνες φαρμακευτικών προϊόντων που θα υπερβαίνουν τον ευρωπαϊκό μέσο όρο του ποσοστού του ΑΕΠ, κατοχυρώθηκε στο Μνημόνιο του 2010.

Ως αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών, ενισχύθηκαν από τη μείωση στο διαθέσιμο εισόδημα πολλών ασθενών οι συνολικές δαπάνες ενώ τα φαρμακευτικά προϊόντα μειώθηκαν στο 2,6% του ΑΕΠ το 2011.

Συνολικά, μεταξύ 2009 και 2011 οι δημόσιες δαπάνες στην υγεία μειώθηκαν κατά 24,3% σε πραγματικούς όρους, ενώ οι συνολικές δαπάνες (που περιλαμβάνουν ιδιωτικές δαπάνες) μειώθηκαν κατά 21,0 % (OECD, 2013).

Δεδομένης της έκτασης και της αναποτελεσματικότητας πριν από την κρίση, το περιθώριο για βελτιώσεις της αποδοτικότητας ήταν μεγάλο. Παρ' όλα αυτά, όπως συζητήθηκε νωρίτερα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη έχει επιδεινωθεί τα τελευταία χρόνια, με τις περικοπές χρηματοδότησης και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών να έχουν διαταράξει τη παροχή υπηρεσιών υγείας για πολλούς ασθενείς.

Συγκεκριμένα, οι συν-πληρωμές και οι χρεώσεις χρηστών για συνταγογραφούμενα φάρμακα (η διαφορά μεταξύ των πραγματικών και οι τιμές αναφοράς που αποζημιώνονται από τα ταμεία ασθενείας, συν επιπλέον χρέωση 1€ ανά συνταγή από το 2014), οι επισκέψεις με

γιατρούς (πλήρες κόστος επίσκεψης όταν ο μέγιστος αριθμός επισκέψεων ανά μήνα εξαντλήθηκε), οι επισκέψεις σε κέντρα υγείας και νοσοκομειακές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών (αυξήθηκαν από 3€ σε 5€ ανά επίσκεψη στο 2011 ενώ μετέπειτα καταργήθηκε), ή οι εισαγωγές σε δημόσια νοσοκομεία ως ενδονοσοκομειακοί ασθενείς (25€ ανά είσοδο από το 2014 ενώ μετά καταργήθηκε), έχουν μετατοπιστεί σε κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στους ίδιους τους ασθενείς.

Διαθέσιμα δεδομένα από την πρώιμη φάση της κρίσης ήδη παρουσίασαν το μερίδιο των πληρωμών από την τσέπη των ασθενών στις συνολικές δαπάνες για την υγεία να έχουν αυξηθεί, από 28,0% το 2009 στο 30,5% το 2011 (OECD, 2013), ενώ τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αύξαναν αυτό το ποσοστό σε 38,4% το 2010. Δεδομένου ότι αυτά τα στοιχεία δεν αποτυπώνονται στις πρόσφατες εξελίξεις, όπως αυτές που εξετάστηκαν παραπάνω, αυτό φαίνεται δίκαιο να συμπεράνουμε ότι η πρόσβαση στο τομέα περίθαλψης έχει υποστεί σοβαρό συμβιβασμό ως αποτέλεσμα των ελλείψεων χρηματοδότησης και άλλων πολιτικών απαντήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

4.1 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Μπροστά σε έναν αυξανόμενο αριθμό κρίσεων, τη μεγαλύτερη διάρκεια και τον πιο περίπλοκο χαρακτήρα τους, οι ανάγκες ανθρωπιστικής βοήθειας συνεχίζουν να αυξάνονται σε όλο τον κόσμο. Για να εξασφαλίσει τους πόρους για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών, η Ευρώπη εισέρχεται σε μια νέα φάση της δέσμευσής της για ανθρωπιστική δράση, υιοθετώντας μια νέα ανθρωπιστική στρατηγική για τα επόμενα τέσσερα χρόνια, τριπλασιάζοντας τις ετήσιες χρηματοδοτικές της συνεισφορές έως το 2022.

Η ανθρωπιστική δράση στοχεύει να σώσει ζωές και να διασφαλίσει την αξιοπρέπεια των πληθυσμών σε χώρες που έχουν πληγεί από φυσικές και ανθρωπογενείς καταστροφές, καλύπτοντας τις βασικές τους ανάγκες, όπως πρόσβαση σε νερό και αποχέτευση, τροφή, ιατρική περίθαλψη και στέγη. Η ανθρωπιστική δράση είναι επίσης ένας πυλώνας της εξωτερικής πολιτικής, ο οποίος μεταφράζει την αλληλεγγύη σε σχέση με τους πληγέντες από κρίση συγκεκριμένου όρους και συμβάλλει στη διεθνή σταθερότητα.

Ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται ανθρωπιστική βοήθεια υπερδιπλασιάστηκε σε πέντε χρόνια, από 61,7 εκατομμύρια το 2012 σε 128,6 εκατομμύρια το 2017. Οι εκτιμήσεις για το 2023 εκτιμούν ότι ο αριθμός αυτός είναι 135,7 εκατομμύρια (Σουλιώτης κ.ά., 2018).

Οι κρίσεις έχουν επίσης παραταθεί. Οι διοργανικές εκκλήσεις του ΟΗΕ για ανθρωπιστική χρηματοδότηση σε μια δεδομένη χώρα ή ζώνη έχουν τώρα μέση διάρκεια οκτώ ετών. Το 84% της ανθρωπιστικής βοήθειας διατίθεται σε κρίσεις άνω των τριών ετών και το 69% σε κρίσεις διάρκειας άνω των δέκα ετών.

Οι παραβιάσεις των βασικών κανόνων του διεθνούς ανθρωπιστικού δικαίου γίνονται όλο και πιο συχνές. Άμαχοι πληθυσμοί και περιουσίες δέχονται επίθεση, με τις αγορές και τα σχολεία να στοχεύονται απευθείας. Οι ανθρωπιστικοί φορείς είναι επίσης στόχοι και οι επιθέσεις εναντίον τους έχουν αυξηθεί σημαντικά, τριπλασιάζοντας τα τελευταία 20 χρόνια. Οι επιθέσεις κατά των τραυματιών και του ιατρικού προσωπικού, η παρεμπόδιση της πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη και η καταστροφή των ιατρικών εγκαταστάσεων έχουν επίσης φτάσει σε εξαιρετικά ανησυχητικά επίπεδα. Η αδιάκριτη χρήση εκρηκτικών σε κατοικημένες

περιοχές είχε επίσης δραματικές συνέπειες για τον άμαχο πληθυσμό. Ενώ τέτοιες παραβιάσεις δεν είναι καινούργιες, φαίνεται να χρησιμοποιούνται συστηματικότερα για την επίτευξη στρατιωτικού πλεονεκτήματος σε συγκρούσεις.

Μέσω της ανθρωπιστικής της στρατηγικής 2018-2022, η Ευρώπη μεταφράζει την επιθυμία της να καταστήσει την ανθρωπιστική δράση πιο αποτελεσματική σε 15 συγκεκριμένες αποφάσεις. Με την ενίσχυση των μέσων της (τριπλασιάζοντας τις συνεισφορές της σε σχέση με το 2017 για να φτάσει τα 500 εκατομμύρια ευρώ ετησίως έως το 2022), εστιάζει όλο και περισσότερο το έργο της στην αλληλεγγύη και τη διεθνή σταθερότητα.

Οι δεσμεύσεις αυτές αφορούν (Matsaganis, 2013; Ρομπόλης & Χλέτσος, 2015):

1. την οικοδόμηση ενός ισχυρού συνασπισμού κρατών για την ενίσχυση της προστασίας του ανθρωπιστικού και ιατρικού προσωπικού σε συγκρούσεις.
2. τη προώθηση της προστασίας των παιδιών σε ένοπλες συγκρούσεις.
3. την επιδίωξη της δέσμευσής της για τα ζητήματα των γυναικών, της ειρήνης και της ασφάλειας, υποστηρίζοντας δράσεις που παρέχουν ειδική βοήθεια σε γυναίκες και κορίτσια για την περαιτέρω επανένταξη και ενδυνάμωσή τους και κυρίως δραστηριότητες δημιουργίας εισοδήματος.
4. την επίτευξη συμφωνίας σε ένα πιθανό φόρουμ κρατών για την ενίσχυση της συμμόρφωσης με το διεθνές ανθρωπιστικό δίκαιο, δημιουργώντας ένα χώρο για διάλογο.
5. τη συνέχιση των προσπαθειών της να συγκεντρώσει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένων των μόνιμων μελών του Συμβουλίου Ασφαλείας, για τον στόχο της να ρυθμίσει τη χρήση του βέτο σε περίπτωση μαζικών καταστάσεων αγριότητας.
6. να συνεχίσει να καταπολεμά την ατιμωρησία στο μέγιστο βαθμό, ιδίως όσον αφορά τις παραβιάσεις σε συγκρούσεις, και ιδιαίτερα στη Μέση Ανατολή.
7. τη συνεργασία με τους εταίρους της και σε σχετικά φόρουμ για να διασφαλίσει την πλήρη εφαρμογή του διεθνούς ανθρωπιστικού δικαίου στον κυβερνοχώρο.
8. την ανάπτυξη επικοινωνιακού και απαιτητικού ανθρωπιστικού διαλόγου μέσω τακτικών διαβουλεύσεων με τους κύριους εταίρους της, είτε είναι μέρη σε σύγκρουση είτε ανερχόμενοι ανθρωπιστικοί παράγοντες, για να προωθήσει τη συμμόρφωση με το και να ενθαρρύνει πιθανή συνεργασία.

9. τη συνέχιση των προσπαθειών της για την κοινοποίηση των αρχών στις ένοπλες δυνάμεις της και στο εξωτερικό και την εφαρμογή των επιχειρησιακών πρακτικών της για την προστασία των αμάχων.

10. να γίνει από μια από τους πέντε πρώτους παγκόσμιους δωρητές που παρέχουν συνολικά 500 εκατομμύρια ευρώ σε ανθρωπιστική βοήθεια.

11. εκπόνηση νέας μεθοδολογίας και απλοποιημένου εργαλείου παρακολούθησης για ανθρωπιστική χρηματοδότηση, η οποία είναι πιο προσιτή και χρησιμοποιείται από όλες τις σχετικές υπηρεσίες.

12. υιοθέτηση του πιλοτικού σχεδίου για την εναρμόνιση και τον εξορθολογισμό των διαδικασιών αναφοράς που προωθούνται για όλους τους διμερείς μηχανισμούς χρηματοδότησης της ανθρωπιστικής ανταπόκρισης.

13. την ανάπτυξη, ήδη από τη φάση αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης και όπου δικαιολογείται από το πλαίσιο ή την κρίση, μιας μακροπρόθεσμης στρατηγικής για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και της ανάκαμψης μετά την κρίση, που αναπτύχθηκε από κοινού από τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς ανθρωπιστικής απάντησης και ανάπτυξης.

14. την εναρμόνιση του δείκτη φύλου του ΟΟΣΑ σε όλα τα διμερή ανθρωπιστικά του σχέδια και να συνεχίσει να υποστηρίζει τους οργανισμούς, τα κεφάλαια και τα προγράμματα των Ηνωμένων Εθνών και των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων να τον συμπεριλάβουν.

15. την απόκτηση μηχανισμού ανάπτυξης ικανοτήτων για τους τοπικούς ενδιαφερόμενους φορείς για να δώσουν σε κάθε έργο ΜΚΟ που χρηματοδοτείται από το Ανθρωπιστικό Ταμείο Έκτακτης Ανάγκης, κεφάλαια για τη δημιουργία ικανοτήτων των τοπικών εταίρων τους, να αυξήσουν τη χρηματοδότησή τους για τους τοπικούς ενδιαφερόμενους φορείς και να εφαρμόσουν έναν δείκτη για τη μέτρηση του βαθμού εντοπισμού της ανθρωπιστικής της δράσης.

4.2 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

4.2.1 ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Αυτό που βιώνει σήμερα η Ευρώπη, δεν είναι ανθρωπιστική κρίση, αλλά κρίση ανθρωπότητας.

Πολλά κράτη μέλη της ΕΕ έχουν προσπαθήσει να καταχρασθούν τον όρο αλληλεγγύη - έχοντας αποτύχει στη συλλογική τους ευθύνη να προστατεύσουν την ανθρώπινη ζωή και να σέβονται τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Έχουν χρησιμοποιήσει την έλλειψη αλληλεγγύης μεταξύ των κρατών για να αποφύγουν τις ατομικές τους ευθύνες.

Αλληλεγγύη δεν σημαίνει διαπραγμάτευση μεταξύ κρατών για διαπραγμάτευση ποιος παίρνει ποιον, πόσους, σε ποια τιμή ή με ποιους όρους. Η αλληλεγγύη πρέπει να είναι απέναντι σε εκείνους που αναζητούν ασφάλεια.

Σε μια προσπάθεια εξεύρεσης πολιτικού συμβιβασμού, οι ανάγκες των ανθρώπων έχουν παραμεριστεί.

Τα τελευταία χρόνια, πολλοί εργάστηκαν ακούραστα για να μετριάσουν τις πιο επιβλαβείς συνέπειες των ευρωπαϊκών πολιτικών. Το ανθρώπινο δυναμικό έχει εκφραστεί εναντίον πολιτικών που ευθύνονται άμεσα για αφάνταστα ανθρώπινα δεινά. Πολλές φορές, τα ευρωπαϊκά έθνη και θεσμικά όργανα απέτυχαν να εκπληρώσουν το καθήκον τους. Επιπλέον, χώρες τόσο εντός όσο και εκτός Ευρώπης έχουν εκμεταλλευτεί αυτήν την αποτυχία ως μια ευκαιρία για την ανατροπή των βασικών δικαιωμάτων, ξεκινώντας έτσι έναν αγώνα μέχρι κάτω για την προστασία της ανθρώπινης ζωής.

Σε όλο τον κόσμο, άνθρωποι σκοτώνονται, τραυματίζονται και αναγκάζονται να φύγουν από τα σπίτια τους από τρομακτικές συγκρούσεις και καταπίεση. Περισσότεροι από 125 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν καταστραφεί από τη σύγκρουση ή την καταστροφή - αμέτρητες οικογένειες οδηγούνται βαθύτερα στη φτώχεια κάθε μέρα.

Μέσω κυβερνήσεων, οργανισμών βοήθειας και ΟΗΕ, ο κόσμος παρέχει ανθρωπιστική βοήθεια σε δεκάδες εκατομμύρια ανθρώπους. Πίσω από τα πρωτοσέλιδα, οι γείτονες, οι οικογένειες και χιλιάδες τοπικές οργανώσεις βρίσκονται στην πρώτη γραμμή που παρέχουν βοήθεια σχεδόν σε κάθε ανθρωπιστική κρίση.

Πολλές κυβερνήσεις προσφέρουν σημαντικά ποσά σε βοήθεια, νερό, στέγη και φαγητό. Συχνά χρειάζονται ασφαλές καταφύγιο και τερματισμό της βίας και μακροπρόθεσμο τρόπο για να μειώσουν τον κίνδυνο καταστροφών που θα αντιμετωπίσουν στο μέλλον.

4.2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Αν και η κρίση της Ευρωζώνης δεν αποτελεί πρωτοσέλιδο, εξακολουθεί να είναι σε πλήρη ισχύ. Παρά τις κατά καιρούς ανακοινώσεις ότι τα πράγματα έχουν εξελιχθεί προς το καλύτερο, οι οικονομίες -μέλη του Νότου εξακολουθούν να βρίσκονται στη μέση μιας πολύ βαθιάς ύφεσης.

Δεδομένης της συνέχισης της κρίσης στην Ευρωζώνη, οι συζητήσεις για τα αίτια της βρίσκονται ακόμη σε προκαταρκτικό στάδιο. Το επίκεντρο της δημόσιας συζήτησης για τα αντιληπτά αίτια της κρίσης έχει αλλάξει αρκετές φορές, από τη χειραγώγηση των ελληνικών στατιστικών για μη βιώσιμα κρατικά ομόλογα, από αδύναμες τράπεζες έως ζητήματα βιομηχανικής ανταγωνιστικότητας και εργατικού κόστους. Ωστόσο, μερικά χρόνια μετά το ξέσπασμα της κρίσης, μπορούμε να γίνουμε μάρτυρες αυξανόμενων ενδείξεων ωρίμανσης της συζήτησης. Πιο συγκεκριμένα, η συζήτηση μετακινείται από εφημερίδες και ιστολόγια σε ακαδημαϊκά συνέδρια και περιοδικά. Αντίστοιχα, ίσως είναι σκόπιμο να γίνει απολογισμός της μέχρι τώρα συζήτησης.

Λόγω των πολύ διαφορετικών οικονομιών της Ευρωζώνης κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι πρόσφατες εξελίξεις οδήγησαν σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για συγκριτική πολιτική οικονομίας στις ευρωπαϊκές οικονομίες. Πιο συγκεκριμένα, οι μελετητές έχουν αναπτύξει μια σειρά από πολύ χρήσιμες γνώσεις που είναι σε θέση να συμπληρώσουν και να εμβαθύνουν τους συνηθισμένους τομείς κρίσης που συζητούνται στη μακροοικονομία.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η συζήτηση για την κρίση της Ευρωζώνης αλλάζει συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, η τρέχουσα κατάσταση της συζήτησης για τα βασικά οικονομικά προβλήματα της Ευρωζώνης αποτελείται από δύο ευρείες παρατηρήσεις, καθεμία βασισμένη σε δύο διαφορετικά στοιχεία – προσεγγίσεις. Το υψηλό δημόσιο χρέος βρίσκεται στον πυρήνα γνωστών προγραμμάτων προσαρμογής της ΕΕ για τον Νότο, όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα και την Πορτογαλία. Ωστόσο, η Ισπανία δεν είχε υψηλό δημόσιο χρέος πριν από την έναρξη της κρίσης του ευρώ. Στην περίπτωση της Ισπανίας, το ιδιωτικό χρέος είναι ένα πολύ πιο σοβαρό πρόβλημα. Η δίδυμη κρίση στη Νότια Ευρωζώνη, ωστόσο, δεν σχετίζεται μόνο με υψηλό βαθμό χρέους, αλλά και με την απώλεια ανταγωνιστικότητας

(Ferrera, 1996). Αυτό το πρόβλημα ανταγωνιστικότητας πηγάζει, αφενός, από το διαφορετικό κόστος εργασίας και τα ποσοστά πληθωρισμού εντός της Ευρωζώνης, και, από την άλλη πλευρά, από την άνοδο των εταιρειών από αναδυόμενες αγορές που έχουν αυξήσει έντονα τον παγκόσμιο ανταγωνισμό για τα προϊόντα των νότιων οικονομιών, ενώ αυξάνεται η ζήτηση για γερμανικά προϊόντα.

Άλλα θέματα που εμφανίζονται ιδιαίτερα στη συζήτηση για την κρίση της Ευρωζώνης μπορεί είτε να σχετίζονται με αυτές τις παρατηρήσεις είτε με διαφορετικές. Το υψηλό δημόσιο χρέος - μαζί με τις επίμονες ανισοροπίες του ισοζυγίου πληρωμών - προκάλεσαν αυξανόμενες διαφορές στα κρατικά ομόλογα πριν από την παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2014). Η απουσία ενός δανειστή έσχατης ανάγκης στις εθνικές οικονομίες της Ευρωζώνης, ένα μείζον ζήτημα κατά την πρόιμη φάση της κρίσης, έχει αντισταθμιστεί σε μεγάλο βαθμό με αυτήν την παρέμβαση. Ομοίως, η αδυναμία πολλών τραπεζών - η οποία είναι κεντρική για την εξελισσόμενη Ευρωπαϊκή Τραπεζική Ένωση - βασίζεται στο υψηλό δημόσιο και ιδιωτικό χρέος και στο γεγονός ότι οι υποχρεώσεις οφείλονται κυρίως σε ευρωπαϊκές τράπεζες. Ο επικείμενος κίνδυνος αποπληθωρισμού είναι συνέπεια των προσπαθειών των νότιων οικονομιών να ανακτήσουν την ανταγωνιστικότητα κόστους μέσω «εσωτερικής υποτίμησης» - και της απροθυμίας των γερμανικών εταιρειών να διακινδυνεύσουν την εξαγωγική τους επιτυχία, αποδεχόμενοι υψηλότερο ποσοστό πληθωρισμού. Οι διαρκείς ανισοροπίες του ισοζυγίου πληρωμών, τέλος, είναι ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης για τα διαφορετικά επίπεδα διεθνούς ανταγωνιστικότητας στο Βορρά και στο Νότο, αλλά η μείωση τους δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το πρόβλημα του Νότου έχει λυθεί. Το πρόβλημα μπορεί επίσης να προκληθεί από μια ύφεση της ζήτησης στο Νότο ή από την απώλεια της ανταγωνιστικότητας των βορείων οικονομιών (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Η βασική λοιπόν, πραγματικότητα πίσω από την εικονική κάθε κρίση είναι η γρήγορη χαλάρωση των οικονομικών ανισοροπιών. Το μέγεθος και η διάρκεια της κρίσης συνήθως εξαρτώνται από το μέγεθος των αρχικών ανισοροπιών, τον τρόπο με τον οποίο το αρχικό σοκ μεγεθύνεται από μια ποικιλία «ενισχυτών» και από το πόσο γρήγορα και αποτελεσματικά ανταποκρίνεται η πολιτική.

Στην περίπτωση της κρίσης της Ευρωζώνης, οι ανισοροπίες ήταν εξαιρετικά μη πρωτότυπες. Υπεύθυνοι ήταν οι τυπικοί ένοχοι για οικονομικές κρίσεις από αμνημονεύτων χρόνων -

δηλαδή, υπερβολικό δημόσιο και ιδιωτικό χρέος δανεισμένο από το εξωτερικό. Πάρα πολύ, δηλαδή, σε σχέση με την παραγωγική επένδυση που χρηματοδοτείται μέσω του δανεισμού.

Από την έναρξη του ευρώ και μέχρι την κρίση, σημειώθηκαν μεγάλες ροές κεφαλαίων από βασικά έθνη της Ευρωζώνης, όπως η Γερμανία, η Γαλλία και η Ολλανδία σε χώρες της περιφέρειας της Ευρωζώνης, όπως η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελλάδα. Ένα σημαντικό κομμάτι αυτών επενδύθηκε σε μη εμπορεύσιμους τομείς-στέγαση και κρατικές υπηρεσίες/κατανάλωση. Αυτό σήμαινε ότι τα περιουσιακά στοιχεία δεν δημιουργήθηκαν για να βοηθήσουν στην αποπληρωμή της επένδυσης. Τείνει επίσης να αυξήσει τους μισθούς και το κόστος με τρόπο που να βλάπτει την ανταγωνιστικότητα των κερδών των εξαγωγέων των παραληπτών, ενθαρρύνοντας έτσι την περαιτέρω επιδείνωση των τρεχουσών λογαριασμών τους.

Όταν ξεκίνησε η κρίση της Ευρωζώνης-που προκλήθηκε τελικά από την παγκόσμια κρίση-οι διασυννοριακές εισροές κεφαλαίων σταμάτησαν. Αυτή η «ξαφνική διακοπή» της χρηματοδότησης επενδύσεων προκάλεσε ανησυχίες για τη βιωσιμότητα των τραπεζών και, στην περίπτωση της Ελλάδας, ακόμη και των ίδιων των κυβερνήσεων (Σκρουμπέλος κ.ά., 2012). Οι στενοί δεσμοί μεταξύ των τραπεζών της Ευρωζώνης και των εθνικών κυβερνήσεων παρείχαν τον πολλαπλασιαστή που έκανε την κρίση συστημική.

Είναι σημαντικό ότι η κρίση της Ευρωζώνης δεν πρέπει να θεωρηθεί ως κρίση κρατικού χρέους. Τα έθνη που κατέληξαν στη διάσωση δεν ήταν εκείνα με τους υψηλότερους δείκτες χρέους προς το ΑΕΠ. Το Βέλγιο και η Ιταλία μπήκαν στην κρίση με δημόσια χρέη περίπου 100% του ΑΕΠ και όμως δεν κατέληξαν στα προγράμματα του ΔΝΤ, ενώ η Ιρλανδία και η Ισπανία, με αναλογίες μόλις 40%, (ομολογουμένως διατηρήθηκαν τεχνητά χαμηλά λόγω των μεγάλων φορολογικών εσόδων που σχετίζονται με το φούσκα ακινήτων) χρειάστηκε διάσωσης (WHO, 2016). Το κλειδί ήταν ο δανεισμός από το εξωτερικό. Πολλά από τα έθνη που αντιμετώπισαν ελλείμματα τρεχουσών συναλλαγών - και επομένως βασιζόνταν σε ξένους δανεισμούς - δεν υπέστησαν ζημιά σε κανένα από αυτά τα τρέχοντα πλεονάσματα τρεχουσών συναλλαγών.

Το αρχικό σοκ - η ταχεία απώλεια της εμπιστοσύνης των επενδυτών της Ευρωζώνης στα ελλειμματικά κράτη - ενισχύθηκε με διάφορους τρόπους. Δεδομένου του σχεδιασμού της Ευρωζώνης, οι κυβερνήσεις που αντιμετώπισαν προβλήματα δεν είχαν την τελευταία λύση. Αυτό σήμαινε ότι ο δανεισμός τους σε ευρώ ήταν παρόμοιος με το χρέος σε ξένο νόμισμα σε παραδοσιακές κρίσεις ξαφνικής διακοπής. Ο φυσικός δανειστής της έσχατης λύσης, η ΕΚΤ,

απαγορεύτηκε ρητά να παίζει το ρόλο. Αυτό απέκλειε έναν από τους κλασικούς τρόπους για να αποφύγει την αθέτηση της κυβέρνησης - να εκτυπώσει η κεντρική τράπεζα τα χρήματα που απαιτούνται για την εξυπηρέτηση του χρέους.

Η επικράτηση της τραπεζικής χρηματοδότησης ήταν ένας άλλος ενισχυτής προβλημάτων. Οι ευρωπαϊκές τράπεζες ήταν ελάχιστα κεφαλαιοποιημένες και εξαιρετικά μεγάλες σε σχέση με το ΑΕΠ των χωρών. Τα τόσο μεγάλα που έπρεπε να σωθούν, αλλά το μέγεθός τους δημιούργησε επίσης ένα σενάριο «διπλού πνιγμού». Αυτό ακριβώς συνέβη στην Ιρλανδία. Σε αυτό που θα μπορούσε να ονομαστεί τραγικό σενάριο διπλού πνιγμού, το τραπεζικό σύστημα της Ιρλανδίας κατέρρευσε πρώτα και η κυβέρνηση της Ιρλανδίας έπεσε προσπαθώντας να το σώσει. Η Ισπανία και το Βέλγιο φλέρταραν, αλλά τελικά απέφυγαν την ίδια μοίρα (Armingeon & Bacarro, 2012).

Ένας τρίτος ενισχυτής είναι ο λεγόμενος κύκλος καταστροφής - η δυνατότητα για έναν φαύλο κύκλο ανατροφοδότησης μεταξύ των τραπεζών και της κυβέρνησής τους. Ο φόβος για τη φερεγγυότητα των οπαδών της κυβέρνησης ενός έθνους φοβάται για τη φερεγγυότητα των τραπεζών του έθνους, η οποία με τη σειρά της αποδυναμώνει την οικονομία, επιδεινώνοντας έτσι τις προοπτικές βιωσιμότητας για το έθνος. Μια θανατηφόρα έλικα των αυξανόμενων ασφαλιστρών κινδύνου και επιδείνωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων μπορεί να απορροφήσει τα έθνη σε μια δίνη χρεοκοπίας. Αυτό συνέβη στην Πορτογαλία και έφτασε κοντά στην Ιταλία, την Ισπανία και το Βέλγιο. Ακόμα και η Γαλλία και η Αυστρία φλέρταραν με τη σκιά της απώλειας και της καταστροφής (Schweiger, 2014). Το βασικό στοιχείο σε αυτόν τον μηχανισμό είναι ότι οι τράπεζες της Ευρωζώνης επενδύονται σε μεγάλο βαθμό στο χρέος της δικής τους κυβέρνησης.

Ο τελικός ενισχυτής ήταν η ακαμψία των αγορών συντελεστών και προϊόντων σε χώρες που δεν μπορούσαν να αποκαταστήσουν την ανταγωνιστικότητα μέσω της υποτίμησης του νομίσματος. Πράγματι, πέντε χρόνια αργότερα, λίγα από τα κράτη της Ευρωζώνης έχουν ανακτήσει τα ποσοστά ανάπτυξης ή απασχόλησης πριν από την κρίση, αν και η Ισπανία εκπλήσσει τους παρατηρητές με τη δύναμη της ανάκαμψής της.

Ο τρίτος καθοριστικός παράγοντας της σοβαρότητας της κρίσης - η καταλληλότητα της πολιτικής αντιμετώπισης - ήταν σαφώς ένα μεγάλο πρόβλημα στην Ευρωζώνη. Τίποτα στη θεσμική υποδομή της Ευρωζώνης δεν ήταν προετοιμασμένο για κρίση αυτής της κλίμακας. Η δυνατότητα απλώς δεν είχε ληφθεί υπόψη κατά τη δημιουργία της αρχιτεκτονικής του ευρώ.

Έγιναν πολλά λάθη. Πράγματι, κρίνοντας από τις αντιδράσεις της αγοράς, κάθε πολιτική παρέμβαση έκανε τα πράγματα χειρότερα.

4.3 ΑΙΤΙΑ ΚΡΙΣΕΩΝ

Οι αιτίες της κρίσης - ανισορροπίες και έλλειψη μηχανισμών διαχείρισης κρίσεων –μας σκιαγραφούν ότι υπάρχουν πραγματικά τρία είδη υποκείμενων αιτιών (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012):

- Αποτυχίες πολιτικής που επέτρεψαν οι ανισορροπίες να γίνουν τόσο μεγάλες.
- Έλλειψη ιδρυμάτων για απορρόφηση κραδασμών σε επίπεδο Ευρωζώνης. και
- Κακοδιαχείριση κρίσεων.

Μερικές από αυτές τις αποτυχίες αφορούσαν απρόβλεπτα γεγονότα. Άλλα ήταν η αποτυχία εφαρμογής των διατάξεων που συμφωνήθηκαν στη Συνθήκη του Μάαστριχτ.

Σε ένα επίπεδο, όλες αυτές οι αιτίες προέρχονται από ένα θεμελιώδες σχεδιαστικό ελάττωμα. Η βασική ανεπάρκεια ήταν η κακή ευθυγράμμιση μεταξύ της λογοδοσίας και της εξουσίας, ή τίθεται αλλιώς, η «απόκλιση ευθύνης και ελέγχου». Αν ο έλεγχος και η υποχρέωση ήταν υπερεθνικές - όπως συμβαίνει στη νομισματική ένωση των ΗΠΑ-οι ανισορροπίες θα μπορούσαν σίγουρα να είχαν αντιμετωπιστεί χωρίς να προκληθεί μια οικονομική κρίση σε ολόκληρη την ήπειρο. Είναι πολύ πιο πιθανό ότι τουλάχιστον το δημόσιο χρέος που είχε τελειώσει δεν θα είχε επιτραπεί να φτάσει τόσο μακριά στην Ελλάδα. Ομοίως, εάν ο έλεγχος και η ευθύνη είχαν ενοποιηθεί αποτελεσματικά σε εθνικό επίπεδο, τα έθνη θα έπρεπε να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα χρέους, ίσως με τη βοήθεια του ΔΝΤ. Αυτό μπορεί επίσης να είχε αποτρέψει ή να μειώσει ορισμένες από τις συσσωρεύσεις πριν από την κρίση, όπως συμβαίνει μεταξύ των πολιτειών των ΗΠΑ (οι περισσότερες από τις οποίες έχουν ισοσκελισμένες ρήτρες προϋπολογισμού στα κρατικά τους συντάγματα).

Στις ερευνητικές μελέτες αναλύονται συχνά οι τρομερές συνέπειες του διαζυγίου της εξουσίας και της λογοδοσίας. Όταν ξεκίνησε η Ευρωζώνη, μια βασική σταθεροποιητική δύναμη που υπήρχε στο επίπεδο των κρατών μελών, αφαιρέθηκε από αυτές τις χώρες. Αυτό ήταν ο δανειστής της τελευταίας λύσης λειτουργίας της κεντρικής τράπεζας. Οι κυβερνήσεις της Ευρωζώνης δεν μπορούσαν πλέον να εγγυηθούν ότι τα μετρητά θα ήταν πάντα διαθέσιμα για τη μεταφορά του δημόσιου χρέους. Σε αντίθεση με τα ανεξάρτητα κράτη, τα μέλη της Ευρωζώνης δεν είχαν τη δύναμη να αναγκάσουν την κεντρική τράπεζα να παρέχει

ρευστότητα σε περιόδους κρίσης. Αυτό δημιούργησε μια θεμελιώδη ευθραυστότητα στη νομισματική ένωση. Χωρίς αγοραστή έσχατης ανάγκης, οι κραδασμοί που δημιουργούν δυσχέρειες αναχρηματοδότησης σε τράπεζες ή χώρες μπορούν να προκαλέσουν αυτοεκπληρούμενες κρίσεις ρευστότητας που εκφυλίζονται σε προβλήματα φερεγγυότητας.

Σε ένα ακόμη βαθύτερο επίπεδο, τονίζονται οι διαφορές στους εθνικούς θεσμούς ως τη βασική πηγή προβλημάτων. Παραδόξως, τα κριτήρια ένταξης στο ευρώ δεν άγγιξαν βασικά θεσμικά ζητήματα, που σχετίζονται με την κρατική ικανότητα (είσπραξη φόρων), την προστασία των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας, τα δικαιώματα των επενδυτών, τη γραφειοκρατία και τη διοικητική-γραφειοκρατική ποιότητα. Η υψηλή ανάπτυξη κατά την περίοδο σύγκλισης προήλθε κυρίως από αυξημένες επενδύσεις και ορισμένες περιορισμένες μεταρρυθμίσεις, κυρίως στη σταθερότητα της τραπεζικής και της νομισματικής πολιτικής. Τα κριτήρια του Μάαστριχτ απέτυχαν, καθώς όπως υποστηρίζεται από πολλούς, επικεντρώθηκαν σε ονομαστικούς στόχους και όχι στους θεμελιώδεις θεσμούς που αποτελούν πηγή αποκλίσεων.

Η κρίση της Ευρωζώνης κακοδιαχειρίστηκε σε πολλά επίπεδα. Όταν ήρθε η στιγμή της κατάσβεσης, είναι απορίας άξιο ότι, οι Ευρωπαίοι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αποφάσισαν να μην αξιοποιήσουν την εκτεταμένη εμπειρία επίλυσης κρίσεων εντός και εκτός Ευρώπης, μια απόφαση που οδήγησε σε σημαντικό αριθμό πολιτικών λαθών. Η απλή απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι ότι οι ευρωπαϊκές συνθήκες δεν περίμεναν ποτέ ότι θα μπορούσε να υπάρξει μια τέτοια κρίση. Οι πολιτικοί οδηγήθηκαν απρόθυμα σε μικροδιαχείριση πολύπλοκων τεχνικών ζητημάτων ως αποτέλεσμα μιας καταπληκτικής συσσώρευσης οικονομικών λαθών, τα οποία δεν είναι πρόθυμοι να αναγνωρίσουν.

Η έλλειψη σαφών γραμμών ευθύνης και ελέγχου προκάλεσε προβλήματα στη διαχείριση κρίσεων. Η αστάθεια εξελίχθηκε από ένα αναστατωτικό αδιέξοδο μεταξύ των εθνικών κυβερνήσεων που αναγκάστηκαν να αντιμετωπίσουν και να διορθώσουν τις θεμελιώδεις αδυναμίες των εθνικών τους οικονομιών μόνοι τους και τη χάραξη πολιτικής σε επίπεδο Ευρωζώνης, που θα μπορούσε να έχει δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την επιτυχή εφαρμογή των εθνικών πολιτικών, αλλά έκανε πολύ λίγα, πολύ αργά (στην καλύτερη περίπτωση).

Αυτό το κενό εμφανίστηκε πλήρως το καλοκαίρι του 2015. Παρά την επανειλημμένη αναδιάρθρωση του χρέους, η οικονομική συνέπεια από τις μακροχρόνιες διαπραγματεύσεις του τρέχοντος έτους μεταξύ της Ελλάδας και των πιστωτών της έχει κάνει πιθανώς το έθνος

αφερέγγυο. Σύμφωνα με το ΔΝΤ, το ελληνικό χρέος είναι μη βιώσιμο χωρίς περαιτέρω αναδιάρθρωση.

Πιο συγκεκριμένα, όταν η Ελλάδα μπήκε στην κρίση χρέους το 2010, η τυπική λύση θα ήταν η Ελλάδα να απευθυνθεί στο ΔΝΤ για βοήθεια. Αλλά, όπως γράφθηκε, η αντίδραση των ηγετών τόσο στη Φρανκφούρτη όσο και στις Βρυξέλλες ήταν ότι η μετάβαση στο ΔΝΤ ήταν αδιανόητη, ότι αυτό ήταν ένα πρόβλημα που πρέπει να επιλυθεί εντός της Ευρώπης. Επέλεξαν να παίξουν για τον χρόνο. Αυτό αποδείχθηκε κρίσιμο λάθος.

Όταν κατέστη σαφές ότι οι ιρλανδικές τράπεζες αντιμετώπιζαν προβλήματα, δεν υπήρχαν δομές της Ευρωζώνης που να διευκολύνουν τη συλλογική διάσωση. Υπό αυτή την έννοια, το πολιτικό λάθος δεν είχε προβλέψει τα προβλήματα που θα προέκυπταν όταν η ευθύνη για τις τράπεζες ήταν των εθνικών κυβερνήσεων, αλλά η ικανότητα διάσωσης τους ήταν μόνο σε επίπεδο Ευρωζώνης.

Ενώ έγιναν σημαντικά λάθη κατά τη δημιουργία των πακέτων διάσωσης, αυτό δεν είναι το μέρος για λεπτομερείς κριτικές. Παρ' όλα αυτά, τα κοινά προβλήματα προέκυψαν στην αλληλουχία των μεταρρυθμίσεων και στη γενική έλλειψη εθνικής ιδιοκτησίας των συμφωνιών πίστωσης για μεταρρύθμιση. Εκ των υστέρων, είναι επίσης σαφές ότι ήταν λάθος να μην καταγράψουμε περισσότερο το χρέος της Ελλάδας νωρίτερα, όταν το μεγαλύτερο μέρος του χρέους διατηρούνταν ακόμη από ιδιώτες πιστωτές.

Μερικά από τα «λάθη» συνδέονταν στην πραγματικότητα με βαθύτερες συγκρούσεις. Όπως υπογραμμίζεται, οι πιστωτές και οι οφειλέτες στα «πακέτα διάσωσης» μοιράζονται ένα κοινό νόμισμα και είναι βαθιά αλληλένδετοι όσον αφορά τους οικονομικούς και πολιτικούς δεσμούς. Αυτό αναπόφευκτα δημιουργεί συγκρούσεις συμφερόντων όταν πρόκειται για τον σχεδιασμό των προγραμμάτων διάσωσης και τον πιθανό ρόλο των μηχανισμών αναδιάρθρωσης του χρέους.

Συνεπώς...

Ζούμε σε έναν κόσμο στον οποίο τα αντιμαχόμενα μέρη σκοτώνουν πολίτες χωρίς συνέπειες και όπου το ανθρώπινο και οικονομικό κόστος των καταστροφών αυξάνεται. Αν δεν δράσουμε σύντομα, οι σοβαροί φυσικοί κίνδυνοι θα γίνουν συχνότεροι. Εκατομμύρια περισσότεροι άνθρωποι θα ωθηθούν περαιτέρω σε μια ζωή φτώχειας και ταλαιπωρίας - και οι προσπάθειες διεθνούς βοήθειας θα δυσκολευτούν να ανταπεξέλθουν.

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για βαθιές και απτές αλλαγές στον τρόπο που η διεθνής κοινότητα ανταποκρίνεται στις παραβιάσεις του διεθνούς δικαίου και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, και αποτρέπει και μειώνει τον αντίκτυπο των συγκρούσεων και των καταστροφών σε ευάλωτα άτομα.

Οι κυβερνήσεις και οι οργανισμοί βοήθειας πρέπει να βελτιώσουν δραματικά τον τρόπο παροχής βοήθειας και να υποστηρίξουν τοπικούς οργανισμούς, να τηρήσουν το διεθνές δίκαιο που προορίζεται για την προστασία των αμάχων και να υπερασπιστούν τα δικαιώματα των ανθρώπων που διαφεύγουν από συγκρούσεις και καταστροφές.

Ανεξάρτητα από το τι, πόλεμος διενεργείται, πόλεμος σημαίνει ταλαιπωρία για τους απλούς ανθρώπους. Ένας τεράστιος και αυξανόμενος αριθμός από αυτούς χάνουν τα σπίτια τους, τα σχολεία τους, τη δουλειά τους, τα νοσοκομεία και τη ζωή τους. Η αποτυχία πρόληψης των συγκρούσεων οδηγεί συχνά σε περαιτέρω αποτυχία προστασίας των αμάχων. Στις σημερινές συγκρούσεις, οι πιο βασικοί κανόνες πολέμου λυγίζουν ή παραβιάζονται για να αποκτήσουν ακόμη και το παραμικρό πλεονέκτημα στο πεδίο της μάχης. Οι τρομερές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συνεχίζουν να είναι ανεξέλεγκτες.

Οι παγκόσμιοι ηγέτες πρέπει να δεσμευτούν εκ νέου για τους διεθνείς νόμους στους οποίους έχουν συμφωνήσει, όπως αυτοί που ορίζονται στη Σύμβαση της Γενεύης, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν στην προστασία των αμάχων ακόμη και στις πιο δύσκολες καταστάσεις.

Οι κυβερνήσεις καλούνται να σταθούν υπέρ των ανθρώπων που αναγκάστηκαν να φύγουν. Βρισκόμαστε στη μέση της πιο σοβαρής προσφυγικής κρίσης από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, με δεκάδες εκατομμύρια ανθρώπους να διακινδυνεύουν τα πάντα για να ξεφύγουν από τρομακτικές συγκρούσεις, καταστροφές και φτώχεια. Κι όμως, έχοντας ξεφύγει από το αδιανόητο, πολλές ευάλωτες οικογένειες αντιμετωπίζουν κλειστά σύνορα, εχθρότητα, διακρίσεις, κακοποίηση και ακόμη χειρότερα.

Δεν υπάρχει ενιαία λύση στην προσφυγική κρίση και καμία χώρα που να μπορεί να την αντιμετωπίσει μόνη της. Οι κυβερνήσεις παγκοσμίως πρέπει να αναπτύξουν μια δίκαιη, ενιαία και συντονισμένη απάντηση για να βοηθήσουν τα εκατομμύρια των ευάλωτων ανθρώπων που βρίσκονται σε κίνηση. Πρέπει να ενεργήσουν γρήγορα και υπεύθυνα για να σώσουν και να προστατεύσουν ζωές και να υποσχεθούν ότι δεν θα υπονομεύσουν ποτέ το διεθνές δίκαιο διαπραγματεύοντας τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Σε έναν κόσμο όπου οι εποχές της κρίσης πρόκειται να γίνουν πιο συχνές και πιο σοβαρές, πολλές ζωές θα χαθούν αν δεν αναλάβουμε δράση τώρα. Η καλύτερη ευκαιρία που μπορούμε να δώσουμε στις τοπικές κοινότητες να ανταπεξέλθουν και να ανακάμψουν από κρίσεις είναι να τις βοηθήσουμε να αντιμετωπίσουν το μέλλον με τους δικούς τους όρους - αντί να τους επιβληθούν όροι.

Πρέπει να δημιουργήσουμε ένα νέο ανθρωπιστικό μοντέλο που θα δίνει την ευθύνη και την ηγεσία της αντιμετώπισης καταστροφών και κρίσεων στους ντόπιους. Πρέπει να συνεργαστούμε για να ενισχύσουμε τις εθνικές και τοπικές ανθρωπιστικές αντιδράσεις, όχι να τις αντικαταστήσουμε ή να τις υπονομεύσουμε. Με τη σωστή επένδυση, οι ντόπιοι και οι κοινότητες θα μπορέσουν να σώσουν περισσότερες ζωές σε μια κρίση - και μετά να επιστρέψουν πιο δυνατοί.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Την παραμονή της τρέχουσας κρίσης, τα δημοσιονομικά και εμπορικά ελλείμματα της Ελλάδας είχαν γίνει τόσο τεράστια που ακόμη και με το όφελος εκ των υστέρων, είναι δύσκολο να υπογραμμίσουμε τη φερεγγυότητα της χώρας, πόσο μάλλον η συνέχιση της συμμετοχής της στην Ευρωζώνη, θα μπορούσε να έχει εξασφαλιστεί χωρίς διορθωτικές ενέργειες σε κάποιο τομέα. Τον Μάιο του 2010, η ελληνική κυβέρνηση θα μπορούσε να κάνει κάτι περισσότερο από το να επιλέξει ανάμεσα σε δύο εναλλακτικές λύσεις: θα μπορούσε να προεπιλεγεί και να βγει από τη ζώνη του ευρώ ή θα μπορούσε να δεχθεί διεθνή βοήθεια σε αντάλλαγμα ενός προγράμματος λιτότητας. Η αντιπληροφορική ιστορία είναι ένα διαβόητα αυθαίρετο παιχνίδι για να παίξει κανείς, αλλά ακόμα κι έτσι, φαίνονται πιθανότατα οι συνέπειες της αθέτησης της Ελλάδας θα ήταν καταστροφικές για όλους τους Έλληνες.

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω, η παρούσα έκθεση διαφέρει μεταξύ άλλων στο ότι έχει την άποψη ότι η προοδευτική επιλογή το 2010 ήταν να μην καταγγείλει τη λιτότητα ως νεοφιλελεύθερη απάτη, ούτε ως κόλπο των Γερμανών για παγκόσμια κυριαρχία. Η προοδευτική επιλογή ήταν να προσπαθήσουν να κερδίσουν τις καρδιές και τα μυαλά του Ελληνικού πληθυσμού με πρόγραμμα λιτότητας που να υπόσχεται την αποκατάσταση των δημοσιονομικών υπολοίπων με την κατανομή του κόστους σε ισότιμη προσαρμογή μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, θέτοντας έδαφος για βιώσιμη ανάκαμψη και αντιμετώπιση της διαφθοράς που βρισκόταν στη «ρίζα» της δημοσιονομική κρίσης κατ' αρχάς.

Αλλά όπως όλοι γνωρίζουμε, ένα τέτοιο πρόγραμμα ανανέωσης μέσω δίκαιης λιτότητας στην Ελλάδα τη δεκαετία του 2010 παρέμεινε υποθετικό: αν και στην πραγματικότητα αρθρώνεται από πολλά άτομα και μικρές ομάδες, αυτό δεν μεταφράστηκε ποτέ σε μια πειστική πολιτική πλατφόρμα και ως εκ τούτου δεν μπήκε ποτέ στην κύρια πολιτική ατζέντα.

Τα υπόλοιπα αποτελούν λοιπόν, μια ιστορία. Το πρόγραμμα λιτότητας που τελικά υιοθετήθηκε δεν συντάχθηκε από τους εγχώριες κυβερνήσεις, αλλά υπαγορεύτηκε από διεθνείς οργανισμούς, κάτι που θεωρείται ευρέως ως ακατόρθωτο και αντανakλούσε τις προτιμήσεις και πεποιθήσεις για την επικρατούσα ορθοδοξία, όχι όμως αυτές ενός προοδευτικού συνασπισμού για εθνική ανανέωση.

Όπως αποδείχθηκε, το ελληνικό πρόγραμμα φάνηκε ως εξωτερικά επιβαλλόμενο: αποδεκτό απρόθυμα το πολύ, αλλά ποτέ δεν ανήκε σε πολιτικούς παράγοντες. Η απώλεια της εθνικής

κυριαρχίας που υπονοείται σε αυτό ήταν ευρέως ταπεινωτική, και αυτό είχε τροφοδοτήσει μια εθνικιστική-λαϊκιστική αντίδραση που με τη σειρά της οδήγησε σε μια «δηλητηριασμένη» εσωτερική πολιτική.

Όπως φαίνεται στις προηγούμενες σελίδες της συγγραφικής μας ανασκόπησης, το κοινωνικό κόστος της ελληνικής κρίσης ήταν άσκοπα υψηλό. Τα εθνικά έσοδα μειώθηκαν σχεδόν κατά το ένα τέταρτο. Το κενό μέσα στο βιοτικό επίπεδο σε σχέση με την υπόλοιπη Δυτική Ευρώπη είναι αρκετά πιο πίσω σε αυτό που ήταν πριν από μισό αιώνα. Η ανεργία επηρεάζει πάνω από το ένα τέταρτο του εργατικού δυναμικού. Τα μέσα πραγματικά κέρδη για όσους εργάζονται είναι χαμηλότερα από το επίπεδό τους στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Το ποσοστό του πληθυσμού που είναι στο όριο φτώχειας το 2009 έφτασε το 38% το 2012, και ήταν ακόμη υψηλότερο μεταξύ των οικογενειών ανέργων εργαζομένων με παιδιά, των οποίων η κατάσταση έχει γίνει το νέο κοινωνικό ερώτημα. Το μέσο πραγματικό εισόδημα αυτών στο φτωχότερο 10 τοις εκατό του πληθυσμού το 2012 ήταν 56,5 τοις εκατό χαμηλότερο από αυτό των φτωχότερων ανά ποσοστό του πληθυσμού το 2009. Η ανισότητα παρέμεινε σταθερή στην αρχή, αλλά άρχισε να απογειώνεται καθώς η οικονομία βυθίστηκε βαθύτερα στην ύφεση. Οι πολιτικές λιτότητας που ακολουθήθηκαν δεν αντιστάθμισαν τη κατάσταση και τελικά ενισχύθηκαν οι αντίθετες επιπτώσεις της ύφεσης στη διανομή εισοδήματος.

Αυτό δεν ήταν αναπόφευκτο. Το περιεχόμενο της πολιτικής και ο καταναμητικός αντίκτυπος των πολιτικών λιτότητας δεν χρειάζεται να είναι απαραίτητα οπισθοδρομικός. Προηγούμενες έρευνες της δημοσιονομικής εξυγίανσης με προγράμματα σε 29 χώρες του ΟΟΣΑ το 1971–2009 απέδειξαν ότι οι δημοσιονομικές προσαρμογές μπορεί να είναι δίκαιες.

Στην πραγματικότητα, θα ήταν καλύτερα να υπάρξει βελτίωση των επιπτώσεων της προσαρμογής, με την υποστήριξη των ασθενέστερων τμημάτων της κοινωνίας, ιδιαίτερα ζωτικής σημασίας στοιχείο για την επιτυχία των δημοσιονομικών ενοποιήσεων. Μπορεί να παρέχεται έτσι το διπλό μέρισμα της ενίσχυσης με τη πιθανότητα επιτυχίας της προσαρμογής και τη προώθηση της κοινωνικής συνοχής.

Συνολικά, οι πολιτικές απαντήσεις στις κοινωνικές επιπτώσεις της ελληνικής κρίσης έχουν παραπλανηθεί ή είναι ανεπαρκής. Η μεταρρύθμιση της πρόνοιας έτυχε κάποιων βελτιώσεων, αλλά οι περισσότερες περικοπές ήταν αδιάκριτες, προκαλώντας δυσκολίες και διαταράσσοντας την υγεία. Για όλη τη ρητορική των πολιτικών παραγόντων και των διεθνών οργανισμών στο εξωτερικό σχετικά με την ανάγκη να ενισχυθεί το δίκτυο κοινωνικής ασφάλισης, το μέχρι τώρα ρεκόρ μπορεί να χαρακτηριστεί μόνο ως εξαιρετικά

απογοητευτικό. Στους πρώτους τρεις μήνες του 2013, για κάθε πέντε άνεργους εργαζόμενους μόνο ένας έλαβε επίδομα ανεργίας.

Η μεταρρύθμιση της αγοράς εργασίας καθοδηγήθηκε από την πεποίθηση της μείωσης των αποζημιώσεων των εργαζομένων και της αποδυνάμωσης. Τα θεσμικά όργανα της αγοράς εργασίας ήταν το «κλειδί» για την αποκατάσταση του ανταγωνισμού. Τα μέχρι τώρα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό δεν συμβαίνει: το εμπορικό ισοζύγιο έχει βελτιωθεί, αλλά κυρίως λόγω της μείωσης των εισαγωγών και όχι μέσω της αύξησης των εξαγωγών, όπως είχε υποθεθεί.

Εν τω μεταξύ, οι αμοιβές και οι συνθήκες έχουν επηρεάσει εκατοντάδες χιλιάδες εργαζόμενους. Η μεταρρύθμιση της δημόσιας διοίκησης ήταν πολύ απαραίτητη, αλλά τυπικά συγχωνεύτηκε με μια απλή μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων. Η συνεχής προσπάθεια που είναι απαραίτητη για τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού κράτους φαίνεται να έχει λίγους υποστηρικτές. Τα συνδικάτα και η Αριστερά είναι εχθρικά, ενώ η κυβέρνηση και η τρόικα το έχουν δείξει αυτό ότι προτιμούν τα βραχυπρόθεσμα πολιτικά κέρδη για το είδος της εργασίας που χρειάζεται ο ασθενής, ανατρέποντας τα πράγματα για τα καλά.

Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, πληρωμές και παροχές για τους περισσότερους έχουν κόπηκαν δραστικά, αλλά βασικές ομάδες (δικαστές, ιερείς, φιλελεύθερα επαγγέλματα ιατρικής και επίσης αγρότες και εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας) έχουν ελαφρύτερη μεταχείριση και περιστασιακή απαλλαγή.

Αυξήθηκε η φορολογική πίεση σε όσους πληρώνουν φόρους σε αναμφισβήτητα απαράδεκτα επίπεδα αλλά η φοροδιαφυγή παρουσιάζεται σε αυξημένα επίπεδα όσο ποτέ. Οι περικοπές χρηματοδότησης έχουν ξεπεράσει την αποτελεσματικότητα και τώρα απειλούν τη συνήθη λειτουργία νοσοκομείων και σχολείων.

Όσον αφορά τις πολιτικές συνθήκες στο εσωτερικό, τα τελευταία χρόνια ήταν εξαιρετικά επωφελείς για τους πολίτες όλων των κατηγοριών, αλλά έχουν αναστατωθεί κοινωνικά και φιλελεύθερα μεταρρυθμιστές μιας πειθούς της κεντροαριστεράς. Μια προοδευτική έξοδος από την τρέχουσα κρίση δεν θα είναι εύκολη και δεν πρόκειται να συμβεί σύντομα. Εν τω μεταξύ, προοδευτικοί πολιτικοί και κοινωνικοί παράγοντες καλό θα ήταν να υιοθετήσουν μια νέα ατζέντα: εγκατάλειψη της υπεράσπισης των εδραιωμένων θέσεων, ανταπόκριση στις ανάγκες των απλών εργαζομένων για αξιοπρεπείς θέσεις εργασίας με επαρκείς αμοιβές, ανταπόκριση στις απαιτήσεις των απλών πολιτών για προσιτές δημόσιες υπηρεσίες, αποτελεσματική διοίκηση και ορθότερη πολιτική.

Μια νέα ατζέντα σε αυτές τις γραμμές δεν θα ικανοποιήσει τη «δίψα» των θυμωμένων και των αγανακτισμένων για ριζικές λύσεις. Αλλά θα κάνει τεράστια διαφορά στην καθημερινή ζωή πολλών ανθρώπων που υποφέρουν από δυσκολίες.

Ατελείς βελτιώσεις σε μη ικανοποιητικές συνθήκες είναι ό, τι καλύτερο μπορούμε να ελπίζουμε και μάλλον το μόνο που πρέπει να αναζητούμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Αθανασοπούλου, Μ., Μεχίλι – Ενκελείντ, Α., Αθανασοπούλου, Α. & Διομήδους, Μ. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 5, Τεύχος 4, 162-167.

Αναγνωστόπουλος, Φ. (2010). Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Ψυχική και Σωματική Υγεία. *Νέα Υγεία*, σ. 4-10.

Βαρουφάκης, Γ., Πάτωκος, Τ., Τσερκεζής, Λ. & Κουτσοπέτρος, Χ. (2011). *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στην Ευρώπη το 2011*. Μελέτη ΙΝΕ. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Βλάχος, Θ. (2008). Η οικονομική κρίση επηρεάζει και την υγεία. *Εφημερίδα Η Έρευνα*. Διαθέσιμο στο <http://www.e-erevna.gr/portal/story.aspx?ID=52157>

Γαβριήλ, Ε., Παπασταύρου, Ε. Καραγιάννης, Γ. (2019). Ευρωπαϊκοί Δείκτες Υγείας ECHI. *Cyprus Nursing Chronicles*, 8 (2): 25-32.

Δημόσια Υγεία: Δρόμος προς την ανάπτυξη. (2014). Αθήνα: 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας.

ΕΚΤΕΠΝ, (2013). Ανάκτηση 2021, από <http://www.ektepn.gr>

Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2011). «Εθνική Έρευνα Υγείας – Έτος 2009», Πειραιάς (Δελτίο Τύπου – Σύνοψη συμπερασμάτων).

ΕΣΔΥ, (2010). Η ειδικότητα της ιατρικής στη δημόσια υγεία στην Ευρώπη και στην Ελλάδα: σύγχρονες τάσεις και προκλήσεις. σελ 9-10.

Ηνωμένα Έθνη, (2008). *The United Nations Today*. Νέα Υόρκη, United Nations Department of Public Information.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης Σ. (2001). *Σύστημα υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. & Χατζηπάλιος, Α. (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τομ.30 (No2): 233-240.

Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, σ. 85-88

Καμινιώτη, Ο. (2012). *Εργασία και απασχόληση στην Ελλάδα. Υγεία και αγορά εργασίας: Αλληλεπιδράσεις σε περίοδο κρίσης*. Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού.

Κιόση, Γ. (2017). *Η δράση των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων στην Ελλάδα στην εποχή της οικονομικής κρίσης*. Κέντρο Μελετών ΕΑΠ, Πάτρα.

Κοντιάδης, Ξ. & Σουλιώτης, Κ. (2015). *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*. Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα

Κουλιεράκης, Γ. (2010). Οικονομική Κρίση και Δημόσια Υγεία: Απειλή για την Κοινωνική Συνοχή. *Νέα Υγεία*, σ. 8.

Κυριόπουλος, Γ. & Νιάκας, Δ. (2014). *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας.

Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα, p. 199-202

Λοπατατζίδης, Α. (1999). Δημόσια Υγεία - Επιδημιολογία, Βασικές Αρχές Διοίκησης, Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, στους Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π. & Λοπατατζίδης, Α., Επιμέλεια. Αγραφιώτης, Δ. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 59 - 134

Μαλαβάζος, Θ., Δεδοπούλου, Α., Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π. (2019). ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 11, Τεύχος 1, 29-42

Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα Ασκληπιού*. Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, 11 (1), σσ. 202-212.

Μουμτζόγλου, Α. (2008). *Η Ποιότητα και Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας*. Εκδοτική Σειρά Medi Force 16, Επιστήμες διοίκησης και Οικονομίας Υγείας.

Μουσιόπουλος, Ν., Ντζιαχρήστος, Α. & Σλίνη, Θ. (2015). *Τεχνική Προστασίας Περιβάλλοντος – Αρχές Αειφορίας*. ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε..

Μπούρας, Γ. & Λύκουρας, Α. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος* (48), σσ. 54-61.

Νιάκας, Δ. (2013). *Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.

Παναγιωτόπουλος, Τ. & Παπαμιχαήλ, Δ. (2013). *Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα 2012*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε. & Πατελάρου, Ε. (2012). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία-Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (3), σσ. 55- 57.

Πετράκης, Π. Ε. (2011). *Η ελληνική οικονομία και η κρίση. Προκλήσεις και προοπτικές. Quaestor*. Στεφανής, Κ. Ν. (2013). *Η Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. Ετήσια Έκθεση 2013. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Ραφτόπουλος, Β. & Οικονομοπούλου, Χ. (2021). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48 (2): 84-94.

Ρομπόλης, Σ. & Χλέτσος, Μ. (2015). *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*. Αθήνα: Παρατηρητής

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα Εκδόσεις Παπαζήση, σ. 123 – 127.

Σκρουμπέλος, Α., Καπάκη, Β., Αθανασάκης, Κ., Σουλιώτης, Κ. & Κυριόπουλος, Γ. (2012). *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλειας υγείας- Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: ΕΣΔΥ

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ. & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (1): 9-16.

Τερζίδου, Μ. (2011). *Η Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και τωνοιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2011*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Τερζόπουλος, Β. & Σαράφης, Π. (2013). Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5 (2)

Τούντας, Γ. (2020). *Κοινωνία και Υγεία*. Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα

Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ. & Φρισήρας, Σ. (2000). «Δείκτες υγείας στην Ευρώπη». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τεύχος 17, τόμος 1, σελ. 89-100

Τσαλίκου, Φ. (2010). Η Απειλή της Ψυχικής Υγείας Σήμερα. *Νέα Υγεία*, σ. 5.

Χαραλαμπίδης, Μ. (2011). Διαχείριση κινδύνων διδάγματα από την κρίση και προοπτικές, Συλλογικός τόμος «Η διεθνής κρίση, η κρίση στην ευρωζώνη και το ελληνικό χρηματοπιστωτικό σύστημα». Ελληνική Ένωση Τραπεζών, Αθήνα.

Armingeon, K. & Baccaro, L. (2012). Political Economy of the Sovereign Debt Crisis: the Limits of Internal Devaluation. *Industrial Law Journal*, 41, 254–275

Bank of Greece (2013). *Governor's report for the year 2012*. Athens: Bank of Greece.

Bank of Greece (2009). *Governor's report for the year 2008*. Athens

Busch, K., Hermann, C., Hinrichs, K. & Schulten, T. (2012). *Euro crisis, austerity policy and the European social model: how crisis policies in Southern Europe threaten the EU's social dimension*. Berlin: Friedrich-EbertStiftung.

Castles, F.G. (2010): Black swans and elephants on the move: the impact of emergencies on the welfare state. *Journal of European Social Policy*, 20 (2): 91–101.

Chan, H.T.H. (2019). National Commissions on High Quality Health Systems: activities, challenges, and future directions. *Lancet Glob Health*, 7 (2): e179–e180.

Clark, J. (2014). Medicalization of global health 4: the universal health coverage campaign and the medicalization of global health. *Glob Health Action*, 7.

ElStat, (2010). *Survey of Income and Living Conditions 2008*. Press release, 2021. Pireaus: Greek Statistical Service (in Greek).

Ferrera, M. (1996): The Southern model of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6 (1): 17–37.

Frenk, J. (2009). Όταν η οικονομία νοσεί, αυξάνεται η θνησιμότητα. Healthview. Διαθέσιμο στο <http://www.healthview.gr/node/6242>

Georgiadou, V. (2013). *Right-wing populism and extremism: the rapid rise of »Golden Dawn« in crisis-ridden Greece*. In R. Melzer and S. Serafin (eds), *Right-wing extremism in Europe: country analyses, counter-strategies and labour market oriented exit strategies*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Hussein, R. (2015). A Review of Realizing the Universal Health Coverage (UHC) Goals by 2030: Part 1- Status quo, Requirements, and Challenges. *J Med Syst*, 39 (7):71.

IASC, (2019). Κατευθυντήριες Οδηγίες της IASC για την Ψυχική Υγεία και την Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη σε Καταστάσεις Εκτάκτης Ανάγκης. Αναρτήθηκε από: https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2019/01/IASC_Guidelines_GR.pdf

IMF (2012). *Greece: request for extended arrangement under the extended fund facility. Country Report No. 12/57 March 2012*. Washington DC: International Monetary Fund.

- (2013): *Greece: first and second reviews under the extended arrangement under the extended fund facility, request for waiver of applicability, modification of performance criteria, and rephrasing of access. Country Report No. 13/20 January 2013*. Washington DC: International Monetary Fund.

Kanellopoulos, C. (2012). The size and structure of uninsured labour. *Economic Bulletin*, (37): 25–44. Athens: Bank of Greece.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P. & McKee, M. (2013). *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. The Lancet published online, 27 March 2013. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)

Kruk, M.E., Rockers, P.C., Varpilah, S.T. & Macauley, R. (2011). Which Doctor? Determinants of Utilization of Formal and Informal Healthcare in Postconflict Liberia. *Medical Care*, 49 (6): 585–91

Lainez, Y.B., Todd, C.S., Ahmadzai, A., Doocy, S.C. & Burnham, G. (2010). Prevalence of respiratory symptoms and cases suspicious for tuberculosis among public health clinic patients in Afghanistan: Perspectives on recognition and referral of tuberculosis cases. *Trop Med Int Health*, 14: 564-570.

Matsaganis, M. (2007). Union structures and pension outcomes in Greece. *British Journal of Industrial Relations*, 45 (3): 537–555.

– (2011): The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Social Policy*, 21 (5): 501–513.

- (2013) The crisis and the welfare state in Greece: a complex relationship. In: A. Triandafyllidou, R. Gropas and H. Kouki (eds), *The Greek crisis: an inquiry into Greek and European modernity*. Palgrave Macmillan (forthcoming)

Matsaganis, M. and Leventi, C. (2013). The distributional impact of the Greek crisis in 2010. *Fiscal Studies*, 34 (1): 83–108.

Matsaganis, M., Leventi, C. & Flevotomou, M. (2012): The crisis and tax evasion in Greece: what are the distributional implications? CESifo Forum 13 (2) 26-32. Available at: <http://www.cesifo-group.de/ifoHome/publications/docbase/details.html?docId=18767809>

Matsaganis, M., Leventi, C. & Kanavitsa, E. (2012). Poverty amidst the crisis in Greece. NewsLetter 1/2012. Policy Analysis Research Unit, Athens University of Economics and Business. Available at: http://www.paru.gr/index.php?lang=en&page=newsletters/2012_1

OECD (2010). *Jobs for youth: Greece*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

- (2011): Greece: Review of the Central Administration. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development. Available at: http://www.oecd-ilibrary.org/governance/greece-review-of-the-centraladministration_9789264102880-en

- (2013): *Health data*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.

Paul' t Hart, Boin, A. & Kuipers, S. (2017). The Crisis Approach. *Handbook of Disaster Research*, p.23-38.

Pearson, C.M. & Clair, J.A. (1998). Reframing crisis management. *Academy of management review*, 23 (1), 59-76.

Pierson, P. (2004). *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton NJ: Princeton University Press.

Schweiger, C. (2014). *The EU and the Global Financial Crisis: New Varieties of Capitalism*, Cheltenham, Edward Elgar

Schultz, F., Utz, S. & Göritz, A. (2011). Is the medium the message? Perceptions of and reactions to crisis communication via twitter, blogs and traditional media. *Public relations review*, 37(1), 20-27.

Sotiropoulos, D.A. (2012). *The social situation of Greece under the crisis. Basic socio-economic data for Greece, 2011*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Spanou, C. & Sotiropoulos, D.A. (2011). The Odyssey of administrative reforms in Greece, 1981–2009: a tale of two reform paths. *Public Administration*, 89 (3): 723–737.

World Health Organization. (2016). *Health financing for universal health coverage*, vol. 2016.

World Health Organization. (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*.