
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ COVID-19**

Καρελλά Κυριακή

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2022

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ COVID-19**

Καρελλά Κυριακή, Α.Μ.: ΟΔΥ/2026

Ψυλλάκη Μαρία/ Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2022

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE EFFECTIVENESS OF THE HEALTH SYSTEM OF
GREECE IN THE PERIOD OF COVID-19**

Karella Kiriaki

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2022

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνηση της.

Ευχαριστώ λοιπόν θερμά την επιβλέπων καθηγήτρια μου, Κυρία Ψυλλάκη Μαρία, για όλη την βοήθεια και τις συμβουλές που μου προσέφερε, την επιστημονική της καθοδήγηση, τις υποδείξεις της, την προθυμία της και την συνεχή βοήθεια της μέχρι την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κυρία Χατζηδήμα Σταματίνα την πρόεδρο του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης και Υπεύθυνη του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στα «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» για το αμείωτο ενδιαφέρον και την υποστήριξη και την συμπαράσταση που μας έδειξε από την αρχή έως το τέλος του Μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω και στους υποψήφιους διδάκτορες Σεργάκη Μαρίλια και Καταβέλη Βασίλειο για τον ιδιαίτερο ρόλο τους και την συνεχή υποστήριξη και βοήθεια στην ολοκλήρωση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας».

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου για όλη την στήριξη, βοήθεια και συμπαράσταση τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	8
Abstract.....	9
Κεφάλαιο 1 ^ο : Ελληνικό σύστημα υγείας και μέτρηση αποτελεσματικότητας	10
1.1 Εισαγωγή	10
1.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν από την κρίση.....	12
1.3 Επισκόπηση της Μεταρρύθμισης του Τομέα Υγείας.....	13
1.4 Δημόσια Διοίκηση και Συντονισμός.....	15
1.5 Συμβατικές μεταρρυθμίσεις.....	19
Κεφάλαιο 2ο : Ο COVID-19 και οι επιπτώσεις του στους τομείς και τις υπηρεσίες υγείας.....	21
2.1 Παγκόσμια	21
2.1.1 Η αλληλεπίδραση φυλών, τόπων και γεωπολιτικών ανισοτήτων στην εργασία περίθαλψης	22
2.1.2 Ορατοί καθοριστικοί παράγοντες της ανισότητας στον τομέα της περίθαλψης	24
2.1.3 Καταστροφικές συνέπειες από τυποποίηση της εργασίας	25
2.1.4 Κάνοντας ορατούς τους καθοριστικούς παράγοντες της Ανισότητας στον τομέα της περίθαλψης	27
2.2 Η περίπτωση της Ελλάδας	31
2.2.1 Δημογραφικά, Οικονομικά, Γεωγραφικά, Πολιτικά και Κλιματικά Χαρακτηριστικά της Ελλάδας	32
2.2.2 Σύστημα υγείας.....	35
Κεφάλαιο 3 ^ο : Μεθοδολογία έρευνας – Αποτελεσματικότητα	39
Υπόθεση #1: Σε τι βαθμό ήταν ικανοποιητική η λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας πριν την πανδημία;	39
Υπόθεση #2: Ποια είναι η επίδραση της τρέχουσας πανδημίας στην σωστή λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας, επηρεάστηκε το επίπεδο υγείας των πολιτών;	40
Υπόθεση #3: Τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας επηρεάστηκαν το ίδιο η κατάφεραν να ανταπεξέλθουν σε μια αρκετά δύσκολη περίοδο για όλη την ανθρωπότητα;	42
Κεφάλαιο 4 ^ο : Συγκριτική ανάλυση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες	44
4.1 Η εξάπλωση του ιού.....	44
4.2 Περιοριστικά και Ταχεία Μέτρα.....	45
4.3 Τερματισμός του lockdown και των φόβων για την οικονομία	46
Κεφάλαιο 5 ^ο : Συμπεράσματα.....	48
Βιβλιογραφία Ξένη	51

Περίληψη

Έχοντας κατά νου τι είναι ένα σύστημα γενικά, μπορούμε να ορίσουμε ένα "σύστημα υγείας" ως τη συλλογή μονάδων υγείας που εμπλέκονται σε συνεχή λειτουργική αλληλεξάρτηση και συνεργασία με στόχο τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του ευρύτερου κοινού. Συνήθως, το σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό και την προβολή του συστήματος υγείας. Αν και έχει διαπιστωθεί ότι το σύστημα υγείας είναι συνώνυμο με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης, στην πραγματικότητα είναι κάτι πολύ περισσότερο από αυτό γιατί περιλαμβάνει όχι μόνο την παραδοσιακή ιατρική περίθαλψη αλλά και υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και την αγωγή υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό, και διατροφή, διότι έχει αποδειχθεί ότι η υγεία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και ότι η ασθένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά μόνο με δια τομεακή συνεργασία.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η υγεία θεωρείται πλέον ότι περιλαμβάνει τη συνολική σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία ενός ατόμου και όχι μόνο την απουσία ασθένειας. Από αυτή την άποψη, τα υποσυστήματα του συστήματος υγείας περιλαμβάνουν το σύστημα ιατρικής περίθαλψης και την ιατρική περίθαλψη.

Στη συνέχεια θα εξεταστεί και θα προσδιοριστεί ότι η πανδημία Covid-19 ανέδειξε την ανάγκη για βελτιώσεις και αποκάλυψε με τον πιο χαρακτηριστικό τρόπο ότι τα συστήματα υγείας, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και ειδικά για την Ελλάδα, δεν έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματική αντιμετώπιση των πανδημιών.

Λέξεις Κλειδιά: COVID-19 , πανδημία, Ελληνικό σύστημα υγείας, αποτελεσματικότητα, συστάσεις πολιτικής

Abstract

Keeping the definition of a system in mind, we can say that the "health system" is the collection of health units that are continuously cooperating and sharing their resources to ensure the public's health. It is common practice to identify and forecast the health system by looking at the mechanism by which medical treatment is provided.

Although it has been established that the health system is synonymous with the medical care system, it is in fact much more than that, as it includes not only traditional medical care but also services related to prevention and health treatment, family planning, and nutrition, as it has been shown that health is impacted by a number of factors and that disease can only be effectively treated through intersectoral collaboration.

It's important to note that nowadays, health is defined as more than simply the absence of illness; it also includes a person's emotional and social stability. As such, the medical care system and medical care are components of the health care system. It will subsequently be found that the Covid-19 pandemic has demonstrated the most revealing way that health systems, both internationally and especially for Greece, they have not been structured in such a way that it is able to deal effectively with pandemics, and that adjustments are needed.

Keywords: COVID-19 , GREEK HEALTH SYSTEM, EFFICIENCY, POLICY RECOMMENDATIONS

Κεφάλαιο 1^ο: Ελληνικό σύστημα υγείας και μέτρηση αποτελεσματικότητας

1.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε εκτεταμένες συνέπειες που επηρέασαν κάθε τομέα της οικονομίας, συμπεριλαμβανομένου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Η περίοδος μεταξύ 2010 και 2018 ήταν ιδιαίτερα προκλητική για το ΕΣΥ, καθώς αντιμετώπισε σημαντικές περικοπές χρηματοδότησης και αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η έκθεση θα εξετάσει τον αντίκτυπο της χρηματοπιστωτικής κρίσης και τις περικοπές χρηματοδότησης στο ΕΣΥ στην Ελλάδα και τα μέτρα που ελήφθησαν για τον μετριασμό των επιπτώσεων.

Επιπλέον, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και των περικοπών χρηματοδότησης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2010–2018, οι δαπάνες για την υγεία το 2017 ήταν 1,8% χαμηλότερες από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, αναδεικνύοντας το ήδη υπάρχον ανεπαρκές σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που παλεύει με προβλήματα στη διανομή των υπηρεσιών υγείας, την παραγωγικότητα και τη διοίκηση.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα ξεκίνησε το 2008, μετά την παγκόσμια οικονομική κρίση. Η χώρα αντιμετώπισε σοβαρή ύφεση, υψηλά επίπεδα ανεργίας και μη βιώσιμο χρέος. Το 2010, η ελληνική κυβέρνηση έλαβε πακέτο διάσωσης από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), με αντάλλαγμα την εφαρμογή μιας σειράς μέτρων λιτότητας.

Τα μέτρα λιτότητας είχαν ως στόχο τη μείωση των δημοσίων δαπανών και την αύξηση των εσόδων. Τα μέτρα περιελάμβαναν αυξήσεις φόρων, περικοπές στις κοινωνικές υπηρεσίες και μείωση των μισθών του δημόσιου τομέα. Αυτά τα μέτρα είχαν σημαντικό αντίκτυπο στο ΕΣΥ, καθώς η κυβέρνηση αναγκάστηκε να μειώσει τις δαπάνες της για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Το ΕΣΥ στην Ελλάδα αντιμετώπισε σημαντικές περικοπές χρηματοδότησης κατά την περίοδο 2010-2018. Η κυβέρνηση μείωσε τις δαπάνες της για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, και ως αποτέλεσμα, το ΕΣΥ αγωνίστηκε να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι περικοπές χρηματοδότησης οδήγησαν σε έλλειψη ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού, μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών και σε έλλειψη επαγγελματιών υγείας.

Η έλλειψη ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητα του ΕΣΥ να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Τα νοσοκομεία αναγκάστηκαν να επαναχρησιμοποιήσουν ιατρικό εξοπλισμό μιας χρήσης, γεγονός που αύξανε τον κίνδυνο λοιμώξεων. Οι ασθενείς έπρεπε να φέρουν τα φάρμακά τους στα νοσοκομεία, καθώς τα νοσοκομεία δεν μπορούσαν να τα παράσχουν. Η έλλειψη ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού επηρέασε επίσης την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών οδήγησε σε υπερπληθυσμό των ασθενών των νοσοκομείων, γεγονός που είχε αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών. Οι ασθενείς αναγκάζονταν να μοιράζονται νοσοκομειακά κρεβάτια, γεγονός που αύξανε τον κίνδυνο λοιμώξεων. Ο υπερπληθυσμός των νοσοκομείων οδήγησε επίσης σε έλλειψη επαγγελματιών υγείας, καθώς τα νοσοκομεία δεν ήταν σε θέση να προσελκύσουν και να διατηρήσουν επαγγελματίες υγείας.

Η έλλειψη επαγγελματιών υγείας ήταν ένα σημαντικό ζήτημα για το ΕΣΥ. Η κυβέρνηση μείωσε τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας, γεγονός που οδήγησε σε έλλειψη ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας. Πολλοί επαγγελματίες υγείας έφυγαν από την Ελλάδα για να αναζητήσουν καλύτερες ευκαιρίες εργασίας σε άλλες χώρες. Η έλλειψη επαγγελματιών υγείας είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από το ΕΣΥ.

Η ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε διάφορα μέτρα για τον μετριασμό των επιπτώσεων της χρηματοπιστωτικής κρίσης και των περικοπών χρηματοδότησης στο ΕΣΥ. Η κυβέρνηση αύξησε τον προϋπολογισμό για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης το 2018, μετά από χρόνια περικοπών χρηματοδότησης. Η κυβέρνηση εισήγαγε επίσης μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του ΕΣΥ και τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Οι μεταρρυθμίσεις περιελάμβαναν την εισαγωγή ενός νέου συστήματος πληρωμών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο είχε ως στόχο τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Η κυβέρνηση εισήγαγε επίσης ένα νέο σύστημα ηλεκτρονικού μητρώου υγείας, το οποίο είχε ως στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του ΕΣΥ και τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η κυβέρνηση εφάρμοσε επίσης μέτρα με στόχο τη μείωση της έλλειψης επαγγελματιών υγείας, αύξησε τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας και εισήγαγε κίνητρα για την προσέλκυση και διατήρηση επαγγελματιών υγείας. Η κυβέρνηση εισήγαγε επίσης μέτρα με στόχο τη βελτίωση της κατάρτισης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και την ενθάρρυνση των νέων να ακολουθήσουν σταδιοδρομία στον τομέα της υγείας.

1.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν από την κρίση

Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν από την κρίση ήταν ένα μικτό σύστημα δημόσιου-ιδιωτικού τομέα που παρείχε καθολική υγειονομική κάλυψη στους πολίτες του. Το σύστημα χαρακτηριζόταν από έναν ισχυρό δημόσιο τομέα, με υψηλό επίπεδο κρατικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, σε συνδυασμό με έναν αναπτυσσόμενο ιδιωτικό τομέα που παρείχε συμπληρωματικές και συμπληρωματικές υπηρεσίες. Αυτή η έκθεση θα εξετάσει τα βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας πριν από την κρίση, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης, της οργάνωσης και της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Το ελληνικό λοιπόν σύστημα υγείας χρηματοδοτήθηκε μέσω ενός συνδυασμού γενικής φορολογίας, εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και πληρωμών από την τσέπη. Η πλειοψηφία της χρηματοδότησης προήλθε από τη γενική φορολογία, με την κυβέρνηση να διαθέτει σημαντικό μέρος του προϋπολογισμού της για την υγειονομική περίθαλψη. Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης ήταν επίσης σημαντική πηγή χρηματοδότησης, με τους εργαζόμενους και τους εργοδότες να συνεισφέρουν σε ένα εθνικό ταμείο ασφάλισης υγείας. Οι πληρωμές από την τσέπη ήταν επίσης συχνές, ιδιαίτερα για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Παρά το σημαντικό επίπεδο των κρατικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, το σύστημα αντιμετώπισε μια σειρά από προκλήσεις όσον αφορά τη βιωσιμότητα και την ισότητα. Το υψηλό επίπεδο πληρωμών από την τσέπη, σε συνδυασμό με την έλλειψη ρυθμίσεων και διαφάνειας, οδήγησαν σε σημαντικές διακυμάνσεις στην ποιότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορες περιφέρειες και κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Siskou et al 2008· Souliotis, 2013).

Αναλυτικότερα οργανώθηκε γύρω από ένα αποκεντρωμένο δίκτυο δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας, με μικρό αριθμό ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών που παρείχαν συμπληρωματικές υπηρεσίες. Το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης βασιζόταν σε ένα

δίκτυο τοπικών κέντρων υγείας, με κάθε κέντρο να εξυπηρετεί μια λεκάνη απορροής περίπου 10.000 ατόμων.

Το σύστημα χαρακτηριζόταν από υψηλό επίπεδο επαγγελματικής αυτονομίας, με τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας να διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα είχε επίσης μια ισχυρή παράδοση οικογενειακής ιατρικής, με τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης να παρέχουν ολοκληρωμένη, συντονισμένη φροντίδα στους ασθενείς.

Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν από την κρίση παρείχε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και αποκατάστασης και μακροχρόνιας περίθαλψης. Το σύστημα βασίστηκε σε ένα μοντέλο νοσοκομειακής περίθαλψης, με τα νοσοκομεία να παρέχουν την πλειονότητα των υπηρεσιών εξειδικευμένης και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Συγκεκριμένα, υπήρχε ένα υψηλό επίπεδο ιατρικής τεχνολογίας, με μεγάλο αριθμό νοσοκομείων και κλινικών εξοπλισμένα με ιατρικό εξοπλισμό και εγκαταστάσεις τελευταίας τεχνολογίας. Αυτό επέτρεψε στο σύστημα να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες του, συμπεριλαμβανομένων προηγμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών. (Lionis et al., 2009).

1.3 Επισκόπηση της Μεταρρύθμισης του Τομέα Υγείας

Η οικονομική κρίση του 2010 είχε βαθιές επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ως αποτέλεσμα, η κυβέρνηση εισήγαγε μια σειρά μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας με στόχο την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το σύστημα, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της οικονομικής βιωσιμότητας, της αύξησης της αποτελεσματικότητας και της βελτίωσης της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η έκθεση θα εξετάσει τις σημαντικές πολιτικές και διαρθρωτικές αλλαγές που έχουν εισαχθεί στο ελληνικό σύστημα υγείας από το 2010.

Αλλαγές πολιτικής:

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που εισήχθησαν από το 2010 περιελάμβαναν μια σειρά από αλλαγές πολιτικής με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος. Μία από τις βασικές αλλαγές πολιτικής ήταν η εισαγωγή ενός νέου συστήματος χρηματοδότησης της υγείας, το οποίο είχε ως στόχο να αυξήσει τον ρόλο των εισφορών

κοινωνικής ασφάλισης στη χρηματοδότηση του συστήματος, μειώνοντας παράλληλα την εξάρτηση από τη γενική φορολογία και τις πληρωμές από την τσέπη. Το νέο σύστημα εισήγαγε επίσης ένα σύστημα πληρωμών για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το οποίο είχε ως στόχο την προώθηση της προληπτικής φροντίδας και τη μείωση των περιττών εισαγωγών στα νοσοκομεία.

Μια άλλη σημαντική αλλαγή πολιτικής ήταν η εισαγωγή ενός εθνικού συστήματος τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, το οποίο είχε ως στόχο τη μείωση του κόστους των φαρμακευτικών προϊόντων και τη διασφάλιση της προσιτότητας και της προσβασιμότητάς τους στους ασθενείς. Αυτό το σύστημα περιελάμβανε επίσης μια εθνική συνταγή, η οποία στόχευε να προωθήσει τη χρήση οικονομικών θεραπειών και να μειώσει τη χρήση δαπανηρών και περιττών θεραπειών.

Διαρθρωτικές αλλαγές:

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που εισήχθησαν από το 2010 περιελάμβαναν επίσης μια σειρά διαρθρωτικών αλλαγών με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Μία από τις βασικές διαρθρωτικές αλλαγές ήταν η αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, ο αριθμός των νοσοκομείων και η αύξηση του ρόλου των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η νέα δομή δημιούργησε περιφέρειες υγείας, οι οποίες ήταν υπεύθυνες για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη διαχείριση των νοσοκομείων εντός της περιφέρειάς τους. Αυτό είχε ως στόχο τη βελτίωση του συντονισμού και της ολοκλήρωσης των υπηρεσιών, τη μείωση της επικάλυψης και του κατακερματισμού και την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας (Souliotis, 2013)..

Σημαντική διαρθρωτική αλλαγή ήταν επίσης η εισαγωγή ενός κεντρικού συστήματος προμηθειών για ιατρικές προμήθειες και εξοπλισμό, με στόχο τη μείωση του κόστους αυτών των ειδών και τη διασφάλιση της δίκαιης κατανομής τους σε όλο το σύστημα. Το σύστημα αυτό περιελάμβανε επίσης ένα κεντρικό σύστημα πληροφοριών για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της χρήσης ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού, το οποίο είχε ως στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση των απορριμμάτων.

Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που εισήχθησαν από το 2010 περιλαμβάνουν μια σειρά μέτρων που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα μέτρα περιελάμβαναν

την εισαγωγή εθνικών κατευθυντήριων γραμμών για την κλινική πρακτική, τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος διαπίστευσης για τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και την εισαγωγή ενός συστήματος έρευνας ικανοποίησης ασθενών. Αυτά τα μέτρα αποσκοπούσαν στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, στην αύξηση της ασφάλειας των ασθενών και στην ενίσχυση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Souliotis, 2013).

Προκλήσεις:

Ενώ οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που εισήχθησαν από το 2010 έχουν επιφέρει σημαντικές πολιτικές και διαρθρωτικές αλλαγές στο ελληνικό σύστημα υγείας, έχουν επίσης αντιμετωπίσει μια σειρά από προκλήσεις. Μία από τις βασικές προκλήσεις ήταν η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων, η οποία παρεμποδίστηκε από την έλλειψη πόρων, υποδομών και εμπειρογνομosύνης. Οι μεταρρυθμίσεις αντιμετώπισαν επίσης σημαντική αντίθεση από διάφορους ενδιαφερόμενους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών της υγείας, των ασθενών και του ιδιωτικού τομέα.

Μια σημαντική βασική πρόκληση ήταν ο αντίκτυπος των μεταρρυθμίσεων στην προσβασιμότητα και την οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ οι μεταρρυθμίσεις στόχευαν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, οδήγησαν επίσης στο κλείσιμο σημαντικού αριθμού νοσοκομείων και εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οδήγησε σε μείωση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην ύπαιθρο περιοχές. Αυτό οδήγησε επίσης σε αύξηση των πληρωμών από την τσέπη, γεγονός που έκανε τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λιγότερο προσιτές για πολλούς ασθενείς.

1.4 Δημόσια Διοίκηση και Συντονισμός

Ο ΕΟΠΥΥ δημιουργήθηκε ως ενιαίος πληρωτής, με την ενοποίηση όλων των δημόσιων ταμείων υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ συγχώνευσε παρόχους ασφάλισης υγείας και παροχές στο πλαίσιο διαφόρων SSF:

ΙΚΑ (εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα)

ΟΓΑ (αγρότες)

NAT (ναυτικοί)

ΟΠΑΔ (υπάλληλοι δημόσιου τομέα),

ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (δημοσιογράφοι)

ΟΑΕΕ (ελεύθεροι επαγγελματίες)

ΕΤΑΑ (ιατροί, δικηγόροι και μηχανικοί)

ΤΑΥΤΕΚΩ (εργαζόμενοι σε τράπεζες και επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας) καθώς και,
το ταμείο του Λιμενικού Σώματος-Ελληνικής Ακτοφυλακής.

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) δημιουργήθηκε το 2011 στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων στον ελληνικό τομέα υγείας. Ιδρύθηκε ως ενιαίος πληρωτής με την ενοποίηση όλων των δημόσιων ταμείων υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η παρούσα έκθεση θα εξετάσει τον ρόλο του ΕΟΠΥΥ στο ελληνικό σύστημα υγείας και τις επιπτώσεις του στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ο ΕΟΠΥΥ είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Είναι αρμόδιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασφαλισμένο πληθυσμό, ο οποίος περιλαμβάνει μισθωτούς και συνταξιούχους του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθώς και εξαρτώμενά τους πρόσωπα. Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει επίσης υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους, οι οποίοι όμως καλούνται να πληρώσουν από την τσέπη τους για τις υπηρεσίες αυτές.

Αναλυτικότερα λειτουργεί μέσω ενός δικτύου συμβεβλημένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο περιλαμβάνει δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, κλινικές και επαγγελματίες υγείας. Οι πάροχοι αυτοί αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους ασθενείς, με βάση ένα σύνολο τελών και τιμολογίων που καθορίζονται από τον οργανισμό.

Πράγματι ο ΕΟΠΥΥ χρηματοδοτείται μέσω συνδυασμού εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, γενικής φορολογίας και πληρωμών από την τσέπη. Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ και εισπράττονται τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τους εργοδότες. Η γενική φορολογία χρησιμοποιείται επίσης για τη συμπλήρωση της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ, ιδίως για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ανασφάλιστους. Απαιτούνται επίσης πληρωμές από την τσέπη για ορισμένες υπηρεσίες, αλλά

περιορίζονται στο ελάχιστο προκειμένου να διασφαλιστεί η οικονομική προσιτότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπρόσθετα παρέχει μια σειρά από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στον ασφαλισμένο πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εξειδικευμένης περίθαλψης, νοσοκομειακής περίθαλψης και φαρμακευτικών προϊόντων. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται μέσω ενός δικτύου συμβασιούχων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι επιλέγονται με βάση την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά τους.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνουν προληπτική φροντίδα, διάγνωση και θεραπεία κοινών ασθενειών και διαχείριση χρόνιων παθήσεων. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από γενικούς ιατρούς, οικογενειακούς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας και στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας και της ευημερίας του ασφαλισμένου πληθυσμού.

Οι υπηρεσίες εξειδικευμένης φροντίδας περιλαμβάνουν μια σειρά από ιατρικές και χειρουργικές ειδικότητες, όπως καρδιολογία, ογκολογία, νευρολογία και ορθοπαιδική. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από ειδικούς ιατρούς και στοχεύουν στην παροχή προηγμένης διάγνωσης και θεραπείας για πολύπλοκες ιατρικές καταστάσεις.

Τέλος οι υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης περιλαμβάνουν τόσο υπηρεσίες εσωτερικού όσο και εξωτερικών ασθενών και παρέχονται από μια σειρά από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες ιατρικές παρεμβάσεις και στοχεύουν στην παροχή υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικής φροντίδας στους ασθενείς.

Φαρμακευτικά προϊόντα παρέχονται και από τον ΕΟΠΥΥ, μέσω εθνικού συστήματος τιμολόγησης και αποζημίωσης. Αυτό το σύστημα στοχεύει στη διασφάλιση της οικονομικής προσιτότητας και της προσβασιμότητας των φαρμακευτικών προϊόντων στους ασφαλισμένους ασθενείς, ενώ παράλληλα προωθεί τη χρήση οικονομικών θεραπειών και μειώνοντας τη χρήση δαπανηρών και περιττών θεραπειών.

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου πληρωτή είχε σημαντικό αντίκτυπο στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Συνέβαλε στη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος, ενοποιώντας τα διάφορα δημόσια ταμεία υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας και μειώνοντας το διοικητικό κόστος. Επιπλέον συνέβαλε στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος, με τη θέσπιση ενός συνόλου τελών και τιμολογίων για τις υπηρεσίες

υγειονομικής περίθαλψης και την προώθηση της χρήσης οικονομικών θεραπειών (Xenos et al., 2017).

Αξίζει να επισημανθεί, ότι ο ΕΟΠΥΥ έχει συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Έχει δημιουργήσει ένα δίκτυο συμβεβλημένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι επιλέγονται με βάση την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά τους, και έχει βοηθήσει να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας και αποτελεσματική φροντίδα. Συγκεκριμένα συνέβαλε στη βελτίωση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας μια σειρά υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασθενείς και προωθώντας τη χρήση της προληπτικής φροντίδας και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Trakakis et al., 2021).

Παρά τις σημαντικές βελτιώσεις που επέφερε η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, το ελληνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να αντιμετωπίζει μια σειρά από προκλήσεις. Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις είναι η διαρκής χρηματοοικονομική βιωσιμότητα του συστήματος, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Το σύστημα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες έχουν επηρεαστεί αρνητικά από τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και τα χαμηλά επίπεδα οικονομικής ανάπτυξης.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι το σύστημα αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα για ανασφάλιστα άτομα και όσους ζουν σε αγροτικές περιοχές. Υπάρχουν επίσης ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της γήρανσης του πληθυσμού και του αυξανόμενου επιπολασμού των χρόνιων παθήσεων.

Τέλος, υπάρχουν ανησυχίες για τη μελλοντική βιωσιμότητα του συστήματος, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ ο ΕΟΠΥΥ έχει συμβάλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη για συνεχείς επενδύσεις στο σύστημα για να διασφαλιστεί ότι θα παραμείνει βιώσιμο και να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του ελληνικού πληθυσμού (Trakakis et al., 2021)..

1.5 Συμβατικές μεταρρυθμίσεις

Οι μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στην πρόληψη της υπερσυνταγογράφησης μετά το 2010 αποτελούν σημαντικό μέρος των προσπαθειών για τη βελτίωση της ποιότητας και της βιωσιμότητας του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η υπερσυνταγογράφηση είναι ένα μακροχρόνιο πρόβλημα στην Ελλάδα, με τα υψηλά επίπεδα χρήσης φαρμάκων και τα ποσοστά συνταγογράφησης να οδηγούν σε αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Ακολουθεί μια επισκόπηση των μεταρρυθμίσεων που στοχεύουν στην πρόληψη της υπερσυνταγογράφησης μετά το 2010.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι η υπερσυνταγογράφηση είναι ένα πρόβλημα που ταλανίζει το ελληνικό σύστημα υγείας. Τα υψηλά επίπεδα χρήσης φαρμάκων και τα ποσοστά συνταγογράφησης έχουν οδηγήσει σε αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, αρνητικά αποτελέσματα υγείας και επιβάρυνση του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως απάντηση σε αυτές τις προκλήσεις, μια σειρά μεταρρυθμίσεων με στόχο την πρόληψη της υπερσυνταγογράφησης εισήχθησαν μετά το 2010. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα και τη βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Η έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 2010 διαπίστωσε ότι η Ελλάδα είχε το υψηλότερο ποσοστό συνταγογράφησης αντιβιοτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με 1,5 φορές περισσότερες συνταγές αντιβιοτικών κατά κεφαλήν από τον μέσο όρο της ΕΕ. Τα υψηλά ποσοστά χρήσης φαρμάκων και συνταγογράφησης έχουν συνδεθεί με διάφορους παράγοντες, όπως η ζήτηση ασθενών, η έλλειψη κανονισμών και τα οικονομικά κίνητρα για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Xenos et al., 2017).

Μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην πρόληψη της υπερσυνταγογράφησης:

Από το 2010, μια σειρά από μεταρρυθμίσεις με στόχο την πρόληψη της υπερσυνταγογράφησης έχουν εισαχθεί στην Ελλάδα. Αυτά περιλαμβάνουν:

Η ίδρυση του Ελληνικού Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ): Ο ΕΟΦ ιδρύθηκε το 2010 για να ρυθμίσει τη φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα. Είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των φαρμάκων, καθώς και για την παρακολούθηση της χρήσης τους (Dylst and Simoens, 2011)..

Η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης: Η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε την ηλεκτρονική συνταγογράφηση το 2012 ως τρόπο μείωσης της υπερβολικής και κακής χρήσης φαρμάκων. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επιτρέπει στους γιατρούς να συνταγογραφούν ηλεκτρονικά φάρμακα, μειώνοντας την πιθανότητα σφαλμάτων και την υπερβολική χρήση φαρμάκων.

Η ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών: Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ανέπτυξε κλινικές κατευθυντήριες γραμμές για μια σειρά παθήσεων υγείας, συμπεριλαμβανομένων του διαβήτη, της υπέρτασης και του άσθματος. Αυτές οι οδηγίες παρέχουν συστάσεις βασισμένες σε στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία αυτών των καταστάσεων, μειώνοντας την πιθανότητα υπερσυνταγογράφησης.

Η εισαγωγή οικονομικών κινήτρων: Η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε οικονομικά κίνητρα για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που συνταγογραφούν φάρμακα σύμφωνα με τις κλινικές οδηγίες. Αυτό έχει ενθαρρύνει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ακολουθούν πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία και να μειώνουν την υπερσυνταγογράφηση φαρμάκων.

Οι μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στην πρόληψη της υπερσυνταγογράφησης είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα και τη βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, για παράδειγμα, οδήγησε σε μείωση των σφαλμάτων φαρμακευτικής αγωγής και στην υπερβολική χρήση φαρμάκων. Η ανάπτυξη κλινικών οδηγιών οδήγησε επίσης σε μείωση της υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων, ιδιαίτερα για χρόνιες παθήσεις (Whichterich, 2020).

Κεφάλαιο 2ο : Ο COVID-19 και οι επιπτώσεις του στους τομείς και τις υπηρεσίες υγείας

2.1 Παγκόσμια

Η πανδημία του COVID-19 έχει οδηγήσει σε σημαντικές διαταραχές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλές χώρες, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν κατακλυστεί από τον τεράστιο αριθμό των περιπτώσεων COVID-19, οδηγώντας σε καθυστερήσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία άλλων καταστάσεων υγείας. Οι μη βασικές ιατρικές διαδικασίες έχουν αναβληθεί και ορισμένες υπηρεσίες ρουτίνας υγειονομικής περίθαλψης έχουν ανασταλεί προσωρινά για να δοθεί προτεραιότητα στους ασθενείς με COVID-19.

Η παγκόσμια αυτή νόσος οδήγησε επίσης σε μια στροφή προς την εικονική παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η τηλεϊατρική έχει αναδειχθεί ως βασικό εργαλείο για την καταπολέμηση του COVID-19, επιτρέποντας στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να διαβουλεύονται με ασθενείς εξ αποστάσεως και να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο μόλυνσης. Ενώ η τηλεϊατρική έχει βοηθήσει στη διατήρηση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας, υπάρχουν ανησυχίες ότι μπορεί να μην είναι κατάλληλη για όλους τους ασθενείς, ιδιαίτερα για εκείνους με περίπλοκες ανάγκες υγείας.

Αναλυτικότερα η πανδημία COVID-19 έχει οδηγήσει σε ελλείψεις ιατρικών προμηθειών και προσωπικού σε όλο τον κόσμο. Η ζήτηση για εξοπλισμό ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) έχει εκτοξευθεί, οδηγώντας σε ελλείψεις και διακοπές της εφοδιαστικής αλυσίδας. Αυτό έχει θέσει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε κίνδυνο μόλυνσης και έχει οδηγήσει σε εκκλήσεις για αυξημένη παραγωγή και διανομή ΜΑΠ (Whichterich, 2020)..

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι έχει τονίσει τη σημασία της ύπαρξης επαρκούς προσφοράς προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Σε ορισμένες χώρες, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν υπερβεί στα όριά τους, οδηγώντας σε εξάντληση και πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Σε άλλες χώρες, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν δυσκολευτεί να προσλάβουν αρκετούς εργαζομένους στον τομέα της υγείας για να καλύψουν τη ζήτηση.

Πράγματι η νόσος COVID-19 έχει ασκήσει σημαντική πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Σε πολλές χώρες, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν κατακλυστεί από τον τεράστιο αριθμό των περιπτώσεων COVID-19, οδηγώντας σε ελλείψεις σε νοσοκομειακά κρεβάτια, αναπνευστήρες και άλλο ιατρικό εξοπλισμό. Αυτό ανάγκασε τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να προσαρμοστούν γρήγορα και να αναδιαμορφωθούν προκειμένου να ανταποκριθούν στην κρίση.

Συμπληρωματικά έχει τονίσει τις υπάρχουσες ανισότητες στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλές χώρες, οι περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί έχουν επηρεαστεί δυσανάλογα από τον COVID-19, με υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης και θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα έχει εκθέσει την ευθραυστότητα πολλών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

2.1.1 Η αλληλεπίδραση φυλών, τόπων και γεωπολιτικών ανισοτήτων στην εργασία περίθαλψης

Η πανδημία COVID-19 λοιπόν έχει αναδείξει την αλληλεπίδραση φυλής, τόπου και γεωπολιτικών ανισοτήτων στην εργασία φροντίδας, έχει αποκαλύψει τις βαθιά ριζωμένες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες που υπάρχουν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Αυτή η έκθεση θα διερευνήσει τον αντίκτυπο του COVID-19 στην εργασία φροντίδας και την αλληλεπίδρασή του με τις φυλές, τον τόπο και τις γεωπολιτικές ανισότητες. Θα βασιστεί επίσης στην έκθεση της ΠΟΥ για την Κατάσταση του Κόσμου Νοσηλευτικής (2020a) για να εξετάσει την προβλεπόμενη έλλειψη νοσηλευτών και την ανάγκη για επενδύσεις στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό (WHO 2020b)..

Εργασίες αγώνων και φροντίδας κατά τη διάρκεια του COVID-19:

Ο ιός SARS-CoV 2 επηρέασε δυσανάλογα τις φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες σε όλο τον κόσμο, αποκαλύπτοντας τις υπάρχουσες ανισότητες στον τομέα της υγείας και τονίζοντας την ανάγκη για ένα πιο δίκαιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλές χώρες, οι φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες υπερεκπροσωπούνται σε χαμηλά αμειβόμενες εργασίες φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής και της προσωπικής φροντίδας. Αυτοί οι εργαζόμενοι βρίσκονται συχνά σε επισφαλείς και ευάλωτες θέσεις, χωρίς πρόσβαση σε παροχές και προστασία υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό τους έχει θέσει σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης και τους έχει κάνει πιο επιρρεπείς στις οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας (Humphries, et al 2015),.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, οι κοινότητες των Μαύρων και των Λατίνων έχουν επηρεαστεί δυσανάλογα από τον COVID-19, με υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης και θνησιμότητας. Αυτό οφείλεται, εν μέρει, στο γεγονός ότι οι μαύροι και οι Λατίνοι είναι πιο πιθανό να εργάζονται σε θέσεις πρώτης γραμμής, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής και της προσωπικής φροντίδας. Αυτοί οι εργαζόμενοι είναι πιο πιθανό να εκτεθούν στον ιό και είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε επαρκή ΜΑΠ.

Χώρος και εργασία φροντίδας κατά τη διάρκεια του COVID-19:

Είναι αλήθεια ότι η πανδημία του COVID-19 έχει επίσης τονίσει την αλληλεπίδραση μεταξύ χώρου και εργασίας φροντίδας. Σε πολλές χώρες, οι εργασίες φροντίδας επικεντρώνονται σε αστικές περιοχές, όπου η πανδημία είχε τον μεγαλύτερο αντίκτυπο. Αυτό έχει θέσει τους εργαζόμενους στον τομέα της φροντίδας σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης και έχει κάνει πιο δύσκολη την παροχή περίθαλψης σε όσους έχουν ανάγκη. Σε αγροτικές περιοχές, από την άλλη πλευρά, μπορεί να υπάρχει έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας, αφήνοντας πολλές κοινότητες χωρίς πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες φροντίδας.

Γεωπολιτικές ανισότητες στην εργασία φροντίδας:

Επιπρόσθετα η νόσος COVID-19 έφερε στην επιφάνεια τις γεωπολιτικές ανισότητες στην εργασία περίθαλψης. Σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, υπάρχει έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκόμων και των εργαζομένων στον τομέα της προσωπικής φροντίδας. Αυτή η έλλειψη έχει επιδεινωθεί από την πανδημία, με πολλούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να εγκαταλείπουν τις δουλειές τους λόγω του κινδύνου μόλυνσης. Η έκθεση της ΠΟΥ για την Κατάσταση του Κόσμου Νοσηλευτικής (2020a) υπολόγισε ότι μέχρι το 2030, θα υπάρχει έλλειψη 5,9 εκατομμυρίων νοσηλευτών παγκοσμίως, με τις μεγαλύτερες ελλείψεις σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Llop-Girones et al 2015)..

Επένδυση στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό:

Η έκθεση της ΠΟΥ για την Κατάσταση του Κόσμου Νοσηλευτικής (2020a) υπογραμμίζει την ανάγκη για επένδυση στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο, παρέχοντας ουσιαστική φροντίδα και υποστήριξη στους ασθενείς. Ωστόσο, η νοσηλευτική συχνά υποτιμάται και αμείβεται ελάχιστα, με πολλούς νοσηλευτές να εργάζονται σε επισφαλείς και

ευάλωτες θέσεις. Η έκθεση ζητά αυξημένες επενδύσεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση και κατάρτιση, καθώς και καλύτερες συνθήκες εργασίας και προστασία για τους νοσηλευτές (Aristizabal et al 2019)..

2.1.2 Ορατοί καθοριστικοί παράγοντες της ανισότητας στον τομέα της περίθαλψης

Η πανδημία COVID-19 έχει επισημάνει τους ορατούς καθοριστικούς παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη. Ενώ η πανδημία έχει επηρεάσει όλους, δεν έχει επηρεάσει όλους εξίσου. Αυτή η έκθεση θα διερευνήσει τους ορατούς καθοριστικούς παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του COVID-19, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, του φύλου και της ηλικίας.

Ένας από τους πιο ορατούς καθοριστικούς παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του ιού είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Τα άτομα που βρίσκονται σε οικονομικά μειονεκτική θέση είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν από την πανδημία. Είναι πιο πιθανό να εργάζονται σε βασικές δουλειές, όπως η νοσηλευτική και η προσωπική φροντίδα, γεγονός που τους θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης στον ιό. Είναι επίσης πιο πιθανό να έχουν υποκείμενες παθήσεις, γεγονός που τους θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής ασθένειας ή θανάτου εάν προσβληθούν από τον COVID-19.

Επιπλέον, τα άτομα που βρίσκονται σε οικονομικά μειονεκτική θέση είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Μπορεί να μην έχουν πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων δοκιμών και θεραπείας, και μπορεί να μην έχουν τους οικονομικούς πόρους για να αντέξουν οικονομικά την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό έχει επιδεινώσει περαιτέρω τις ανισότητες στην υγεία που υπάρχουν σε πολλές κοινότητες (Wee et al., 2020)..

Το φύλο είναι ένας άλλος ορατός καθοριστικός παράγοντας της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του COVID-19. Οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία του εργατικού δυναμικού της νοσηλευτικής και προσωπικής φροντίδας και έχουν βρεθεί στην πρώτη γραμμή της πανδημίας. Ωστόσο, οι γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό να βιώσουν βία με βάση το φύλο και διακρίσεις, οι οποίες έχουν επιδεινωθεί περαιτέρω από την πανδημία (Vale et al., 2020)..

Επιπλέον, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να παρέχουν μη αμειβόμενη εργασία φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας άρρωστων μελών της οικογένειας ή της παροχής φροντίδας παιδιών. Αυτό έχει επιβαρύνει επιπλέον τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της

πανδημίας, καθώς αναλαμβάνουν πολλαπλές ευθύνες, ενώ παράλληλα προσπαθούν να παραμείνουν ασφαλείς και υγιείς.

Η ηλικία είναι επίσης ένας ορατός καθοριστικός παράγοντας της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια της νόσου. Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής ασθένειας ή θανάτου εάν προσβληθούν από τον ιό. Αυτό οδήγησε σε αυξημένα ποσοστά νοσηλείας και θνησιμότητας μεταξύ των ηλικιωμένων. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι είναι επίσης πιο πιθανό να βιώσουν την κοινωνική απομόνωση, η οποία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την ευημερία τους (Amnesty 2021)..

Ας μην παραβλέψουμε, ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί επίσης να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Μπορεί να μην έχουν πρόσβαση στα μέσα μεταφοράς και μπορεί να μην έχουν τις δεξιότητες ψηφιακής παιδείας για πρόσβαση σε υπηρεσίες τηλευγείας. Αυτό έχει καταστήσει πιο δύσκολο για τους ηλικιωμένους να λάβουν τη φροντίδα που χρειάζονται κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Συμπερασματικά, οι ορατοί καθοριστικοί παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του COVID-19 περιλαμβάνουν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο και την ηλικία. Αυτοί οι καθοριστικοί παράγοντες έχουν δημιουργήσει ανισότητες στην πρόσβαση και τα αποτελέσματα στην υγειονομική περίθαλψη και έχουν τονίσει την ανάγκη για ένα πιο δίκαιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν αυτές οι ανισότητες, υπάρχει ανάγκη για αυξημένες επενδύσεις στο εργατικό δυναμικό της νοσηλευτικής και προσωπικής φροντίδας, καθώς και μεγαλύτερη προστασία και υποστήριξη για τους εργαζόμενους στον τομέα της φροντίδας. Αντιμετωπίζοντας τους ορατούς καθοριστικούς παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του COVID-19, μπορούμε να οικοδομήσουμε ένα πιο ανθεκτικό και δίκαιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για όλους (Rouw et al 2021, BBC 2021)..

2.1.3 Καταστροφικές συνέπειες από τυποποίηση της εργασίας

Η πανδημία του COVID-19 είχε καταστροφικές συνέπειες σε πολλές διαφορετικές πτυχές της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των προτύπων εργασίας. Σε πολλές χώρες, υπήρξε μια ώθηση προς την τυποποίηση της εργασίας σε μια προσπάθεια να προστατευθούν οι εργαζόμενοι και να διασφαλιστεί ότι οι επιχειρήσεις μπορούν να συνεχίσουν να λειτουργούν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ωστόσο, η τυποποίηση της εργασίας είχε μια σειρά από αρνητικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης επισφάλειας, της μειωμένης

ασφάλειας εργασίας και της μειωμένης πρόσβασης σε παροχές και προστασίες. Αυτή η έκθεση θα διερευνήσει τις καταστροφικές συνέπειες της τυποποίησης της εργασίας κατά τη διάρκεια του SARS-COV-2.

Ως απάντηση στην πανδημία της νόσου COVID-19, πολλές κυβερνήσεις έχουν εφαρμόσει μέτρα για την τυποποίηση της εργασίας σε μια προσπάθεια να προστατεύσουν τους εργαζόμενους και να διασφαλίσουν ότι οι επιχειρήσεις μπορούν να συνεχίσουν να λειτουργούν. Αυτά τα μέτρα περιελάμβαναν αλλαγές στις συμβάσεις εργασίας, μειώσεις ωρών εργασίας και τη θέσπιση νέων κανονισμών για την υγεία και την ασφάλεια. Ενώ αυτά τα μέτρα εφαρμόστηκαν με τις καλύτερες προθέσεις, είχαν ορισμένες αρνητικές συνέπειες.

Μία από τις κύριες συνέπειες της τυποποίησης της εργασίας κατά τη διάρκεια του COVID-19 ήταν η αυξημένη επισφάλεια για τους εργαζόμενους. Πολλοί εργαζόμενοι έχουν δει τις συμβάσεις εργασίας τους να αλλάζουν, με τους εργοδότες να μειώνουν τις ώρες εργασίας ή να μεταβαίνουν σε συμβάσεις μηδενικών ωρών. Αυτό οδήγησε σε απώλεια εισοδήματος για πολλούς εργαζόμενους, καθώς και σε απώλεια εργασιακής ασφάλειας.

Συμπληρωματικά, πολλοί εργαζόμενοι αναγκάστηκαν να αναλάβουν πολλές δουλειές για να τα βγάλουν πέρα, γεγονός που έχει αυξήσει τον κίνδυνο έκθεσής τους στον ιό. Αυτό ήταν ιδιαίτερα προβληματικό για τους εργαζόμενους στον τομέα της περίθαλψης, οι οποίοι είναι συχνά χαμηλά αμειβόμενοι και επισφαλώς απασχολούμενοι (Srivastar, 2020)..

Μια άλλη σημαντική συνέπεια της τυποποίησης της εργασίας κατά τη διάρκεια του COVID-19 ήταν η μειωμένη ασφάλεια εργασίας. Καθώς πολλές επιχειρήσεις αγωνίζονται να παραμείνουν στη ζωή κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι εργοδότες αναγκάστηκαν να λάβουν δύσκολες αποφάσεις σχετικά με το ποιους εργαζόμενους να διατηρήσουν και ποιους να αφήσουν. Αυτό έχει οδηγήσει σε εκτεταμένες απώλειες θέσεων εργασίας, ιδιαίτερα σε κλάδους όπως η φιλοξενία, ο τουρισμός και το λιανικό εμπόριο.

Επιπλέον, η εισαγωγή νέων κανονισμών για την υγεία και την ασφάλεια οδήγησε σε αυξημένο κόστος για πολλές επιχειρήσεις. Αυτό έχει καταστήσει πιο δύσκολο για τους εργοδότες να διατηρήσουν εργαζόμενους, ιδιαίτερα εκείνους που έχουν χαμηλό αμειβόμενο και επισφαλή απασχόληση.

Επομένως η τυποποίηση της εργασίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας οδήγησε σε μειωμένη πρόσβαση σε παροχές και προστασία για πολλούς εργαζόμενους. Καθώς οι εργοδότες

αγωνίζονται να παραμείνουν στη ζωή, πολλοί αναγκάστηκαν να περικόψουν τα επιδόματα όπως οι αποδοχές ασθενείας, οι αποδοχές αδείας και οι συντάξεις. Αυτό έχει αφήσει πολλούς εργαζόμενους χωρίς την προστασία που χρειάζονται για να παραμείνουν ασφαλείς και υγιείς κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Επιπλέον, πολλοί εργαζόμενοι σε επισφαλή απασχόληση δυσκολεύτηκαν να έχουν πρόσβαση στην κρατική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτό ήταν ιδιαίτερα προβληματικό για τους εργαζόμενους που είναι αυτοαπασχολούμενοι ή που εργάζονται στην οικονομία των συναυλιών, καθώς συχνά έχουν υποχωρήσει μέσα από τα κενά στα κυβερνητικά προγράμματα στήριξης.

Ανακεφαλαιώνοντας, η τυποποίηση της εργασίας κατά τη διάρκεια του COVID-19 είχε μια σειρά από καταστροφικές συνέπειες για τους εργαζόμενους. Αυτές οι συνέπειες περιλαμβάνουν αυξημένη επισφάλεια, μειωμένη εργασιακή ασφάλεια και μειωμένη πρόσβαση σε παροχές και προστασίες. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν αυτά τα ζητήματα, υπάρχει ανάγκη για αυξημένες επενδύσεις στον τομέα της περίθαλψης, καθώς και μεγαλύτερη προστασία και υποστήριξη για τους εργαζόμενους σε επισφαλή απασχόληση. Αντιμετωπίζοντας τις αρνητικές συνέπειες της τυποποίησης της εργασίας κατά τη διάρκεια του COVID-19, μπορούμε να οικοδομήσουμε μια πιο δίκαιη και ανθεκτική οικονομία για όλους (Neromnyashchiy et al,2020).

2.1.4 Κάνοντας ορατούς τους καθοριστικούς παράγοντες της Ανισότητας στον τομέα της περίθαλψης

Η πανδημία του COVID-19 έφερε στο φως τις πολλές ανισότητες που υπάρχουν στον τομέα της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ανισοτήτων στη φυλή, τον τόπο και το γεωπολιτικό πλαίσιο. Η νόσος έχει αναδείξει τους τρόπους με τους οποίους αυτές οι ανισότητες είναι βαθιά ενσωματωμένες στον τομέα της περίθαλψης και τους τρόπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για να δημιουργήσουν ακόμη μεγαλύτερες ανισότητες στην πρόσβαση στην περίθαλψη.

Αυτό το δοκίμιο θα διερευνήσει τους ορατούς καθοριστικούς παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του COVID-19, συμπεριλαμβανομένων των τρόπων με τους οποίους η φυλή, ο τόπος και το γεωπολιτικό πλαίσιο αλληλεπιδρούν για να δημιουργήσουν ανισότητες στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Θα εξετάσουμε επίσης τον αντίκτυπο αυτών των

ανισοτήτων στα αποτελέσματα υγείας διαφορετικών πληθυσμών και τους τρόπους με τους οποίους μπορούμε να εργαστούμε για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων.

Αγώνας:

Ένας από τους πιο ορατούς καθοριστικούς παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του ιού είναι η φυλή. Ο COVID-19 είχε δυσανάλογη επίδραση στους έγχρωμους ανθρώπους, ιδιαίτερα στους πληθυσμούς των Μαύρων και των Λατίνων. Αυτές οι κοινότητες έχουν πληγεί περισσότερο από τον ιό, με υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης, νοσηλείας και θανάτου σε σύγκριση με τους λευκούς πληθυσμούς (Sanders et al 2019)..

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για αυτές τις ανισότητες, όπως υψηλότερα ποσοστά φτώχειας, μεγαλύτερη έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες και υψηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών. Ωστόσο, ο συστημικός ρατσισμός παίζει επίσης σημαντικό ρόλο, με τις κοινότητες των Μαύρων και των Λατίνων να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη.

Αυτοί οι φραγμοί περιλαμβάνουν την έλλειψη ασφάλισης υγείας, την περιορισμένη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και τις σιωπηρές προκαταλήψεις εκ μέρους των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι παράγοντες συνδυάζονται για να δημιουργήσουν ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που είναι βαθιά άνισο και αποτυγχάνει να παρέχει επαρκή φροντίδα σε όσους τη χρειάζονται περισσότερο (Oxfam, 2020)..

Θέση:

Ένας άλλος ορατός καθοριστικός παράγοντας της ανισότητας στην περίθαλψη είναι ο τόπος. Ο COVID-19 είχε δυσανάλογο αντίκτυπο στις αστικές περιοχές, ιδιαίτερα στις γειτονιές με χαμηλό εισόδημα. Αυτές οι κοινότητες έχουν πληγεί περισσότερο από τον ιό, με υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης, νοσηλείας και θανάτου σε σύγκριση με τις πιο εύπορες περιοχές (Xenos et al., 2020)..

Πρέπει επίσης να τονιστεί, η μεγαλύτερη έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες, οι πιο πολυσύχναστες συνθήκες διαβίωσης και η περιορισμένη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι συστημικές ανισότητες διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο, με τις κοινότητες χαμηλού εισοδήματος να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα

εμπόδια στην πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και σε έλλειψη δημόσιας υποδομής υγείας.

Γεωπολιτικό πλαίσιο:

Τέλος, το γεωπολιτικό πλαίσιο είναι ένας άλλος ορατός καθοριστικός παράγοντας της ανισότητας στην περίθαλψη . Ο COVID-19 είχε δυσανάλογο επίσης αντίκτυπο σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι οποίες διαθέτουν λιγότερους πόρους για να ανταποκριθούν στην πανδημία. Αυτές οι χώρες έχουν πληγεί περισσότερο από τον ιό, με περιορισμένη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, ιατρικές προμήθειες και εξοπλισμό ατομικής προστασίας.

Υπάρχουν διάφορες αιτίες για τις συγκεκριμένες ανισότητες, όπως η έλλειψη χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη, η περιορισμένη δημόσια υποδομή υγείας και η έλλειψη πρόσβασης στην ιατρική τεχνολογία. Ωστόσο, οι συστημικές ανισότητες διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο, με τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη (Dean et al 2020)..

Τα εμπόδια αυτά περιλαμβάνουν την έλλειψη χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη, την περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρικά εφόδια και εξοπλισμό και την έλλειψη επενδύσεων σε υποδομές δημόσιας υγείας. Αυτοί οι παράγοντες συνδυάζονται για να δημιουργήσουν ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που είναι βαθιά άνισο και αποτυγχάνει να παρέχει επαρκή φροντίδα σε όσους τη χρειάζονται περισσότερο (Dean et al 2020)..

Επιπτώσεις στα αποτελέσματα της υγείας:

Οι ορατοί καθοριστικοί παράγοντες της ανισότητας στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια του COVID-19 είχαν σημαντικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα υγείας διαφορετικών πληθυσμών. Οι διαφορές στην πρόσβαση στην περίθαλψη έχουν οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης, νοσηλείας και θανάτου σε περιθωριοποιημένες κοινότητες. Αυτό έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη επιβάρυνση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο αγωνίζεται να παρέχει περίθαλψη σε όσους τη χρειάζονται περισσότερο (Sanders et al 2019)..

Επιπλέον, οι διαφορές στην πρόσβαση στην περίθαλψη έχουν τονίσει την ανάγκη για ένα πιο δίκαιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που να παρέχει ποιοτική περίθαλψη σε όλους. Αυτό περιλαμβάνει μεγαλύτερες επενδύσεις σε υποδομές δημόσιας υγείας. Επιπλέον, η πανδημία

έχει επίσης τονίσει την ανάγκη για βελτιωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υποστήριξη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Η απομόνωση, ο φόβος και η αβεβαιότητα που προκαλεί η πανδημία έχουν επηρεάσει αρνητικά την ψυχική υγεία των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Τα συστήματα υγείας πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας και να παρέχουν πόρους για την υποστήριξη αυτών που αγωνίζονται.

Αναφορικά, η πανδημία έχει επίσης αποκαλύψει τον συστημικό ρατσισμό και τις διακρίσεις που υπάρχουν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι έγχρωμοι, ιδιαίτερα οι μαύροι και οι αυτόχθονες πληθυσμοί, επηρεάζονται δυσανάλογα από τον COVID-19 λόγω ενός συνδυασμού συστημικών ανισοτήτων και κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Αυτοί οι πληθυσμοί έχουν συχνά λιγότερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, πιο χρόνιες παθήσεις υγείας και είναι πιο πιθανό να έχουν βασικές θέσεις εργασίας που τους θέτουν σε υψηλότερο κίνδυνο έκθεσης στον ιό. Ως αποτέλεσμα, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτές τις ανισότητες και να εξασφαλίσουν ότι όλοι, ανεξαρτήτως φυλής ή εθνικότητας, έχουν ίση πρόσβαση στην περίθαλψη.

Συμπερασματικά, η πανδημία COVID-19 έφερε στο φως τις πολλές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και την ανάγκη για άμεση δράση για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Τα συστήματα υγείας πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην ασφάλεια και την ευημερία των ασθενών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, να επενδύσουν σε τεχνολογία και υποδομές, να βελτιώσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να αντιμετωπίσουν τις συστημικές ανισότητες στην περίθαλψη. Ενώ η πανδημία έχει παρουσιάσει πολλές προκλήσεις, έχει επίσης παρουσιάσει μια ευκαιρία για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να μάθουν και να προσαρμοστούν για να εξυπηρετήσουν καλύτερα τις ανάγκες των κοινοτήτων τους. Με τη συνεργασία και την ιεράρχηση των αναγκών των ασθενών και των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βγουν από αυτήν την κρίση ισχυρότερα και καλύτερα εξοπλισμένα για να αντιμετωπίσουν μελλοντικές προκλήσεις.

2.2 Η περίπτωση της Ελλάδας

Η πανδημία του COVID-19 είχε σημαντικό αντίκτυπο στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο δημόσιας υγείας όσο και στην οικονομία. Από τον Φεβρουάριο του 2023, η Ελλάδα έχει αναφέρει πάνω από 1 εκατομμύριο επιβεβαιωμένα κρούσματα SARS-COV-2 και πάνω από 13.000 θανάτους. Η κυβέρνηση έχει εφαρμόσει διάφορα μέτρα για τον έλεγχο της εξάπλωσης του ιού, όπως lockdown, υποχρεωτική χρήση μάσκας και περιορισμούς στις κοινωνικές συγκεντρώσεις.

Η παγκόσμια αυτή κρίση είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ελληνική οικονομία, η οποία ήδη αντιμετώπιζε προβλήματα πριν από το ξέσπασμα. Η κυβέρνηση εφάρμοσε διάφορα μέτρα οικονομικής στήριξης, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής βοήθειας για τις πληγείσες επιχειρήσεις και ιδιώτες, καθώς και φορολογικές ελαφρύνσεις. Παρά τα μέτρα αυτά, η πανδημία είχε ως αποτέλεσμα εκτεταμένες απώλειες θέσεων εργασίας και κλείσιμο επιχειρήσεων.

Όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, η πανδημία έχει ασκήσει σημαντική πίεση στο ελληνικό σύστημα υγείας. Τα νοσοκομεία έχουν κατακλυστεί από ασθενείς με COVID-19 και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας εργάζονται πολλές ώρες σε δύσκολες συνθήκες. Η κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για την αύξηση της ικανότητας του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ανοίγματος προσωρινών νοσοκομείων και της πρόσληψης επιπλέον εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Ο ιός έχει επίσης αναδείξει τις υπάρχουσες ανισότητες και ανισότητες στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η χώρα αντιμετώπισε ελλείψεις ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένου εξοπλισμού ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), λόγω της εξάρτησής της από τις εισαγωγές. Αυτό έχει οδηγήσει σε ανησυχίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές.

Θα μπορούσε να προσθέσει κάνεις, ότι η πανδημία έχει αποκαλύψει την υποχρηματοδότηση και την υποστελέχωση του ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο αγωνίζεται εδώ και πολλά χρόνια. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας εργάζονται κάτω από δύσκολες συνθήκες, με περιορισμένους πόρους και υποστήριξη. Η πανδημία έχει επίσης οδηγήσει σε καθυστέρηση στην ιατρική περίθαλψη που δεν σχετίζεται με τον COVID-19, καθώς οι πόροι έχουν εκτραπεί για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Ως απάντηση σε αυτές τις προκλήσεις, η ελληνική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για τη βελτίωση του συστήματος υγείας. Εκτός από την αύξηση της ικανότητας, η κυβέρνηση έχει επενδύσει σε ιατρικό εξοπλισμό και τεχνολογία, συμπεριλαμβανομένης της τηλεϊατρικής. Η κυβέρνηση έχει επίσης δώσει προτεραιότητα στον εμβολιασμό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και του γενικού πληθυσμού.

Παρά τις προσπάθειες αυτές, η πανδημία έχει αναδείξει την ανάγκη για μακροπρόθεσμες λύσεις για τη βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την αύξηση της χρηματοδότησης και του προσωπικού για το σύστημα υγείας, καθώς και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων και των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η πανδημία έχει επίσης τονίσει την ανάγκη για καλύτερη ετοιμότητα και μηχανισμούς αντίδρασης για μελλοντικές κρίσεις υγείας.

Συμπερασματικά, ο COVID-19 είχε σημαντικό αντίκτυπο στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο δημόσιας υγείας όσο και σε επίπεδο οικονομίας. Η παγκόσμια αυτή νόσος έχει ασκήσει σημαντική πίεση στο ελληνικό σύστημα υγείας και έχει αναδείξει τις υπάρχουσες ανισότητες και ανισότητες. Η ελληνική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για τη βελτίωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και την αντιμετώπιση της πανδημίας, αλλά απαιτούνται μακροπρόθεσμες λύσεις για την αντιμετώπιση των υποκείμενων ζητημάτων που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας (Cherian et al., 2021).

2.2.1 Δημογραφικά, Οικονομικά, Γεωγραφικά, Πολιτικά και Κλιματικά Χαρακτηριστικά της Ελλάδας

Η Ελλάδα είναι μια χώρα που βρίσκεται στη νοτιοανατολική Ευρώπη, με πληθυσμό περίπου 10,7 εκατομμύρια κατοίκους το 2022. Η γεωγραφία, η ιστορία και ο πολιτισμός της έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των δημογραφικών, οικονομικών, γεωγραφικών, πολιτικών και κλιματικών χαρακτηριστικών της χώρας.

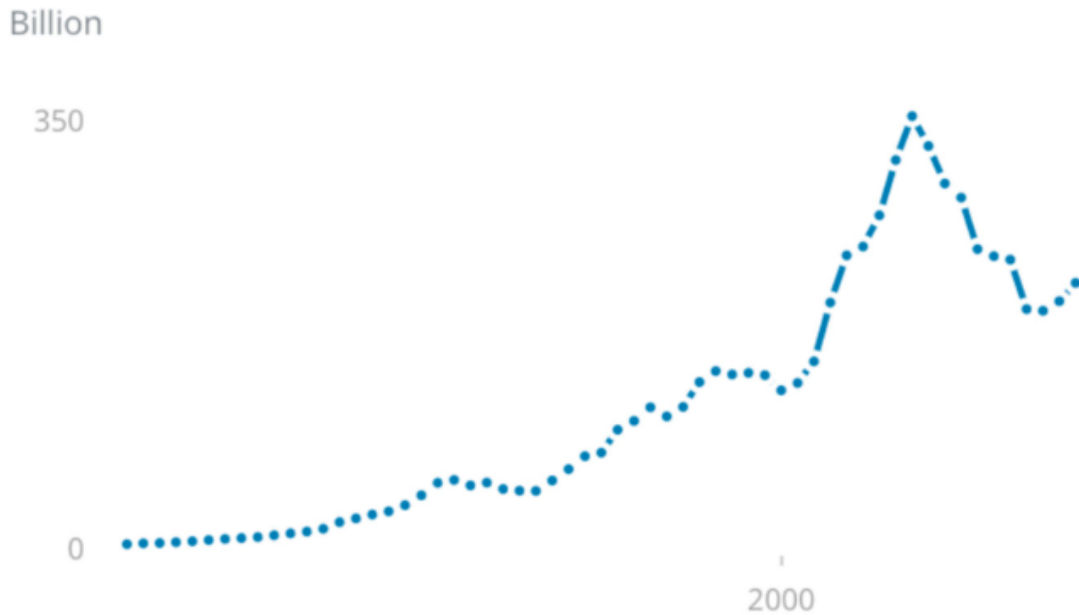
Δημογραφικά, η Ελλάδα έχει σχετικά ομοιογενή πληθυσμό, με την πλειοψηφία των κατοίκων της να είναι ελληνικής καταγωγής. Η χώρα έχει σχετικά χαμηλό ποσοστό γεννήσεων και γήρανση του πληθυσμού, γεγονός που έχει επιπτώσεις στην οικονομία και στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Η διάμεση ηλικία στην Ελλάδα είναι περίπου τα 46 έτη και το προσδόκιμο ζωής είναι περίπου 80 έτη (Hlatshwayo, 2018).

Η ελληνική οικονομία βασίστηκε ιστορικά στη γεωργία, τη ναυτιλία και τον τουρισμό, αν και τα τελευταία χρόνια έχει στραφεί προς κλάδους παροχής υπηρεσιών όπως η χρηματοδότηση και η τεχνολογία. Η οικονομία της χώρας έχει επηρεαστεί από διάφορες κρίσεις, συμπεριλαμβανομένης της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008 και της πανδημίας COVID-19, η οποία είχε ως αποτέλεσμα υψηλά επίπεδα δημόσιου χρέους και ανεργίας.

Γεωγραφικά, η Ελλάδα είναι γνωστή για τα όμορφα τοπία και την πλούσια ιστορία της. Η χώρα βρίσκεται στο σταυροδρόμι Ευρώπης, Ασίας και Αφρικής και έχει ένα ποικίλο τοπίο που περιλαμβάνει βουνά, παραλίες και νησιά. Η χώρα είναι επιρρεπής σε φυσικές καταστροφές όπως σεισμοί και πυρκαγιές, οι οποίες μπορεί να έχουν σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Πολιτικά, η Ελλάδα είναι μια κοινοβουλευτική αντιπροσωπευτική δημοκρατική δημοκρατία, με έναν πρόεδρο που υπηρετεί ως αρχηγός του κράτους και έναν πρωθυπουργό ως αρχηγός της κυβέρνησης. Η χώρα έχει μακρά ιστορία πολιτικής αστάθειας, με πολυάριθμες κυβερνητικές αλλαγές και περιόδους αυταρχικής διακυβέρνησης. Έχει επίσης επηρεαστεί από γεωπολιτικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης της με τη γειτονική Τουρκία (Hlatshwayo, 2018)..

Κλιματικά, η Ελλάδα έχει μεσογειακό κλίμα με ήπιους, υγρούς χειμώνες και ζεστά, ξηρά καλοκαίρια. Αυτό το κλίμα είχε σημαντικό αντίκτυπο στον πολιτισμό, την οικονομία και τον τρόπο ζωής της χώρας, καθώς επηρέασε τους τύπους των καλλιεργειών, την τουριστική βιομηχανία και τον τρόπο ζωής και εργασίας των ανθρώπων (Government. 2020)..



Εικόνα 1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν στην Ελλάδα σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα

Δημογραφικά, η γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας την έχει καταστήσει πιο ευάλωτη στις επιπτώσεις του COVID-19. Η διάμεση ηλικία στην Ελλάδα είναι περίπου τα 46 έτη και οι ηλικιωμένοι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής ασθένειας και θανάτου από τον ιό. Αυτό έχει ασκήσει πίεση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και στα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας της χώρας. Η Ελλάδα γνώρισε επίσης μείωση των γεννήσεων κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς η οικονομική αβεβαιότητα και τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης έχουν καταστήσει πιο δύσκολο για τους ανθρώπους να κάνουν οικογένειες.

Οικονομικά, η πανδημία είχε σημαντικές επιπτώσεις στην ελληνική τουριστική βιομηχανία, η οποία αποτελεί σημαντική πηγή εσόδων για τη χώρα. Το 2019, ο τουρισμός αντιπροσώπευε περίπου το 20% του ΑΕΠ της χώρας. Ωστόσο, οι ταξιδιωτικοί περιορισμοί και το κλείσιμο των συνόρων οδήγησαν σε σημαντική μείωση των αφίξεων τουριστών, προκαλώντας σημαντική οικονομική ύφεση. Η ελληνική κυβέρνηση έχει εφαρμόσει διάφορα μέτρα οικονομικής τόνωσης για τον μετριασμό των επιπτώσεων της πανδημίας, συμπεριλαμβανομένων των επιχορηγήσεων σε μετρητά και των φορολογικών ελαφρύνσεων για τις επιχειρήσεις.

Γεωγραφικά, η θέση της Ελλάδας ως δημοφιλούς τουριστικού προορισμού την έχει καταστήσει πιο ευάλωτη στην εξάπλωση του ιού. Η χώρα έχει πολλές δημοφιλείς παραλίες και τουριστικά αξιοθέατα που προσελκύουν επισκέπτες από όλο τον κόσμο. Ωστόσο, η πανδημία έχει καταστήσει δύσκολη τη λειτουργία αυτών των τοποθεσιών με πλήρη

δυναμικότητα και τα μέτρα κοινωνικής απόστασης είχαν σημαντικό αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ταξιδεύουν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Πολιτικά, η νόσος έχει ασκήσει πίεση στην κυβέρνηση και το πολιτικό σύστημα της Ελλάδας. Η χώρα έχει δει αλλαγές στην κυβέρνηση και πολιτική αστάθεια, καθώς διαφορετικά κόμματα έχουν διαφωνήσει σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας. Υπήρξαν επίσης εντάσεις με γειτονικές χώρες, όπως η Τουρκία, που περιέπλεξαν τις προσπάθειες της κυβέρνησης για τη διαχείριση της πανδημίας.

Κλιματικά, το μεσογειακό κλίμα της Ελλάδας είχε θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην πανδημία. Από τη μία πλευρά, το ζεστό κλίμα και η ηλιοφάνεια έχουν διευκολύνει τους ανθρώπους να περνούν χρόνο σε εξωτερικούς χώρους και να τηρούν την κοινωνική απόσταση. Από την άλλη πλευρά, οι υψηλές θερμοκρασίες έχουν καταστήσει πιο δύσκολη τη χρήση μάσκας και άλλου προστατευτικού εξοπλισμού και οι πυρκαγιές έχουν θέσει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

Εν ολίγοις, οι μεγάλες προκλήσεις που είχε να αντιμετωπίσει η Ελλάδα στις αρχές του 2020 που απειλούσαν την εύθραυστη και ανακάμπουσα οικονομία της ήταν η όξυνση των γεωπολιτικών εντάσεων στην περιοχή της ανατολικής Μεσογείου, η όξυνση της προσφυγικής/μεταναστευτικής κρίσης και οι αστάθειες της παγκόσμιας οικονομίας. Οι πρόσφατες απειλές λόγω της επιδημίας του κορονοϊού έχουν πλέον προστεθεί σε αυτό το πλαίσιο (Cherian et al., 2021).

2.2.2 Σύστημα υγείας

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Σε αυτό το δοκίμιο, θα συζητήσουμε τα προβλήματα που έχει αντιμετωπίσει το σύστημα υγείας, καθώς και τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων.

Ένα από τα κύρια προβλήματα που αντιμετώπισε το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν η έλλειψη πόρων. Το σύστημα υγείας πάλευε ήδη πριν από την πανδημία, με περιορισμένη χρηματοδότηση, ελλείψεις προσωπικού και έλλειψη σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού. Η πανδημία επιδείνωσε μόνο αυτά τα ζητήματα, καθώς τα νοσοκομεία και οι κλινικές κατακλύζονταν από την ξαφνική αύξηση των ασθενών.

Εκτός από αυτές τις προκλήσεις, το σύστημα υγείας αντιμετώπισε και ζητήματα που σχετίζονταν με τα δημογραφικά και τη γεωγραφία της χώρας. Η Ελλάδα έχει σχετικά μικρό πληθυσμό, με υψηλή συγκέντρωση κατοίκων στις αστικές περιοχές. Αυτό σήμαινε ότι το σύστημα υγείας έπρεπε να επεκτείνει γρήγορα την ικανότητά του να χειρίζεται την εισροή ασθενών, διασφαλίζοντας παράλληλα ότι η ιατρική περίθαλψη ήταν προσβάσιμη σε όσους βρίσκονταν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

Ένα άλλο ζήτημα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας ήταν η έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (ΜΑΠ) για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Στα πρώτα στάδια της πανδημίας, πολλοί επαγγελματίες υγείας αναγκάστηκαν να εργαστούν χωρίς επαρκή προστασία, θέτοντας τους εαυτούς τους και τους ασθενείς τους σε κίνδυνο. Η έλλειψη ΜΑΠ οφειλόταν εν μέρει στις διακοπές της παγκόσμιας αλυσίδας εφοδιασμού, καθώς και στην έλλειψη εγχώριας παραγωγικής ικανότητας.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, η ελληνική κυβέρνηση έλαβε πολλά μέτρα για τη στήριξη του συστήματος υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ένα από τα βασικά βήματα ήταν η επέκταση της χωρητικότητας των νοσοκομείων. Η κυβέρνηση εργάστηκε για να αυξήσει τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών και των αναπνευστήρων, μετατρέποντας επίσης συνεδριακά κέντρα και άλλες εγκαταστάσεις σε αυτοσχέδια νοσοκομεία. Αυτό βοήθησε να μετριαστεί μέρος της πίεσης στην υπάρχουσα υποδομή υγειονομικής περίθαλψης.

Ένα αξιοσημείωτο μέτρο ήταν η πρόσληψη επιπλέον εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η κυβέρνηση προσέλαβε νέους γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, ενώ κάλεσε επίσης τους συνταξιούχους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και φοιτητές ιατρικής να συμμετάσχουν στη μάχη κατά της πανδημίας. Αυτό βοήθησε στην αντιμετώπιση των ελλείψεων προσωπικού που ταλαιπωρούσαν από καιρό το ελληνικό σύστημα υγείας.

Επιπλέον, η κυβέρνηση έλαβε μέτρα για να διασφαλίσει ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν πρόσβαση σε επαρκή ΜΑΠ. Εργάστηκε για την εξασφάλιση προμηθειών από εγχώριες και διεθνείς πηγές, ενώ παράλληλα υποστήριξε την εγχώρια κατασκευή ΜΑΠ. Αναλυτικότερα η κυβέρνηση παρείχε οικονομική στήριξη σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας που επλήγησαν από την πανδημία, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αναγκάστηκαν να τεθούν σε καραντίνα λόγω έκθεσης στον ιό.

Παρά τα μέτρα αυτά, το ελληνικό σύστημα υγείας συνεχίζει να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η απάντηση της κυβέρνησης έχει επικριθεί ότι

είναι αργή και ανεπαρκής, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της πανδημίας. Τα μακροχρόνια προβλήματα του συστήματος υγείας με τη χρηματοδότηση και τη στελέχωση εμπόδισαν επίσης την ικανότητά του να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην κρίση.

Προχωρώντας προς τα εμπρός, είναι σαφές ότι το ελληνικό σύστημα υγείας θα χρειαστεί να υποστεί σημαντικές αλλαγές για να είναι καλύτερα προετοιμασμένο για μελλοντικές πανδημίες και προκλήσεις στον τομέα της υγείας. Αυτό θα απαιτήσει αυξημένη χρηματοδότηση και στελέχωση, καθώς και βελτιωμένη υποδομή και εξοπλισμό. Επιπλέον, το σύστημα υγείας θα πρέπει να γίνει πιο αποτελεσματικό και καλύτερα συντονισμένο, με έμφαση στην πρόληψη και τη διαχείριση ασθενειών και όχι στην απλή θεραπεία οξέων καταστάσεων.

Μία από τις βασικές προκλήσεις που αντιμετώπισε το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 ήταν η έλλειψη ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένων εξοπλισμού ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), αναπνευστήρων και κιτ δοκιμών. Η ελληνική κυβέρνηση αντιμετώπισε σημαντική πίεση για να εξασφαλίσει επαρκείς προμήθειες για να διασφαλίσει την ασφάλεια των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και του κοινού. Ενώ η κυβέρνηση έλαβε ορισμένα μέτρα για να αντιμετωπίσει αυτές τις προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένης της προμήθειας πρόσθετων προμηθειών από άλλες χώρες και της συνεργασίας με ιδιωτικές εταιρείες για την παραγωγή ΜΑΠ και άλλου ιατρικού εξοπλισμού στο εσωτερικό, αυτές οι προσπάθειες παρεμποδίστηκαν από την παγκόσμια έλλειψη τέτοιων προμηθειών.

Μια σημαντική πρόκληση που αντιμετώπισε το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν η έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Πριν από την πανδημία, η Ελλάδα αντιμετώπιζε ήδη έλλειψη γιατρών και νοσηλευτών, με πολλούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να εγκαταλείπουν τη χώρα αναζητώντας καλύτερες ευκαιρίες εργασίας στο εξωτερικό. Η νόσος επιδείνωσε αυτό το πρόβλημα, καθώς οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπιζαν σημαντικό άγχος και εξάντληση από την πολύωρη εργασία και την αντιμετώπιση μεγάλου όγκου υποθέσεων. Η ελληνική κυβέρνηση έλαβε ορισμένα μέτρα για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, συμπεριλαμβανομένης της πρόσληψης επιπλέον εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της προσφοράς οικονομικών κινήτρων σε επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου να εργαστούν σε περιοχές με υψηλά κρούσματα COVID-19. Ωστόσο, αυτές οι προσπάθειες περιορίστηκαν από τους οικονομικούς περιορισμούς της χώρας (Lotta et al., 2020).

Εκτός από αυτές τις προκλήσεις, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετώπισε και ζητήματα που σχετίζονταν με το πολιτικό και οικονομικό κλίμα της χώρας. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικές οικονομικές προκλήσεις τα τελευταία χρόνια, συμπεριλαμβανομένης της κρίσης χρέους που ανάγκασε την κυβέρνηση να εφαρμόσει μέτρα λιτότητας και να μειώσει τις δαπάνες για τις δημόσιες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι προκλήσεις κατέστησαν δύσκολο για την κυβέρνηση να παράσχει τους απαραίτητους πόρους για την αντιμετώπιση της πανδημίας, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης για εξετάσεις, θεραπεία και άλλες υπηρεσίες υγείας (King et al., 2020).

Παρά τις προκλήσεις αυτές, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας κατέβαλε σημαντικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση της πανδημίας και την παροχή φροντίδας σε όσους έχουν πληγεί από τον COVID-19. Η κυβέρνηση εφάρμοσε μια σειρά από μέτρα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των lockdown και των απαιτήσεων κοινωνικής απόστασης, για να επιβραδύνει την εξάπλωση του ιού. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας εργάστηκε επίσης για την επέκταση της ικανότητας δοκιμών και θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας νέων κέντρων δοκιμών και νοσοκομείων ειδικά για ασθενείς με COVID-19. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση παρείχε οικονομική στήριξη σε άτομα και επιχειρήσεις που επλήγησαν από την πανδημία, γεγονός που συνέβαλε στον μετριασμό ορισμένων από τις οικονομικές επιπτώσεις της κρίσης (Kupferschmidt, 2021).

Συμπερασματικά, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει αντιμετωπίσει σημαντικές προκλήσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Αυτές οι προκλήσεις έχουν επισημάνει μακροχρόνια ζητήματα με τη χρηματοδότηση, τη στελέχωση και τις υποδομές, τα οποία πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου να προετοιμαστεί καλύτερα το σύστημα υγείας για μελλοντικές κρίσεις. Παρά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει, η κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα για τη στήριξη του συστήματος υγείας και την προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Κεφάλαιο 3^ο : Μεθοδολογία έρευνας – Αποτελεσματικότητα

Υπόθεση #1: Σε τι βαθμό ήταν ικανοποιητική η λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας πριν την πανδημία;

Το 2017 υπήρχαν 4,2 κλίνες για κάθε 1000 άτομα στη χώρα. Ομοίως, το 2012 η κυβέρνηση αποφάσισε τον Νοέμβριο του 2019 να δώσει στους αλλοδαπούς προσωρινούς αριθμούς, αλλά αυτός ο νόμος δεν έχει ακόμη τεθεί σε εφαρμογή. Εξαιτίας αυτού, το ξέσπασμα του COVID-19 και οι πανεθνικοί περιορισμοί χειροτέρευσαν την κατάστασή τους. Μια άλλη σημαντική αλλαγή ήταν ότι ο ΕΟΠΥΥ έγινε ο μοναδικός δημόσιος ασφαλιστής στη χώρα, αντικαθιστώντας ένα σύστημα που είχε διαλυθεί. Μπορούμε επίσης να δούμε μια σειρά από άλλες αλλαγές στη φαρμακευτική βιομηχανία, συμπεριλαμβανομένων των τιμών και της αποζημίωσης, νέων τρόπων αγοράς και συνταγογράφησης και νέων κανόνων (Sell et al., 2020).

Επίσης, μια μεγάλης κλίμακας μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συμβαίνει αυτή τη στιγμή. Μέχρι στιγμής, η Ελλάδα δεν έχει τα εργαλεία που χρειάζεται για να προγραμματίσει καλά και να χρησιμοποιήσει τους πόρους της με τον καλύτερο τρόπο. Οι περισσότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται σε μεγάλες πόλεις, ενώ οι αγροτικές περιοχές δεν έχουν τις κατάλληλες εγκαταστάσεις ή αρκετούς ειδικευμένους εργαζόμενους. Μπορούμε επίσης να δούμε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ του τόπου εγκατάστασης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των δεξιοτήτων τους.

Σε απομακρυσμένες περιοχές, τα οικονομικά κίνητρα δεν ήταν αρκετά για να προσελκύσουν και να διατηρήσουν αρκετούς εργαζομένους στον τομέα της υγείας, γεγονός που έχει κάνει τις υπηρεσίες υγείας λιγότερο δίκαιες. Επίσης, μόνο ένας στους δεκαέξι γιατρούς είναι γενικός ιατρός. Εξαιτίας αυτού, δεν υπάρχουν συστήματα παραπομπής και θυρωρού που να λειτουργούν καλά. Προς το παρόν, δεν είναι απαραίτητο να παραπεμφθείτε σε ειδικό και οι άνθρωποι μπορούν να τους δουν ακόμα κι αν δεν είναι εγγεγραμμένοι σε γιατρό. Αυτό το εξαιρετικά εξειδικευμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καθιστά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη λιγότερο αποτελεσματική και δίκαιη (Jaffe, 2020).

Υπήρχαν περίπου 6 κρεβάτια εντατικής θεραπείας για κάθε 100.000 άτομα, που ήταν ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτή τη στιγμή, υπάρχουν πολλά μοντέλα

και τρόποι για να υπολογίσετε πόσες νοσοκομειακές κλίνες χρειάζεται μια περιοχή. Ο αναπληρωτής υπουργός Υγείας δήλωσε στις 2 Απριλίου 2020 ότι η χώρα διαθέτει συνολικά 902 μονάδες εντατικής θεραπείας, εκ των οποίων οι 247 θα χρησιμοποιηθούν μόνο για κρούσματα COVID-19. Κατέστησε επίσης σαφές ότι, εάν χρειαστεί, ο αριθμός των κλινών εντατικής θεραπείας για άτομα που νοσούν κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας θα αυξηθεί σε 400.

Όταν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ακόμα αδύναμο, δεν υπάρχει αρκετή πρωτοβάθμια περίθαλψη και η υγεία των ανθρώπων βρίσκεται σε κίνδυνο, είναι σαφές ότι η επιδημία COVID-19 έχει πλήξει τη χώρα.

Υπόθεση #1: Δεν ήταν ικανοποιητική η λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας πριν τον Covid – 19 , με τα νούμερα των ΜΕΘ να βρίσκονται στα χαμηλότερα ποσοστά της ΕΕ

Υπόθεση #2: Ποια είναι η επίδραση της τρέχουσας πανδημίας στην σωστή λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας, επηρεάστηκε το επίπεδο υγείας των πολιτών;

Κατά τη γέννηση, ο ελληνικός λαός έχει υψηλό προσδόκιμο ζωής, που είναι περίπου 81,4 χρόνια. Τα άτομα που είναι 65 ετών, από την άλλη πλευρά, αναμένεται να ζήσουν μόνο το 40% της ζωής τους χωρίς κανενός είδους αναπηρία. Εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές στην υγεία με βάση το φύλο και την κοινωνική τάξη. Η κύρια αιτία θανάτου εξακολουθούν να είναι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο. Επίσης, το 42% όλων των θανάτων προκαλούνται από πράγματα όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Η παχυσαρκία είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που θεωρείται μεγάλος κίνδυνος για σοβαρή νόσο COVID-19 (Murphy 2018).

Με βάση μια ευρωπαϊκή έκθεση του 2016, το 17,3% των ενηλίκων στην Ελλάδα θεωρούνται υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Η Ελλάδα σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία από τον μέσο όρο της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο πληθυσμός της χώρας κατατάχθηκε στην 11η θέση. Η οικονομική κρίση ήταν σαφώς επιζήμια για την υγεία των ανθρώπων. Η Ελλάδα ήταν η δεύτερη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση με τις περισσότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Ένα στα δέκα νοικοκυριά είπε ότι δεν μπορούσε να λάβει υγειονομική περίθαλψη όταν τη χρειαζόταν (Llor-Girones, 2015).

Πιο συγκεκριμένα, η ψυχική υγεία επιδεινώθηκε πολύ, όπως φαίνεται από τα ποσοστά αυτοκτονιών και τον αριθμό των ατόμων με σοβαρή κατάθλιψη. Επίσης, η βρεφική θνησιμότητα, η οποία είναι ένα μέτρο της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης μιας χώρας, είχε αυξηθεί και κορυφώθηκε το 2016 με 4,2 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις πριν μειωθεί ξανά το 2017.

Αρκετές μελέτες έδειξαν επίσης ότι περισσότεροι άνθρωποι σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι και οι άνεργοι, δήλωσαν ότι ήταν σε κακή υγεία. Η οικονομική κρίση φαίνεται επίσης να επιδεινώνει τις μολυσματικές ασθένειες. Από το 2010, η Ελλάδα έχει πληγεί σκληρά από μια σειρά επιδημιών, όπως περισσότεροι θάνατοι από γρίπη, εξάπλωση του ιού του Δυτικού Νείλου, επιστροφή της ελονοσίας και αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων HIV.

Πολύ πριν από την οικονομική κρίση, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είχε μεγάλα προβλήματα με τον τρόπο με τον οποίο πλήρωνε, οργανωνόταν και παρείχε τις υπηρεσίες. Δεν ήταν έτοιμη να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προκαλούσε.

Οι κύριες επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης ήταν περικοπές στους προϋπολογισμούς της δημόσιας υγείας, περικοπές στον αριθμό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και στους μισθούς τους, περικοπές στις συντάξεις, μείωση των αγορών ιατρικών προϊόντων, μεταρρυθμίσεις στους τομείς της φαρμακευτικής και κοινωνικής ασφάλισης, συγχωνεύσεις της υγείας φροντίδα των μονάδων, περισσότερα προβλήματα πρόσβασης και διαφθοράς και ανεπαρκείς υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Martinez, 2021).

Από την άλλη πλευρά, η οικονομική κρίση οδήγησε σε αλλαγές και από το 2010 έως το 2018, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πέρασε από μια σειρά διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και μεταρρυθμίσεων με επίκεντρο την αποτελεσματικότητα. Η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης των ανθρώπων στην Ελλάδα εξαρτιόταν κυρίως από το αν εργάζονταν ή όχι. Λόγω της κρίσης, περισσότεροι άνθρωποι έχασαν τη δουλειά τους, γεγονός που έδειξε ότι υπήρχε πρόβλημα με την υγειονομική τους κάλυψη. Μετά από πολλή διοικητική και νομοθετική δουλειά, αυτό το πρόβλημα λύθηκε το 2016. Αυτή τη στιγμή, όλοι στην Ελλάδα έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά είναι ακόμα δύσκολο για κάποιους να φτάσουν στις υπηρεσίες που χρειάζονται. Στις 11 Ιουλίου 2019, ο προσφυγικός πληθυσμός δεν μπορούσε πλέον να λάβει αριθμούς Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Από τότε, ο αριθμός των διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και φαρμάκων έχει μειωθεί (Nepomnyashchiy, 2020).

Υπόθεση #2: Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι Ναι επηρεάστηκε το επίπεδο υγείας των πολιτών

Υπόθεση #3: Τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας επηρεάστηκαν το ίδιο η κατάφεραν να ανταπεξέλθουν σε μια αρκετά δύσκολη περίοδο για όλη την ανθρωπότητα;

Όταν η αναπνευστική νόσος COVID-19 προκάλεσε παγκόσμια πανδημία τον Δεκέμβριο του 2019, τα συστήματα υγείας έπρεπε να αλλάξουν ώστε να χρησιμοποιηθούν οι καλύτεροι τρόποι καταπολέμησής της. Από τον Φεβρουάριο του 2020, υπήρξαν μεγάλες αλλαγές στον τρόπο εξάπλωσης της νόσου στην Ευρώπη, όπου πολλές χώρες έχουν πληγεί σκληρά από το πρώτο κύμα της πανδημίας. Έχουν κάνει πολλά για να σταματήσουν και να επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού κάνοντας πολλά βήματα και καταβάλλοντας μεγάλη προσπάθεια. Έτσι, η συμβολή της έρευνάς μας είναι η χρονική ανάλυση της αποτελεσματικότητας 31 ευρωπαϊκών συστημάτων δημόσιας υγείας στην εποχή της πανδημίας COVID-19, χωριστά στις τρεις φάσεις που αντιστοιχούν στην περίοδο από 1 Ιανουαρίου έως 31 Δεκεμβρίου 2020.

Σε αυτή τη μελέτη, οι ευρωπαϊκές χώρες που εξετάστηκαν είχαν διαφορετικά επίπεδα αδυναμίας να σώσουν τις ζωές ασθενών με COVID-19. Όπως προσπαθήσαμε να εξηγήσουμε στη μελέτη, παρόλο που ορισμένες χώρες (όπως η Ιταλία, το Βέλγιο, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο) διαθέτουν ισχυρά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, το ξαφνικό αποτέλεσμα μιας πανδημίας τα έκανε να καταρρεύσουν πολύ εύκολα. Η πανδημία COVID-19 δείχνει ξανά πόσο άσχημα είναι τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Μια απλή σύγκριση μεταξύ ευρωπαϊκών χωρών δεν αρκεί για να καταλάβουμε γιατί πεθαίνουν τόσοι πολλοί άνθρωποι. Τα μέτρα δημόσιας υγείας, παρόμοια κατ' αρχήν, έχουν κάνει ορισμένα κράτη να έχουν διαφορετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της νόσου και άλλα λιγότερο. Αντίθετα, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν βάλει πολύ περισσότερα χρήματα στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψής τους, ειδικά όταν πρόκειται για τη θεραπεία ατόμων με COVID-19. Ταυτόχρονα, η πρακτική έχει δείξει ότι όσο πιο γρήγορα γίνεται η διάγνωση του COVID-19, τόσο πιο γρήγορα αυξάνονται οι πιθανότητες σωτηρίας ασθενών από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτήν την περίπτωση, η ανάλυση πρέπει να λάβει υπόψη όχι μόνο τους παράγοντες του συστήματος υγείας (γιατροί, κρεβάτια και χρήματα), αλλά και ορισμένους μηχανισμούς που αφορούν το κράτος.

Επειδή ο κορωνοϊός είναι τόσο εύκολο να εξαπλωθεί, πρέπει να αντιμετωπιστεί γρήγορα και με συντονισμένο τρόπο, ακόμα κι αν έρχεται σε αντίθεση με αυτό που θέλουν ορισμένοι λόγω

της εκπαίδευσης, του πολιτισμού, του βιοτικού τους επιπέδου, της ιστορίας, των προσδοκιών τους κ.λπ. Από την άλλη πλευρά, εάν δεν συμμετάσχουν στην εφαρμογή των κυβερνητικών αποφάσεων, δεν θα έχουν το αποτέλεσμα που αναμενόταν. Η κοινωνία θα γίνει πιο διχασμένη και οι άνθρωποι θα αρχίσουν να πιστεύουν ότι αυτός ο ιός δεν υπάρχει.

Η διαχείριση κρίσεων πρέπει να διδάσκεται στα σχολεία, έτσι ώστε οι μελλοντικές γενιές να γνωρίζουν τι να κάνουν σε διάφορα είδη σοκ και πώς να εμποδίσουν τα κακά πράγματα να συμβούν. Αυτό θα τους βοηθήσει να γίνουν καλοί πολίτες ενός κράτους. Όσον αφορά τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, είναι πολύ σημαντικό τα ιδρύματα με εξειδίκευση στη διαχείριση κρίσεων να προσφέρουν προγράμματα κατάρτισης σε τακτική βάση. Μακροπρόθεσμα, αυτές οι ενέργειες μπορούν να βοηθήσουν τη διαδικασία ανάκαμψης να προχωρήσει μέσω προσαρμογής και αλλαγής. Μπορούν επίσης να παρέχουν ένα πλαίσιο για τη λήψη αποφάσεων με βάση στοιχεία και τη σχέση μεταξύ πόρων και αναγκών.

Υπόθεση #3 οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αύξησαν σημαντικά τους πόρους που διατίθενται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και μπόρεσαν να ανταπεξέλθουν σχετικά καλύτερα σε σύγκριση με άλλες χώρες ανα το κόσμο.

Κεφάλαιο 4^ο : Συγκριτική ανάλυση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες

Δημοσκόπηση που έκανε ο τηλεοπτικός σταθμός Skaï στις αρχές Απριλίου διαπίστωσε ότι το 82% των Ελλήνων συμφωνεί με τον τρόπο με τον οποίο ο πρωθυπουργός Κυριάκος Μητσοτάκης χειρίστηκε την κρίση του Covid-19. Σε μια χώρα που μόλις βγήκε από μια οικονομική κρίση που δεν είχε ξαναδεί και μείωσε το ΑΕΠ της κατά 25%, η ανυπακοή ήταν ο κανόνας μέχρι τώρα. Από τότε που η χώρα ξεκίνησε την καταπολέμηση του κορωνοϊού, οι άνθρωποι στην Ελλάδα λαμβάνουν πολλά προληπτικά μηνύματα κειμένου και ημίωρες εκπομπές ειδήσεων στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο.

4.1 Η εξάπλωση του ιού

Τα πρώτα κρούσματα Covid-19 που εντοπίστηκαν στην Ελλάδα συνδέθηκαν με άτομα που είχαν πάει στην Ιταλία. Στις 26 Φεβρουαρίου, μια γυναίκα που ήταν για επαγγελματικούς λόγους στο Μιλάνο και επέστρεφε στη Θεσσαλονίκη βρέθηκε θετική σε νοσοκομείο εκεί. Αυτό είναι το πρώτο κρούσμα κορωνοϊού που είναι γνωστό ότι έχει συμβεί στην Ελλάδα, αν και ορισμένοι επιδημιολόγοι πιστεύουν ότι μπορεί να έχουν ήδη εμφανιστεί και άλλα, μη ανιχνευμένα κρούσματα. Όταν εμφανίστηκε ένα «cluster», κυρίως στη Βόρεια Ελλάδα κοντά στην Καστοριά ή στην περιοχή του Έβρου, η κυβέρνηση έκλεισε αμέσως χωριά. Όμως, στις 12 Μαρτίου, ο κορωνοϊός σκότωσε τελικά τον πρώτο του άνθρωπο στην Πάτρα της Ελλάδας. Ομάδα προσκυνητών, μεταξύ των οποίων και ο 66χρονος συνταξιούχος, είχε πάει στο Ισραήλ. Η Ελλάδα δεν είχε ποτέ μια καμπύλη περιπτώσεων τόσο απότομη όσο αυτές σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Δεν υπήρξε ποτέ μεγάλο άλμα στον αριθμό των θανάτων και τα νοσοκομεία δεν ήταν ποτέ γεμάτα (Cherian et al., 2021).

Επίσης, εάν οι μάσκες τελείωσαν στην αρχή της επιδημίας, αντικαταστάθηκαν γρήγορα από δωρεές από την Κίνα, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα και από ιδιωτικά ιδρύματα πλοιοκτητών και επιχειρήσεων. Επιπλέον, η Ελλάδα δεν είχε τόσους ανθρώπους που πεθαίνουν σε οίκους ευγηρίας όσο άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Μόνο το 10% των ηλικιωμένων στη χώρα ζει σε γηροκομεία. Οι περισσότεροι από αυτούς ζουν με την οικογένεια ή έχουν εργάτες να έρχονται στα σπίτια τους.

4.2 Περιοριστικά και Ταχεία Μέτρα

Η ελληνική κυβέρνηση, με επικεφαλής τον πρωθυπουργό Κυριάκο Μητσοτάκη, ήλπιζε να αποφύγει τα χειρότερα παρακολουθώντας στενά την κατάσταση στην Ιταλία, η οποία βρίσκεται κοντά. Ο ΟΟΣΑ λέει ότι το 2017, η Ελλάδα είχε 4,2 νοσοκομειακές κλίνες για κάθε 1.000 άτομα, ενώ η Γαλλία είχε 6 νοσοκομειακές κλίνες για κάθε 1.000 άτομα. Μεταξύ 2009 και 2015, η κυβέρνηση δαπάνησε 37,7% λιγότερα ανά άτομο για υγειονομική περίθαλψη και περισσότερο από το 20% των μονάδων εντατικής θεραπείας ή ειδικής φροντίδας έκλεισαν.

Για την αντιμετώπιση της κρίσης, το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ότι θα προσλάβει 4.200 ακόμη γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό νοσοκομειακό προσωπικό. Ο αριθμός των κλινών εντατικής θεραπείας αυξάνεται από 565 στα τέλη Φεβρουαρίου σε 910 στα μέσα Μαρτίου. Αυτό συμβαίνει κυρίως επειδή καλούνται κρεβάτια από ιδιωτικές κλινικές υγείας και στρατιωτικά νοσοκομεία (Cherian et al., 2021).

Στις 12 Μαρτίου, όταν ο Covid-19 εμφάνισε το πρώτο του θύμα και υπήρχαν μόνο 117 κρούσματα στη χώρα, ελήφθησαν δραστικά μέτρα για να σταματήσει η εξάπλωση του ιού. Σχολεία, κολέγια, κέντρα ημερήσιας φροντίδας, θέατρα και άλλα μέρη διασκέδασης και χαλάρωσης κλείνουν. Δύο μέρες αργότερα, όλες οι επιχειρήσεις στην Αθήνα που δεν είναι ουσιαστικές κλείνουν. Στην Ιταλία, αυτά τα βήματα έγιναν 18 ημέρες μετά τον πρώτο θάνατο.

Παράλληλα με αυτά τα μέτρα καραντίνας, θα κλείσουν και τα χερσαία σύνορα της χώρας. Από τις 15 Μαρτίου, όλοι οι άνθρωποι που έρχονται στη χώρα ελέγχονται στα αεροδρόμια και αποστέλλονται σε ξενοδοχεία κατόπιν αιτήματος μέχρι να είναι έτοιμα τα αποτελέσματα. Στη συνέχεια, ζητείται από τους ταξιδιώτες να τεθούν σε καραντίνα για 14 ημέρες σε ένα σπίτι στο οποίο έχουν δηλώσει ότι μένουν. Από τις 23 Μαρτίου, οι πτήσεις από και προς το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ισπανία, την Ιταλία και την Τουρκία διακόπτονται και οι πτήσεις από και προς άλλα μέρη διακόπτονται μειώνεται σημαντικά (Cherian et al., 2021).

Στις 17 Μαρτίου, η κυβέρνηση έλαβε επίσης αυστηρά μέτρα για να κρατήσει τους πρόσφυγες στους καταυλισμούς τους. Οι ανθρωπιστές δεν επιτρέπονται πλέον στους καταυλισμούς, οι δραστηριότητες έχουν σταματήσει, οι μετακινήσεις έξω από τα κέντρα είναι περιορισμένες και υπάρχει απαγόρευση κυκλοφορίας τη νύχτα. Πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) ανησυχούν ότι ο υπερπληθυσμός και η έλλειψη υγιεινής στα νησιά του Αιγαίου μπορεί να προκαλέσει καταστροφή. Περισσότεροι από 20.000 αιτούντες άσυλο ζουν στον καταυλισμό

της Μόρια στο νησί της Λέσβου, ο οποίος κατασκευάστηκε για 2.880 άτομα. Έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε νερό, αποχέτευση και υγειονομική περίθαλψη.

Το Παρατηρητήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων μίλησε κατά των συνθηκών στα τέλη Μαρτίου, λέγοντας: «Εάν η κυβέρνηση είναι σοβαρή στο να εμποδίσει τους μετανάστες και τους αιτούντες άσυλο να αρρωστήσουν από τον Covid-19, πρέπει να κάνει κάτι για αυτές τις συνθήκες».

Πρέπει να κάνει περισσότερες δοκιμές, να δώσει στους ανθρώπους περισσότερες σκηνές και να βεβαιωθεί ότι έχουν αρκετές τουαλέτες, νερό και σαπούνι. Το ξέσπασμα του Covid-19 δίνει στη Συντηρητική κυβέρνηση την ευκαιρία να αρχίσει επιτέλους να χτίζει κλειστά κέντρα κράτησης, κάτι που ήταν το σχέδιό τους από παλιά. Οι τοπικοί και νησιωτικοί ηγέτες μάχονται, μερικές φορές βίαια, για μήνες για το αν θα ανοίξουν ή όχι νέες, κλειστές εγκαταστάσεις που μπορούν να χωρέσουν περισσότερους ανθρώπους (Chatterjee, 2020).

Η κατασκευή βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη και τον Μάιο, το ελληνικό κοινοβούλιο θα ψηφίσει νέο νόμο που θα δώσει το πράσινο φως στο έργο. Μέχρι τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές (μέσα Μαΐου), δεν έχουν υπάρξει αναφορές για κορωνοϊό στα πέντε νησιά με τα οποία αντιμετωπίζει η Τουρκία: Λέσβος, Σάμος, Κω, Χίος και Λέρος. Στην ήπειρο, ωστόσο, δύο καταυλισμοί στη Ριτσώνα και τη Μαλακάσα, και οι δύο βόρεια της Αθήνας, και ένα ξενοδοχείο στην Πελοπόννησο που στέγαζε 470 αιτούντες άσυλο, τέθηκαν σε καραντίνα για 14 ημέρες μετά την ανακάλυψη κρουσμάτων κορωνοϊού εκεί.

4.3 Τερματισμός του lockdown και των φόβων για την οικονομία

Στις 28 Απριλίου, ο Έλληνας πρωθυπουργός εξήγησε λεπτομερώς πώς θα τερματιστεί το γενικό lockdown. Οι Έλληνες δεν χρειάζονταν πλέον άδεια για να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους από τις 4 Μαΐου και ορισμένες μικρές επιχειρήσεις μπόρεσαν να ανοίξουν ξανά. Τώρα, πρέπει να φοράτε μάσκα σε μέσα μαζικής μεταφοράς, νοσοκομεία, κομμωτήρια και μικρές επιχειρήσεις.

Στις 11 Μαΐου, οι μαθητές της 12ης τάξης επέστρεψαν στο σχολείο για να δώσουν εξετάσεις για να μπουν στο κολέγιο. Στις 18 Μαΐου, οι υπόλοιποι μαθητές γυμνασίου και γυμνασίου επέστρεψαν στο σχολείο και οι Έλληνες μπόρεσαν τελικά να ταξιδέψουν έξω από τις πόλεις τους. Τα ξενοδοχεία και τα εστιατόρια που είναι ανοιχτά όλο το χρόνο θα πρέπει να μπορούν να επιστρέψουν στην κανονική τους λειτουργία την 1η Ιουνίου, αρκεί να λαμβάνουν

προφυλάξεις, όπως να κρατούν τους υπαλλήλους μακριά ο ένας από τον άλλο και να τους υποχρεώνουν να φορούν γάντια και μάσκες. (Bhaumic, 2020) .

Στα μέσα Μαρτίου, η ελληνική κυβέρνηση έλαβε μέτρα για να κρατήσει τους ανθρώπους να εργάζονται και να βοηθήσει τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις. Αυτά τα βήματα περιελάμβαναν την αποστολή 800 ευρώ σε εργαζόμενους με μερική απασχόληση και ελεύθερους επαγγελματίες, την παράταση των προθεσμιών για την πληρωμή φόρων και δανείων και μείωση των ενοικίων για τις επιχειρήσεις.

Ωστόσο, ο φόβος είναι πραγματικός σε μια χώρα που βρίσκεται σε ύφεση εδώ και δέκα χρόνια και μόλις τώρα ορθώνεται ξανά στα πόδια της. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο λέει ότι το ΑΕΠ της Ελλάδας θα μειωθεί κατά 10% το 2020 λόγω του lockdown, αλλά θα αυξηθεί κατά 5,5% το 2021. Η Αθήνα είχε προγραμματίσει ρυθμό ανάπτυξης 2,4% για το 2020. (Lalwani, 2020).

Υπάρχουν ανησυχίες ότι η τουριστική βιομηχανία, η οποία οδηγεί την οικονομία και απασχολεί περίπου το 20% του πληθυσμού, θα χάσει πολλά χρήματα. Σε συνέντευξή του στο αμερικανικό ειδησεογραφικό κανάλι CNN, ο Έλληνας πρωθυπουργός είπε: «Στην καλύτερη περίπτωση, η Ελλάδα θα είναι ανοιχτή στους τουρίστες την 1η Ιουλίου και εργαζόμαστε προς αυτό».

Η ικανότητα της Αθήνας να κρατά υπό έλεγχο την κρίση της δημόσιας υγείας είναι ένα μεγάλο μέρος του γιατί οι άνθρωποι θέλουν να επισκεφθούν. Ο υπουργός Τουρισμού Χάρης Θεοχάρης πρότεινε τη δημιουργία συστήματος «Διαβατηρίου Υγείας» για την εύρεση ταξιδιωτών που βρέθηκαν αρνητικοί στον κορωνοϊό στο αεροδρόμιο από όπου αναχωρούσαν. Ένα έργο ασφαλών διαδρόμων συζητείται επίσης μεταξύ Ελλάδας, Κύπρου, Ισραήλ, Αυστρίας, Νορβηγίας, Δανίας, Αυστραλίας, Τσεχίας και Σιγκαπούρης. Αυτό θα επέτρεπε στους τουρίστες να ταξιδεύουν μεταξύ χωρών που δεν έχουν επηρεαστεί από τον ιό (Sanders, 2019).

Κατά τη διάρκεια της κρίσης χρέους, η Ελλάδα αποκαλούνταν το «μαύρο πρόβατο» της Ευρώπης, αλλά τώρα έδειξε τα αληθινά της χρώματα. Ως αποτέλεσμα αυτής της κρίσης δημόσιας υγείας, η θέση του στην ελληνική και ευρωπαϊκή πολιτική έχει βελτιωθεί, αλλά σύντομα έρχεται μια νέα οικονομική ύφεση, η οποία θα είναι μια μεγάλη πρόκληση για τον ίδιο.

Κεφάλαιο 5^ο : Συμπεράσματα

Τελικά, η ανταπόκριση της Ελλάδας στην πανδημία χαρακτηρίστηκε από αποτελεσματικότητα, ωριμότητα και έγκαιρα μέτρα για να σταματήσει η εξάπλωση της νόσου. Το πολιτικό σύστημα της χώρας, απάντησε με ενότητα και έλεγχο. Παρόλο που, στην αρχή της επιδημίας, η κυβέρνηση έπρεπε να αντιμετωπίσει την κρίση στα σύνορα με την Τουρκία και τους υπερπληθυσμένους προσφυγικούς καταυλισμούς σε διάφορα μέρη, μπόρεσε να δράσει οργανωμένα και γρήγορα να ισοπεδώσει την καμπύλη.

Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα ανέλαβε δράση κατά της επιδημίας νωρίτερα. Εκτός από μερικά περιστατικά στην αρχή της επιδημίας, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν φαινόταν να ενδιαφέρονται για την τήρηση των κανόνων έκτακτης κλειδώματος. Η Αναφορά κινητικότητας της Google λέει ότι η κινητικότητα έχει μειωθεί πολύ σε χώρους λιανικής και αναψυχής (περίπου 85%), πάρκα (περίπου 70%) και σταθμούς συγκοινωνίας (περίπου 80%). (Barria, 2020).

Υπάρχουν επίσης 45% λιγότεροι άνθρωποι σε παντοπωλεία και φαρμακεία και 55% λιγότεροι άνθρωποι στην εργασία. Έτσι, παρόλο που το σύστημα υγείας δεν λειτουργεί καλά και έχει προβλήματα, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι βρίσκεται υπό πίεση. Επίσης, τη στιγμή που γράφτηκε αυτό, ο συνολικός αριθμός θανάτων ανά εκατομμύριο ανθρώπων ήταν ακόμα πολύ χαμηλότερος από ό,τι σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Όμως το ξέσπασμα έδειξε ένα μεγάλο πρόβλημα: δεν υπάρχουν αρκετές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τους πρόσφυγες που ζουν αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα. Οι επιστήμονες ανησυχούν ότι ο τρόπος με τον οποίο ζουν οι άνθρωποι σε υπερπληθυσμένους καταυλισμούς θα μπορούσε να βλάψει την υγεία των ανθρώπων που ζουν εκεί. Παρόλο που έχουν ληφθεί μέτρα για να σταματήσει η εξάπλωση της νόσου, πρέπει να γίνουν περισσότερα για να βοηθηθούν οι πρόσφυγες στην τρέχουσα κατάστασή τους. Η κρίση του COVID-19 δείχνει πόσο σημαντικό είναι να έχουμε ένα σχέδιο δράσης που να δίνει σε όλους τα σωστά βήματα να κάνουν. Η Ελλάδα και η Ευρωπαϊκή Ένωση πρέπει να συνεργαστούν σε αυτό το σχέδιο.

Θα πρέπει επίσης να προγραμματιστεί η γρήγορη εκκαθάριση των υπερπληθυσμένων καταυλισμών. Πρόκειται για ένα έργο που χρειάζεται συντονισμό και συνεργασία από όλη την Ευρώπη, ώστε οι πρόσφυγες να έχουν ασφαλή μέρη για να ζήσουν. Παρόλο που, ως

αποτέλεσμα της επιδημίας, η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες ακύρωσε όλα τα σχέδια επανεγκατάστασης προσφύγων και η Ευρωπαϊκή Ένωση άλλαξε το επίκεντρό της από την προσφυγική κρίση στην αναχαίτιση της εξάπλωσης της νόσου (Basu, 2020).

Γίνεται σαφές ότι η Ελλάδα και η υπόλοιπη Ευρώπη πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι βασικές ανάγκες των προσφύγων ικανοποιούνται άμεσα και να τους βοηθήσουν να γίνουν μέρος της ευρωπαϊκής κοινωνίας ως κορυφαία προτεραιότητα. Από οικονομική άποψη, η επιδημία του COVID-19 θα μπορούσε να έχει άσχημες συνέπειες. Ο τουρισμός είναι ένας από τους σημαντικότερους κλάδους της χώρας, επομένως οι μακροπρόθεσμοι περιορισμοί στα ταξίδια κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού μπορούν να βλάψουν πολύ την οικονομία.

Από την άλλη πλευρά, η ανταπόκριση της Ελλάδας στο ξέσπασμα και οι προσπάθειές της για την προστασία της δημόσιας υγείας επαινούνται σε όλο τον κόσμο. Αυτό θα βοηθήσει τη χώρα να διατηρήσει το καλό της όνομα και να φέρει τουρίστες μόλις αρθούν οι περιορισμοί. Επίσης, η κυβέρνηση πλήρωσε για τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις (ΜΜΕ) που επλήγησαν από την πανδημία και βοήθησε όσους έχασαν τη δουλειά τους (Benach, 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει κάνει εξαιρετική δουλειά. Η κυβέρνηση κινήθηκε γρήγορα και άκουσε τις συμβουλές και τα σχέδια επιστημόνων και ειδικών. Λειτουργούσε επίσης καλά με τα άλλα πολιτικά κόμματα, καθοδήγησε την ανταπόκριση του κοινού και δεν ενέδωσε στις πιέσεις θρησκευτικών και οικονομικών ομάδων συμφερόντων.

Βιβλιογραφία Ξένη

- Abdi et al. 2021. Preliminary findings of COVID-19 infection in health workers in Somalia: A reason for concern. *International Journal of Infectious Diseases*. Available at: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(21\)00078-3/pdf](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(21)00078-3/pdf)
- Akhter F. & Shimu S.D. 2016. Employment in Healthcare MNCs- A Case Study of Apollo Hospital, Dhaka. *Public Services International*. Available at: https://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/employment_in_healthcare_mncs-final_ebook.pdf
- Alameddine M, Baumann A, Laporte A, Deber R. 2012. A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for policy and planning. *Human Resources for Health*; 10:23.
- Alperstein M. and Njanji T. 6 November 2020. Reimagining health in the Eastern Cape: CHWs are key to improving health outcomes. *Spotlight*. <https://www.spotlightnsp.co.za/2020/11/06/reimagining-health-in-the-eastern-cape-chws-are-key-to-improving-health-outcomes>
- Amnesty International India, 2020. The Women Warriors Fighting COVID-19 At the Frontline: ASHA Workers Left Without Hope. <https://amnesty.org.in/the-women-warriors-fighting-covid-19-at-the-frontline-asha-workers-left-without-hope/>
- Amnesty International. 5 March 2021. COVID-19: Health worker death toll rises to at least 17000 as organizations call for rapid vaccine rollout. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/03/COVID19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/>
- Amnesty International. Undated. Protect union activists in Malaysia. Available at: <https://www.amnesty.org/en/get-involved/take-action/drop-all-charges/>
- Andrews, D., Timm, S., and Paremoer, L. October 2020. Community Health Workers: Nothing About Us Without Us. *AfrikaGrupperna*. (Accessed: 14 March 2021).

https://www.researchgate.net/publication/349520075_Community_health_workers_nothing_about_us_without_us

Aristizabal P, Nigenda G, Serván-Mori E. 2019. The precarization of the Mexican nursing labour market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005–2018. *Human Resources for Health*; 17:87.

Ashirvad. Centre for Social Concern. October 2020. Working at the Margins: A Report on the Working Conditions of Invisibilized Frontline Workers.

Aye B, Goss J, Lappin K, et al. Undated. Decent Work for Community Health Workers in South Asia: A Path to Gender Equality and Sustainable Development. Public Services International (PSI). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_616210.pdf

Babu G. 2021. A booster shot for India's vaccination plan. *The Hindu*. Available at: <https://www.thehindu.com/opinion/op-ed/a-booster-shot-for-indias-vaccination-plan/article34112186.ece>

Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, et al 2020. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Global Health*;5: e003097.

Barria S. Sept 2020. Health unions raise issue of protection for health workers to the Indian National Human Rights Commission. Public Services International. Available at: <https://publicservices.international/resources/news/health-unions-raise-issue-of-protection-for-health-workers-to-the-indian-national-human-rights-commission?id=11116&lang=en>

Basu H. 2020. Working Conditions of Ayahs in Private Healthcare. *Economic and Political Weekly*; 55:5. Available at: <https://www.epw.in/journal/2020/5/special-articles/working-conditions-ayahs-private-healthcare.html>

Basu, A. 2016. Informalization of Work- A Regional Overview. Public Services International. Available at: https://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/informalisation_of_work_a_regional_overview_inside_pg-final_ebook.pdf

- Benach, Joan and Muntaner, Carles. 2013. *Employment, Work, and Health Inequities: A Global Health Perspective*, Icaria.
- Bezbaruah S, Wallace P, Zakoji M, Padmini Perera WL, Kato M. 2021. Roles of community health workers in advancing health security and resilient health systems: emerging lessons from the COVID-19 response in the South- East Asia Region. *WHO South-East Asia J Public Health*;10, Suppl S1:41-8
- Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, Nambiar D, Kakoti M. 2020. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health*;5(6): e002769. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002769> PMID:32522738
- Brey, Z., Mash, R., Goliath, C. and Roman, D., 2020. Home delivery of medication during coronavirus disease 2019, Cape Town, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*,12(1).
- British Broadcasting Corporation. April 2021. Coronavirus: WHO chief criticizes 'shocking' global vaccine divide. Available at: <https://www.bbc.com/news/world-56698854>
- Butkovic H and Samardzija V. 2016. *Non-standard work in Croatia: challenges and perspectives in selected sectors*. Institute for Development and International Relations, Zagreb.
- Ćaćić M. and Levačić D. 2018. *Death by a thousand cuts – impact of austerity measures on women in Croatia*. Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin. Available at: https://www.rosalux.rs/sites/default/files/publications/FEMINIST_CROATIA.pdf
- Chang C. 2020. Taking Care of Each Other Is Essential Work. *Vice*. Available at: <https://www.vice.com/en/article/jge39g/taking-care-of-each-other-is-essential-work>
- Chatterjee P. 2020. Community preparedness for COVID-19 and frontline health workers in Chhattisgarh. *Indian J Public Health*;64(6):102–4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32496236/>
- Cherian P., Jadhav N. & Nandi S. 2021. As the vaccination drive expands beyond frontline workers, it's important to make sure that Indians can make an informed decision about

getting vaccinated. Scroll. Available at: <https://scroll.in/article/987395/five-steps-the-indian-government-must-take-for-the-effective-rollout-of-covid-19-vaccines>

Cleary, K. 2020 September 25. SA is facing a healthcare worker crisis – What to do? Spotlight. Available at: <https://www.spotlightnsp.co.za/2020/09/25/sa-is-facing-a-healthcare-worker-crisis-what-to-do/>

Dean, A., Venkataramani, A. and Kimmel, S., 2020. Mortality Rates From COVID-19 Are Lower in Unionized Nursing Homes: Study examines mortality rates in New York nursing homes. *Health Affairs*, 39(11), pp.1993-2001.

Dutchak, O. 2018. *Crisis, War, and Austerity: Devaluation of Female Labour and Retreating of the State*. Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin. Available at: https://www.rosalux.de/fileadmin/images/publikationen/Studien/Austerity-feminism/FEMINIST_UKR.pdf

Editorial. Jan 2021. ASHA Workers' Struggle for Recognition. *Economic and Political Weekly*, Vol. 56, Issue No. 1. Available at: <https://www.epw.in/journal/2021/1/editorials/asha-workers%E2%80%99-struggle-recognition.html>

El Diario. 2020a Nov 24. "Condiciones de trabajo de enfermería: causa y solución de la escasez de enfermeras. Available at: https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/condiciones-trabajo-causa-solucion-escasez-enfermeras_129_6452668.html (Accessed: 11.03.2022).

facing India's one million ASHAs being addressed? Policy origins and adaptations for the world's largest all-female community health worker program. *Human Resources for Health*, 17:3. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0338-0>

Fragkiadakis, G.; Doumpos, M.; Zopounidis, C.; Germain, C. Operational and economic efficiency analysis of public hospitals in Greece. *Ann. Oper. Res.* **2016**, 247, 787–806.

Fraser, N., 2016. Contradictions of capital and care. *New left review*, 100(99), p.117. Available at: <https://www.newleftreview.org/issues/ii100/articles/nancy-fraser-contradictions-of-capital-and-care>

Gordon S. 2005. Nursing against the odds. Ithaca: Cornell University Press.

Government of the UK. 2020 Jul 21. Pay rises for doctors, police, and more in the public sector". Available at: <https://www.gov.uk/government/news/pay-rises-for-doctors-police-and-more-in-the-public-sector> (Accessed: 11.03.2021).

Government of the United Kingdom. 2020. Pay rises for doctors, police and more in the public sector. London. [cited 2020 Nov 28]; Available at: <https://www.gov.uk/government/news/pay-rises-for-doctors-police-and-more-in-the-public-sector>

Hlatshwayo, M., 2018. The new struggles of precarious workers in South Africa: nascent organizational responses of community health workers. *Review of African Political Economy*, 45(157), pp.378-392.

Hlatshwayo, M.H., 2020. Setbacks and partial victories for community health workers. *New Agenda: South African Journal of Social and Economic Policy*, 2020(78), pp.48-52.

Hollingsworth, B. Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. *Health Care Manag. Sci.* **2003**, 6, 203–218

Humphries N, McAleese S, Matthews A, Brugha R. 2015. Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions . . . are killing us slowly': qualitative insights into health professional emigration from Ireland. *Hum Resour Health.*;13:35. doi:10.1186/s12960-015-0022-6

International Council of Nurses. 2020. COVID-19 and the international supply of nurses [Internet]. Available at: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-07/COVID19_internationalsupplyofnurses_Report_FINAL.pdf

International Labour Organization (ILO). 2018a. Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care [Internet]. Geneva. Available at: Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_655277.pdf

International Labour Organization (ILO). 2018b. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: ILO. Available at:

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf

International Labour Organization (ILO). 2020 June. COVID-19 and the world of work. ILO Monitor Fifth Edition. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_749399.pdf

Jaffe S. 2020. Social Reproduction and the Pandemic, with Tithi Bhattacharya. Dissent. Available at: https://www.dissentmagazine.org/online_articles/social-reproduction-and-the-pandemic-with-tithi-bhattacharya

King, T, Hewit, B, Crammond, B, Sutherland, G, Maheen, H, Kavanagh, A, 2020. Reordering gender systems: can COVID-19 lead to improved gender equality and health? The Lancet. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31418-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31418-5)

Kupferschmidt. 2021. Unprotected African health workers die as rich countries buy up COVID-19 vaccines. Science Mag. Available at: <https://www.sciencemag.org/news/2021/02/unprotected-african-health-workers-die-rich-countries-buy-covid-19-vaccines>

Lalwani V. 2020 Aug 16. They are fighting Covid-19 on an empty stomach – and now have a police case to battle. Scroll. <https://scroll.in/article/970348/they-are-fighting-covid-19-on-an-empty-stomach-and-now-have-a-police-case-to-battle>

Laura Martínez. Feb 2021. Limpian y existen: lastrabajadoras de limpieza se quedan a la cola de la vacunación en los hospitals. elDiario.es. Available at: https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/politica/trabajadoras-limpieza-hospitales-quedan-cola-proceso-vacunacion_1_7205029.html

Lionis, C.; Symvoulakis, E.K.; Markaki, A.; Vardavas, C.; Papadakaki, M.; Daniilidou, N.; Souliotis, K.; Kyriopoulos, I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review. *Int. J. Integr. Care* 2009, 9, e88

- Llop-Girones A, Tarafa G & Benach J. 2015. Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud. *Gac Sanit*; 29(2):152–157. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.005>
- Lotta G, Wenham C, Nunes J, et al. 2020 Aug 8 Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*; 396:365-6. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X)
- Murphy, M. and Cullen, P. 2018. *Irish Feminist Approaches against Austerity Regimes*. Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin. Available at: https://www.rosalux.de/fileadmin/images/publikationen/Studien/Austerity-feminism/FEMINIST_IR.pdf
- Navarro, V., 2007. Neoliberalism as a class ideology; or the political causes of the growth of inequalities. *International Journal of Health Services*, 37(1), pp.47-62.
- Nepomnyashchiy L, Dahn B, Saykpa R, et al. 2020 Jul 18. COVID-19: Africa needs unprecedented attention to strengthen community health systems. *The Lancet*; 396:150-2. Available at: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31532-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31532-4.pdf)
- New York Times (NYT). 2020 Mar 30. Health Care Kamikazes’: How Spain’s Workers Are Battling Coronavirus, Unprotected. Available at: <https://www.nytimes.com/video/world/europe/100000007051789/coronavirus-ppe-shortage-health-care-workers.html>
- Oloo N, Murphy G. 2020 July 2. COVID-19 in South Africa is causing frontline women workers to pay for skewed health systems. Oxfam. <https://views-voices.oxfam.org.uk/2020/07/covid-19-in-south-africa-is-causing-frontline-women-workers-to-pay-for-skewed-health-systems/>
- Oxfam South Africa. 2020. The Right to Dignified Healthcare Work is a Right to Dignified Health Care for All. https://www.oxfam.org.za/wp-content/uploads/2020/08/oxfam_care4carers-report_final_20200720.pdf
- Paremoer L, Nandi S, Serag H, Baum F. 2021. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *British Medical Journal*; 372: n129 doi:10.1136/bmj.n129

- Sanders, D., Nandi, S., Labonte, R., Vance, C. and Damme, W. V. 2019. From primary health care to universal health coverage—one step forward and two steps back. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31831-8.
- Schneider, H., Hlophe, H. and van Rensburg, D. 2008. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health policy and Planning*. 23(3), pp.179-187.
- Scott-Samuel et al. 2014. The impact of Thatcherism on health and wellbeing in Britain. *International Journal of Health Services*. Vol 44, Issue 1. Available at <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/HS.44.1.d>
- Section 27 and IEJ. 2019. Fact Sheet: Funding the Right to Health. Available at: <http://section27.org.za/wp-content/uploads/2019/05/2019-IEJ-S27-Health-Fact-Sheet.pdf>
- Sell, S.K. and Williams, O.D. 2020. Health under capitalism: a global political economy of structural pathogenesis. *Review of International Political Economy*, 27(1), pp.1-25.
- Sinha D. and Shriyan D. 2021 Jan 13. Empower women with govt jobs. *Telangana Today*. Available at: <https://telanganatoday.com/empower-women-with-govt-jobs>
- Solidarity Network, Georgia. 2021. Presentation on the impact of Covid-19 on health workers in Georgia, At Webinar on Health Workers and Fragile Health Systems during COVID-19” on 7.4.2021
- Srivastav N. & Hathi P. 2020. The precarious condition of hospital cleaning staff. *The Hindu*. Available at: <https://www.thehindu.com/opinion/op-ed/the-precarious-condition-of-hospital-cleaning-staff/article31975421.ece>
- Srivastav N. & Hathi P. 2020. The precarious condition of hospital cleaning staff. *The Hindu*. Available at: <https://www.thehindu.com/opinion/op-ed/the-precarious-condition-of-hospital-cleaning-staff/article31975421.ece>
- The Lancet. 21 March 2020. COVID-19: protecting health-care workers. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)

- Trakakis, A.; Nektarios, M.; Tziaferi, S.; Prezerakos, P. Measuring Technical Efficiency of Health Centres in Greece: A Data Envelopment Analysis Application for the Primary Health System of Greece. *Eur. Res. Stud. J.* **2021**, *24*, 1333–1353.
- UN Women. 2015. Progress of the world's women 2015-2016. Transforming economies, realizing rights. Available at: https://progress.unwomen.org/en/2015/pdf/UNW_progressreport.pdf
- United Voices of the World. 2020 The untenable continuation of outsourcing of domestic services at GOSH. Available at: https://www.uvwunion.org.uk/wp-content/uploads/2020/11/GOSH_OCS-Claim-Nov-2020-FINAL-1-1.pdf
- United Voices of the World. 2020. Press Release: Cleaner's union UVW forces Great Ormond Street children's hospital to end outsourcing and bring hundreds of outsourced workers into the direct employment of the NHS. Available at: <https://www.uvwunion.org.uk/en/news/2020/12/cleaners-union-uvw-forces-great-ormond-street-childrens-hospital-to-end-outsourcing-and-bring-hundreds-of-outsourced-workers-into-the-direct-employment-of-the-nhs/>
- United Voices of the World. Undated. Campaigns: Great Ormond Street Hospital. Available at: <https://www.uvwunion.org.uk/en/campaigns/great-ormond-street-hospital/>
- Urban Management Center and WaterAid India (UMC & WaterAid). 2020 Sept. Health, Safety and Social Security Challenges of Sanitation Workers during the COVID-19 Pandemic in India. Available at: <https://www.wateraidindia.in/publications/health-safety-and-social-security-challenges-of-sanitation-workers-during-the-covid-19>
- Vale, B., 2020. Care and caring:(by) force or (by) fiction. *Transformation: Critical Perspectives on Southern Africa*, 104(1), pp.11-23.
- Ved, R, Scott, K, Gupta, G, Ummer, O, Singh, S, Srivastava, A and George, AS. 2019. How are gender inequalities
- Wee et al. 2020. Re: Personal protective equipment protecting healthcare workers in the Chinese epicenter of COVID-19' by Zhao et al. *Clinical Microbiology and Infection*.

Available at: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(20\)30524-3/pdf](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(20)30524-3/pdf)

Wichterich, C, 2020. Who Cares about Healthcare Workers? Care Extractivism and Care Struggles in Germany and India. *Social Change* 50(1) 121–140, 2020 SAGE DOI: 10.1177/0049085719901087

Williams G et al 2020. How are countries protecting their health workers during COVID19? *Eurohealth*; 26(2). Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336298/Eurohealth-26-2-58-62-eng.pdf>

Winters, N., O'Donovan, J. and Geniets, A., 2018. A new era for community health in countries of low and middle income? *The Lancet Global Health*, 6(5), pp. e489-e490.

World Health Organization. 2007. Policy Brief- Community health workers: What do we know about them? https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf

World Health Organization. 2019. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. *Human Resources for Health Observer Series No. 24*. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/nursing/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2

World Health Organization. 2020a. What's needed now to protect health workers: WHO COVID- 19 briefing. Available at: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/10-april-who-briefing-health-workers-covid-19-ppe-training/>

World Health Organization. 2020c. WHO sage roadmap for prioritizing uses of covid-19 vaccines in the context of limited SUPPLY. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf>

Xenos, P.; Yfantopoulos, J.; Nektarios, M.; Polyzos, N.; Tinios, P.; Constantopoulos, A. Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012. *Cost Eff. Resour. Alloc.* **2017**, *15*, 6.