



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ & ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΒΙΟΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΚΥΚΛΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ»

Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ: ΘΕΣΜΙΚΟ
ΠΛΑΙΣΙΟ, ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

SCHOOL OF ECONOMICS, BUSINESS AND INTERNATIONAL STUDIES

DEPARTMENT OF ECONOMICS

MSc. «BIOECONOMY, CIRCULAR ECONOMY AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT»

**THE INTERCONNECTION BETWEEN PUBLIC HEALTH AND SUSTAINABILITY:
INSTITUTIONAL FRAMEWORK, POLICIES AND STRATEGY**

MASTER'S DISSERTATION

ALEXANDROS SPYROPOULOS

**PIRAEUS
NOVEMBER, 2024**



ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, στη «Βιοοικονομία,

Κυκλική Οικονομία και Βιώσιμη Ανάπτυξη» με τίτλο:

Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ: ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ, ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών στην

Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντάς πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

Ονοματεπώνυμο

Αλέξανδρος Σπυρόπουλος

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση αυτής της διατριβής σηματοδοτεί και το τέλος μίας μακροχρόνιας πορείας που ξεκίνησε πριν πάνω από δύο δεκαετίες. Η εργασία αυτή αποτέλεσε αρχικά μία έμπνευση με αέρα ανανέωσης αλλά και ένα ταξίδι σε αχαρτογράφητα νερά. Παρά τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν στο δρόμο απέκτησε τελικά τη δική της υπόσταση υπενθυμίζοντάς μου συνεχώς πως το αντικείμενο της είναι όντως το πιο σημαντικό συστατικό της ίδιας της ζωής. Η υγεία, σωματική και ψυχική είναι το πρώτο κομμάτι για να βρισκόμαστε στο σήμερα, προερχόμενοι από το χθες και πηγαίνοντας στο αύριο.

Φτάνοντας σε αυτό το σημείο και την περάτωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διευθύντρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών καθηγήτρια κ. Κωνσταντίνα Κοτταρίδη για την πολύτιμη υποστήριξη της και τον καθηγητή κ. Νικόλαο Φαραντούρη για την εμπιστοσύνη και τη σιγουριά του σε εμένα αλλά και για την πορεία της παρούσας έρευνας ιδίως κατά το ξεκίνημα της.

Ευχαριστώ επίσης τους γονείς μου καθώς και τον αδερφό μου, τη σύντροφό μου, την οικογένεια και τους φίλους μου για τη συμπόρευσή τους σε κάθε στροφή και μονοπάτι όλα αυτά τα χρόνια. Ανυπομονώ να συνεχίσουμε να ταξιδεύουμε παρέα.

Η διασύνδεση της δημόσιας υγείας και της βιωσιμότητας: Θεσμικό πλαίσιο, πολιτικές και στρατηγική

Λέξεις κλειδιά: Βιώσιμη Ανάπτυξη, Δημόσια Υγεία, Ευημερία, Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης, SDG 3, Πολιτικές Υγείας, Θεσμικό Πλαίσιο

Περίληψη

Η διερεύνηση της σχέσης της δημόσιας υγείας και της βιωσιμότητας αποτελεί ένα διαρκές και κρίσιμο μέλημα για τις σύγχρονες κοινωνίες, ιδίως υπό το πρίσμα των προκλήσεων που θέτουν οι παγκόσμιες υγειονομικές κρίσεις και η διαφαινόμενη περιβαλλοντική υποβάθμιση. Καθώς η μετάβαση προς την αειφορία περιλαμβάνει σύνθετες και πολυδιάστατες διαδικασίες, η στρατηγική ευθυγράμμιση των πολιτικών υγείας με τους τιθέμενους στόχους βιωσιμότητας παραμένει ένα ιδιαίτερα πειστικό ζήτημα.

Η παρούσα διπλωματική εργασία διερευνά τη διασύνδεση των δύο εννοιών στο πλαίσιο των 17 Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (Sustainable Development Goals – SDGs) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών με ιδιαίτερη έμφαση στον τρίτο στόχο «Καλή υγεία και ευημερία». Παράλληλα στοχεύει στη μελέτη της διαμόρφωσης του θεσμικού πλαισίου και την αξιολόγησή του όπως και των πολιτικών και των στρατηγικών προσεγγίσεων που συντελούν στη διαμόρφωση του ευρύτερου τοπίου της δημόσιας υγείας με επικέντρωση στην Ελλάδα, καθώς και την ικανότητά τους να συμβάλλουν επιτυχώς στη βιώσιμη ανάπτυξη. Η ανάλυση περιλαμβάνει λεπτομερή επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και των εγγράφων πολιτικής σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο και αναδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο η ανθεκτικότητα και η βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος δημόσιας υγείας μπορούν να ενισχυθούν μέσω του στρατηγικού σχεδιασμού και της ενσωμάτωσης πολιτικών με συμπεράσματα που αντλούνται τόσο από εθνικές όσο και από διεθνείς εμπειρίες. Τέλος, η διατριβή παρέχει προτάσεις για τη βελτίωση της βιωσιμότητας των συστημάτων δημόσιας υγείας υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ενισχυμένη διακυβέρνηση, την υιοθέτηση καινοτόμων προσεγγίσεων και την ευθυγράμμιση των πρωτοβουλιών στον τομέα της υγείας με τα σχέδια και προγράμματα βιωσιμότητας.

The interconnection between public health and sustainability: Institutional framework, policies and strategy

Key words: Sustainable Development, Public Health, Well-being, Sustainable Development Goals, SDG 3, Health Policy, Institutional Framework

Abstract

The interconnection between public health and sustainability represents a critical and growing concern for modern societies, particularly in light of the challenges posed by global health crises and environmental degradation. As the transition towards sustainability involves complex and multi-dimensional processes, the strategic alignment of health policies with sustainability goals remains a pressing issue.

This thesis explores the relationship between public health and sustainability within the framework of the 17 Sustainable Development Goals (SDGs) of the United Nations, with a particular focus on SDG 3: "Good Health and Well-being." The aim of this thesis is to examine the formulation and evaluate the institutional framework policies as well as the strategic approaches that shape the public health landscape, particularly in Greece, and their ability to contribute to sustainable development. The analysis includes a detailed review of existing literature and policy documents at the global, European, and national levels and highlights how the resilience and sustainability of the Greek public health system can be strengthened through strategic planning and policy integration, with lessons drawn from both national and international experiences. Finally, the thesis provides recommendations for improving the sustainability of public health systems, emphasizing the need for enhanced governance, the adoption of innovative approaches, and the alignment of health initiatives with broader sustainability agendas.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	iv
Περίληψη.....	v
Abstract.....	vi
Ευρετήριο εικόνων.....	ix
Ευρετήριο πινάκων.....	x
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 2. Εισαγωγικές έννοιες: Από την Υγεία στην Ποιότητα Ζωής και τη Δημόσια Υγεία.....	3
2.1. Υγεία.....	3
2.2. Η έννοια της ποιότητας ζωής.....	4
2.3. Η έννοια της ευεξίας και η σχέση της με την υγεία.....	7
2.4. Δημόσια υγεία.....	8
Κεφάλαιο 3. Βιώσιμη ανάπτυξη και δημόσια υγεία: Από τις αρχές της αειφορίας στον τρίτο στόχο βιώσιμης ανάπτυξης του Ο.Η.Ε.....	10
3.1 Η δημόσια υγεία και πάλι εν κινήσει.....	10
3.2. Η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης.....	10
3.3 Η βιώσιμη ανάπτυξη στο επίκεντρο για το σχεδιασμό του μέλλοντος.....	12
3.4. Οι 17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης του Ο.Η.Ε. για το 2030.....	13
3.4.1. Στόχος 1: Μηδενική φτώχεια.....	14
3.4.2. Στόχος 2: Μηδενική πείνα.....	14
3.4.3. Στόχος 3: Καλή υγεία και ευημερία.....	15
3.4.4. Στόχος 4: Ποιοτική εκπαίδευση.....	15
3.4.5. Στόχος 5: Ισότητα των φύλων.....	16
3.4.6. Στόχος 6: Καθαρό νερό και αποχέτευση.....	16
3.4.7. Στόχος 7: Φτηνή και καθαρή ενέργεια.....	16
3.4.8. Στόχος 8: Αξιοπρεπής εργασία και οικονομική ανάπτυξη.....	17
3.4.9. Στόχος 9: Βιομηχανία, καινοτομία και υποδομές.....	18
3.4.10. Στόχος 10: Λιγότερες ανισότητες.....	18
3.4.11. Στόχος 11: Βιώσιμες πόλεις και κοινότητες.....	19
3.4.12. Στόχος 12: Υπεύθυνη κατανάλωση και παραγωγή.....	19
3.4.13. Στόχος 13: Δράση για το κλίμα.....	20
3.4.14. Στόχος 14: Ζωή στο νερό.....	20
3.4.15. Στόχος 15: Ζωή στη στεριά.....	21
3.4.16. Στόχος 16: Ειρήνη, δικαιοσύνη και ισχυροί θεσμοί.....	21
3.4.17. Στόχος 17: Συνεργασία για τους στόχους.....	22

3.5. Ο SDG 3 και η δημόσια υγεία ως θεμέλιο ενός βιώσιμου κόσμου	22
Κεφάλαιο 4. Παγκόσμιες στρατηγικές για τη δημόσια υγεία	25
4.1. Ο Στόχος 3 «Καλή υγεία και ευημερία» εις βάθος	25
4.2. Όρια και προκλήσεις για την επίτευξη του στόχου 3	29
4.3. Αλληλεπίδραση, συνέργειες και συμβιβασμοί μεταξύ του στόχου 3 και των υπόλοιπων SDG.....	34
4.3.1. Αλληλεπίδραση με το στόχο 1	37
4.3.2. Αλληλεπίδραση με το στόχο 2.....	37
4.3.3. Αλληλεπίδραση με το στόχο 4	37
4.3.4. Αλληλεπίδραση με το στόχο 5	37
4.3.5. Αλληλεπίδραση με το στόχο 6.....	38
4.3.6. Αλληλεπίδραση με το στόχο 7.....	38
4.3.7. Αλληλεπίδραση με το στόχο 8.....	38
4.3.8. Αλληλεπίδραση με το στόχο 9.....	39
4.3.9. Αλληλεπίδραση με το στόχο 10.....	40
4.3.10. Αλληλεπίδραση με το στόχο 11	40
4.3.11. Αλληλεπίδραση με το στόχο 12.....	41
4.3.12. Αλληλεπίδραση με το στόχο 13.....	41
4.3.13. Αλληλεπίδραση με το στόχο 14.....	41
4.3.14. Αλληλεπίδραση με το στόχο 15.....	42
4.3.15. Αλληλεπίδραση με το στόχο 16.....	42
.....	43
4.3.16. Αλληλεπίδραση με το στόχο 17.....	43
4.4. Χάραξη στρατηγικής και διαμόρφωση πολιτικής σε σύγχρονο πλαίσιο	44
Κεφάλαιο 5. Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο για τη δημόσια υγεία.....	47
5.1. Στρατηγικός σχεδιασμός στην μετά-COVID εποχή: Προς μία δομική αλλαγή	47
5.2. Συνιστώσες των πολιτικών υγείας	48
5.3. Προς μία ενιαία ευρωπαϊκή στρατηγική για την υγεία.....	49
Κεφάλαιο 6. Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα: Τρέχουσα κατάσταση και ιστορική αναδρομή	55
6.1. Ελληνική Δημοκρατία – Υφιστάμενη κατάσταση της υγείας και του συστήματος δημόσιας υγείας	55
6.2. Μεταξύ πολλαπλών κρίσεων – Προβληματισμοί και δυσλειτουργίες για την υγεία στην Ελλάδα.56	
6.3. Η υγεία στο πέρασμα των αιώνων – Η ιστορική διάσταση των πολιτικών δημοσίας υγείας στην Ελλάδα.....	59
6.3.1. Η Γένεση του κράτους και του κράτους πρόνοιας.....	59

6.3.2. Διαμόρφωση υγειονομικού νομικού πλαισίου «εκ του μηδενός» έως τις αρχές του 20ου αιώνα	60
6.3.3. Εθνικό σύστημα υγείας και πολιτικό πλαίσιο: Συγκρότηση, κατακερματισμός και ανασυγκρότηση.....	63
6.3.4. Διαφορετικές φιλοσοφίες και διαφορετικές κρίσεις: Στασιμότητα και μεταβαλλόμενες στρατηγικές.....	68
6.4. Στρατηγικές της επόμενης ημέρας για την ανθεκτικότητα της υγείας και της ευημερίας.....	72
Κεφάλαιο 7. Προοπτικές βιωσιμότητας για τις πολιτικές δημόσιας υγείας στην Ελλάδα – Από τον τρίτο στόχο στις θεσμικές αλλαγές του αύριο	74
7.1. Ο υγειονομικός στρατηγικός σχεδιασμός της Ελλάδας για την επόμενη δεκαετία	75
7.1.1. Εθνικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025	75
7.1.2. Πρόγραμμα Πρόληψης της Δημόσιας Υγείας «Σπύρος Δοξιάδης».....	77
7.1.3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030	78
7.2. Η πραγματικότητα της βιωσιμότητας - Πρόοδος και αποκλίσεις από τον τιθέμενο στόχο για το 2030	78
7.2.1. Αποτίμηση των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων και ανθεκτικότητα της Δημόσιας Υγείας στον 21ο αιώνα στην Ελλάδα.....	78
7.2.2. Δημόσια Υγεία και Ευημερία για τους κατοίκους της Ελλάδας: Μία ανασκόπηση της προόδου της χώρας όσον αφορά τον τρίτο στόχο του Ο.Η.Ε. για το 2030	80
7.3. Προκλήσεις και προοπτικές για βιώσιμες πολιτικές δημόσιας υγείας.....	87
Κεφάλαιο 8. Συμπεράσματα.....	90
Βιβλιογραφία	95

Ευρετήριο εικόνων

Εικόνα 1. Οι 8 Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας (MDG) του Ο.Η.Ε. (Ο.Η.Ε., 2015).	12
Εικόνα 2. Οι 17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDG) του Ο.Η.Ε. (Ο.Η.Ε., 2023α) (Ίδια επεξεργασία)	13
Εικόνα 3. Εξώφυλλο του Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών και Καταστατικού του Διεθνούς Δικαστηρίου (Ο.Η.Ε., 1945).....	17
Εικόνα 4. Πλαίσιο εξέτασης της αλληλεπίδρασης των 17 Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (Waage et al., 2015)	36
Εικόνα 5. Διάδραση και συνδεσιμότητα του στόχου 3 με τους υπόλοιπους (Fernandez, 2020).	36
Εικόνα 6. Σύνδεση μεταξύ (υπηρεσιών) των οικοσυστημάτων και της ανθρώπινης ευημερίας (Εκθεση Αξιολόγησης της Χιλιετίας για τα Οικοσυστήματα, 2005).	43
Εικόνα 7. Μοντέλο για την ανάλυση πολιτικών υγείας (Walt και Gilson, 1994).....	45
Εικόνα 8. Η προσέγγιση της Ενιαίας Υγείας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2022).....	52
Εικόνα 9. Η θέση της Ελλάδας εντός της Ευρώπης (Panagoroulos & Giannika, 2023).....	55
Εικόνα 10. Η θέση της Ελλάδας (μπλε) εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (κίτρινο) (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2024).	55
Εικόνα 11. Περιεχόμενα του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" (Υπουργείο Υγείας, 2021α).....	77

Εικόνα 12. Δείκτες προόδου για την επίτευξη του Στόχου 3 "Καλή υγεία και Ευημερία" (Sustainable Development Report, 2024, Sachs, Lafortune & Fuller, 2024)	86
--	----

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1. Οι 17 SDG κατηγοριοποιημένοι σύμφωνα με τους τρεις πυλώνες της βιωσιμότητας (Venkatesh, 2022)	26
Πίνακας 2. Επιμέρους στόχοι (targets) και δείκτες (indicators) του SDG 3 (Οικονομικό και κοινωνικό συμβούλιο του Ο.Η.Ε., 2016)	29
Πίνακας 3. Νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα και στις αρχές του 20ου (Δαρδαβέσης, 2008, Ράλλη, 2019)	62
Πίνακας 4. Αλλαγές στη σύσταση και ονομασία του υπουργείου Ελλάδας στην Αθήνα από το 1922 ως το 1951 (Δαρδαβέσης, 2008)	65

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Έχοντας διανύσει πλέον σχεδόν το πρώτο τέταρτο του 21^{ου} αιώνα οι προκλήσεις που εμφανίζονται σε μία πλειάδα από τομείς για την ανθρωπότητα ποικίλουν δημιουργώντας ερωτήματα για το εγγύς αλλά και το απώτερο μέλλον απαιτώντας συντονισμένες απαντήσεις και λύσεις παγκόσμιας κλίμακας δεδομένης της ολοένα και πιο αυξημένης συνδεσιμότητας όλων των χωρών και ηπείρων. Σε αυτό το πλαίσιο τα 193 κράτη μέλη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) αρχής γενομένης από τα μέσα της περασμένης δεκαετίας ενίσχυσε τη στρατηγική του φαρέτρα με την εισαγωγή της Ατζέντας 2030 επιδιώκοντας την επίτευξη 17 Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (Sustainable Development Goals – SDG). Εδραζόμενοι σε 17 θεματικές κατηγορίες οι στόχοι αυτοί μεμονωμένα αλλά και λαμβανόμενοι πάντοτε ως ενιαίο σύνολο αποτελούν την πυξίδα του Ο.Η.Ε. για τις επόμενες κινήσεις θεσμοθέτησης και χάραξης πολιτικής (Dugarova & Gülasan, 2017).

Η πανδημία COVID-19 στις αρχές της δεκαετίας του 2020 επιβεβαίωσε τόσο την κρισιμότητα όσο και την παγκοσμιότητα των τρεχόντων προβλημάτων ενώ παράλληλα ανέδειξε την αναγκαιότητα για συμπερίληψη της έννοιας της υγείας στην εξέλιξη της ανθρωπότητας γύρω από τις αρχές της βιωσιμότητας και τους τρεις πυλώνες στους οποίους εδράζεται αυτή. Σε εκείνο το σημείο έγινε φανερό πως η κοινωνία, το περιβάλλον και η οικονομία είναι σημαντικό να έχουν την υγεία και την ευημερία στον πυρήνα τους για να εξελίσσονται εύρυθμα (Seke, 2013).

Η παρούσα διπλωματική εργασία σκοπεύει να ερευνήσει αυτή ακριβώς την πολύπλευρη σχέση που δημιουργείται μεταξύ της βιώσιμης ανάπτυξης και των 17 στόχων του ΟΗΕ για το έτος 2030 με τα διαχρονικά ζητήματα υγείας, δημόσιας υγείας και ευημερίας που προκύπτουν στις σύγχρονες κοινωνίες. Σημαντικό και επακόλουθο κομμάτι της διατριβής είναι η διερεύνηση της ενδεχόμενης συμπίεσης ή τελικά απόκλισής τους. Ταυτόχρονα μέσω της ενδεδειγμένης μελέτης της τρέχουσας κατάστασης και του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου επιχειρείται σε μικρότερη κλίμακα η εξέταση της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αλλά και της ανθεκτικότητάς του σε συνθήκες πίεσης και κρίσης. Ένα ακόμα σημαντικό ερευνητικό ερώτημα είναι η διασύνδεση όλων των πλαισίων που διαμορφώνονται παγκοσμίως και η αλυσιδωτή αντίδραση που προκαλείται κατά τη διάρκεια των προσπαθειών ανάληψης πρωτοβουλιών, διαμόρφωσης στρατηγικών σχεδίων, εξεύρεσης χρηματοδοτικών πόρων με την αποκρυστάλλωση όλων των ανωτέρω σε πραγματικές πολιτικές που θα έχουν ισχυρό και θετικό αντίκτυπο στην επόμενη ημέρα. Μέσα από τα οχτώ κεφάλαια της εργασίας αναλύονται τα σύγχρονα ζητήματα που ανακύπτουν γύρω από την έννοια και το επίπεδο της δημόσιας υγείας και ύστερα της βιωσιμότητας μέσω της ανάλυσης του ρυθμιστικού πλαισίου και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της παγκόσμιας, ευρωπαϊκής και ελληνικής πολιτικής στοχοθεσίας και εγκαθιδρυμένης πραγματικότητας.

Στο εισαγωγικό πρώτο κεφάλαιο αναλύονται κατά πρώτον η συλλογιστική πορεία που οδήγησε στα ερευνητικά ερωτήματα και κατά δεύτερον ο στόχος της εργασίας. Το δεύτερο κεφάλαιο εκκινεί με την αναφορά των βασικών ορολογιών που σχετίζονται με την υγεία και των ποικίλων οπτικών και ερμηνειών που έχουν λάβει έως σήμερα ενώ το τρίτο κεφάλαιο καταπιάνεται με τη σημασία της βιωσιμότητας ως έννοια και της βιώσιμης ανάπτυξης ως αντικείμενο μελέτης και στρατηγικής προτεραιότητας από τις πρώτες αναφορές του στην επιστημονική κοινότητα ως την ανάδειξή του σε καίριο καθοδηγητικό όχημα για την πορεία της ανθρωπότητας. Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται σε παγκόσμιες στρατηγικές για το αύριο της δημόσιας υγείας με βαθύτερη επικέντρωση στον κατεξοχήν στόχο του ΟΗΕ για τη δημόσια υγεία και την ταυτόχρονη διασύνδεσή του με τους υπόλοιπους 16. Σε αυτό το σημείο επιχειρείται μία εκ βαθών ανάλυση των πιθανών συγκλίσεων και αποκλίσεων μεταξύ των στόχων με επίκεντρο ασφαλώς πάντοτε την υγεία και την ευημερία αλλά και τα όρια και τις προκλήσεις που παρουσιάζονται παγιδεύοντας σε στεγανά την παγκόσμια σκόπευση για «καλή υγεία και ευημερία για όλους». Εμβαθύνοντας περαιτέρω σε μικρότερης κλίμακας στρατηγικές τοποθετήσεις το πέμπτο κεφάλαιο αφιερώνεται στην πολιτική κατεύθυνση που έχει λάβει η Ευρωπαϊκή Ένωση και την ανάδειξη της υγείας σε πρώτο πλάνο την τρέχουσα δεκαετία. Παρομοίως αναλύονται αναχαιτιστικοί παράγοντες που παρουσιάζονται και εξακολουθούν να παρουσιάζονται για τον κεντρικό σχεδιασμό και τη βιωσιμότητα της υγείας σε ευρύ επίπεδο ενώ γίνεται μνεία σε πρωτοβουλίες που αφορούν το σύνολο της Ένωσης υπό ένα καινοτόμο πρίσμα. Το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας αλλά και του Εθνικού Συστήματος Υγείας μετά την έλευση δύο διαδοχικών κρίσεων πριν ακολουθήσει μία ιστορική μελέτη των πολιτικών υγείας από ιδρύσεως του κράτους πριν δύο αιώνες ως σήμερα με παράθεση των εμποδίων και επιτευγμάτων στον τομέα και εμβάθυνση στις πολλές διαφορετικές αντιλήψεις των υπεύθυνων λήψης αποφάσεων αλλά και του κοινωνικού συνόλου για την υγεία στο διηνεκές του χρόνου. Το έβδομο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη σημερινή και αυριανή στοχοθεσία της Ελλάδας ενώ επιχειρείται η ανάλυση των τρωτών σημείων του συστήματος και της προόδου του κράτους στην εξασφάλιση της βιωσιμότητας και της ανθεκτικότητας τόσο υπό το πρίσμα των εμπλεκόμενων μερών όσο και των εμπειρογνομόνων αλλά και μέσω της παρακολούθησης των δεικτών που σχετίζονται με τον υγειονομικό στόχο βιωσιμότητας. Καταληκτικά, το όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο αφιερώνεται στα συμπεράσματα της διπλωματικής εργασίας.

Κεφάλαιο 2. Εισαγωγικές έννοιες: Από την Υγεία στην Ποιότητα Ζωής και τη Δημόσια Υγεία

2.1. Υγεία

Η αξία της υγείας για τον άνθρωπο και κάθε κοινότητά του είναι αδιαμφισβήτητη αλλά στην πραγματικότητα η ίδια η έννοια της υγείας δεν είναι ούτε ευκολονόητη ούτε και αυτονόητη. Είναι σίγουρο πως ο άνθρωπος δε σκέφτεται συνεχώς την υγεία του και τι πραγματικά σημαίνει για τον ίδιο και το σύνολο στο οποίο εντάσσεται, ωστόσο πρόκειται για ένα ζήτημα που απασχολεί σε καθημερινή βάση κάθε τομέα της ζωής από τις απλές ερωτήσεις «*πώς είσαι*» και «*τι κάνεις*» ως το «*εις υγείαν*» και τελικά την κρισιμότητα της ιατρικής, των φαρμάκων και των δομών υγείας για την κοινωνική οργάνωση. Η σύνοψη της σημασίας της υγείας αποδεικνύεται εκ των πραγμάτων ένα δύσκολο έργο. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαπίστωση αλλά και στην αναζήτηση απάντησης στο τιθέμενο ερώτημα «*τι είναι η υγεία*», διαδραματίζει ο υποκειμενικός παράγοντας. Η οπτική γωνία του καθενός για τη σφαιρική έννοια της υγείας μπορεί να διαφέρει σε μεγάλο βαθμό και κατά αυτό τον τρόπο η κατάληξη σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό αποτέλεσε ανά τους αιώνες αντικείμενο πολλών θεωριών και συζητήσεων. (Λοπατατζίδης, 1999, Blaxter, 2010).

Για κάθε πολιτισμό και ανά την εποχή είναι λογικό ο ορισμός της υγείας να διαφέρει σημαντικά. Κατά μία θεώρηση όμως η έννοια της υγείας όπως αποκρυσταλλώνεται στο πέρασμα του χρόνου περιγράφεται ολιστικά στην περιγραφή της αρμονίας εντός του ατόμου και μεταξύ αυτού και του περιβάλλοντός του (Πράπα και Φακή, 2009). Επιχειρώντας να συνεκτιμήσει όλες τις διαφορετικές οπτικές που είχαν διατυπωθεί μέσα στην ιστορία για την κατάληξη σε έναν ομόφωνα αποδεκτό ορισμό, στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) συνόψισε όλες τις διαφορετικές οπτικές που είχαν διατυπωθεί στην ιστορία σε έναν ομόφωνα αποδεκτό ορισμό της υγείας ως «*την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας*» (Π.Ο.Υ., 1946). Παρά την σφαιρική διάσταση που δόθηκε, ο ορισμός αυτός όχι μόνον δεν έχει κατορθώσει να γίνει καθολικά αποδεκτός αλλά δέχεται μέχρι και σήμερα μία σειρά από κριτικές οι οποίες περιστρέφονται κατά κύριο λόγο γύρω από την έλλειψη οποιασδήποτε αναφοράς στην ισορροπία μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Charlier et al., 2017) και τη γενετική διάσταση του ανθρώπου (Γαβριήλ κ.α., 2007).

Ο αντίλογος που εκφράζεται επικεντρώνεται κυρίως στη συμπερίληψη της λέξης «πλήρης» (complete) και την απολυτότητα που τη χαρακτηρίζει αναφορικά με την ευεξία. Όπως επισημαίνουν οι Huber et al. (2011) αφενός μεν ο ορισμός αυτός καθίσταται μη μετρήσιμος ποσοτικά ενώ παράλληλα καθορίζεται από μία σειρά προϋποθέσεων που πρακτικά αν δεν πληρούνται στο ακέραιο περιγράφουν τα περισσότερα άτομα ως «μη υγιή» αφετέρου δε ο παγκόσμιος πληθυσμός από δημογραφική άποψη αλλά και επί της ίδιας της

φύσης των ασθενειών έχει αλλάξει αρκετά επτά δεκαετίες μετά την ίδρυση του Π.Ο.Υ. στα τέλη της δεκαετίας του 1940. Σε ένα πλαίσιο συνεχούς εξέλιξης της ιατρικής τεχνολογίας αλλά και ανάπτυξης της φαρμακοβιομηχανίας, στο προσκήνιο βρίσκονται πλέον νέες μέθοδοι εξέτασης και νέες παθήσεις (που προηγουμένως δεν αναφέρονταν ως ασθένειες) σε συνάρτηση με βελτιωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καλύτερες συνθήκες υγιεινής και διατροφής. Το προσδόκιμο ζωής είναι αυξημένο όσο ποτέ άλλοτε όπως και ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν και μεγαλώνουν με χρόνιες ασθένειες. Συνεπώς ο ορισμός που δόθηκε στο σύνταγμα του Π.Ο.Υ. για την υγεία χαρακτηρίζει σημαντικό ποσοστό ατόμων ως μη υγιή και κατά μία έννοια θέτει εκτός συζήτησης την ικανότητα του ανθρώπου να ανταπεξέρχεται στις μεταβαλλόμενες σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές προκλήσεις διατηρώντας την αίσθηση ευεξίας και ολοκλήρωσης παρά τις χρόνιες ασθένειες ή τις αναπηρίες του.

Με στόχο να δοθεί έμφαση και σε άλλες διαστάσεις της υγείας, το 1986 στο Πρώτο Παγκόσμιο Συνέδριο για την Προώθηση της Υγείας υπογράφηκε το καταστατικό της Οτάβας. Επιχειρώντας να επαναπροσδιορίσει εκ νέου την έννοια της υγείας αυτή τη φορά ως πόρο της ζωής και όχι ως αυτοσκοπό της το καταστατικό χαρακτηρίζει την υγεία ως *«μία θετική έννοια που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και στις σωματικές ικανότητες»* (Π.Ο.Υ., 2009). Ο ορισμός αυτός εισάγει τέσσερις δεκαετίες μετά την ιδρυτική διακήρυξη του Π.Ο.Υ μία νέα οπτική αρκετά πιο σφαιρική φέρνοντας στο προσκήνιο την ποιότητα ζωής (Γαβριήλ κ.α., 2007). Υπό αυτό το πρίσμα κινούνται και μία σειρά από προσεγγίσεις όπως του Ολλανδικού Συμβουλίου Υγείας όπου έπειτα από σειρά διαβουλεύσεων καταλήγει σε μία πολύ πιο ανοικτή και δυναμική ερμηνεία της υγείας ως *«την ικανότητα της προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης»* (Huber, 2010). Κατά τον Σαρρή (2001) συνοπτικά η υγεία είναι εφικτό να οριστεί ως η κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει τη δυνατότητα να ξεπεράσει της διαταραχές και τις κρίσεις που επηρεάζουν την ισορροπία του διαμορφώνοντας νέες αξίες. Αποτελεί όμως ταυτόχρονα ζήτημα που αφορά όλη την κοινωνία και όχι μεμονωμένα το άτομο και για να διασαφηνιστεί ο όρος θα πρέπει να εξεταστεί η σχέση μεταξύ μίας πλειάδας παραγόντων (βιολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών) που πιθανώς αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους συνεχώς και ανά πάσα στιγμή. Έτσι, όπως υπογραμμίζει η Κουλμπίντα (2020), ο ορισμός της υγείας δεν δηλώνει απλώς το αντίθετο της ασθένειας αλλά περιλαμβάνει μία σειρά από θετικές έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητα ζωής, αποτελώντας ουσιαστικά ένα *«βαθμό πληρότητας με τον τρόπο που κάθε άτομο ξεχωριστά την κατανοεί»* ανάλογα με τις δικές του ιδέες, αρχές, δυνατότητες, πεποιθήσεις αλλά και βάσει των επικρατέστερων κοινωνικών αξιών της εποχής.

2.2. Η έννοια της ποιότητας ζωής

Ο όρος ποιότητα ζωής εισάγεται σαν ιατρική ορολογία στις αρχές του 1960 ακριβώς τη στιγμή που οι σύγχρονες κοινωνίες πραγματοποιούν το μεγάλο άλμα όσον αφορά την υγεία και τα δημογραφικά τους

χαρακτηριστικά. Ως τότε, με δεδομένη την εστίαση της ιατρικής στην πρόωρη θνησιμότητα, το ζήτημα που βρισκόταν πάντοτε στο επίκεντρο ήταν η ποσότητα ζωής. Καθώς οι συνθήκες αλλάζουν, η ποιότητα ζωής ως έννοια αρχίζει να απασχολεί εντόνως τον ιατρικό κλάδο και οι αναφορές σε αυτή ολοένα και πληθαίνουν (Pennacchini et al., 2011).

Παρότι ο όρος εμφανίζεται για πρώτη φορά δύο δεκαετίες πριν το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και σε καθαρά οικονομικοπολιτικό πλαίσιο στο βιβλίο του Pigou (1920) «*The Economics of Welfare*» δεν είναι παρά σχεδόν μισό αιώνα μετά και το άρθρο του Elkinton (1966) «*Medicine and Quality of Life*» όπου γίνεται μνεία υπό το πρίσμα της ιατρικής επιστήμης στην ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και γενικότερα κάθε μεμονωμένου μέλους μίας κοινωνίας και υπογραμμίζεται η ανάγκη της ίδιας της κοινωνίας να αποφασίζει πώς θα χρησιμοποιήσει τους πόρους της για να την εξασφαλίσει στο μέγιστο βαθμό. Συζητώντας θεωρήσεις που πηγάζουν από την αρχαιοελληνική ιατρική ως τον ουμανισμό, την αναγεννησιακή φιλοσοφία και τον Francis Bacon, ο Elkinton εκφράζει την επιθυμία των ιατρών να προσφέρουν σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως ηλικίας μία ζωή με ποιότητα όμοια με εκείνη που είναι συνυφασμένη με τη ζωντανία της νιότης. Καταλήγει ωστόσο στην πολύ σημαντική διαπίστωση πως η σύλληψη της ποιότητας ζωής (όπως και της υγείας εξάλλου) είναι υποκειμενική για τον κάθε ασθενή ενώ η θεραπευτική διαδρομή προς αυτή είναι σίγουρα πολύ δύσκολο να χαραχτεί.

Από εκεί και έπειτα οι αναφορές στη διεθνή (κυρίως Ευρωπαϊκή και Βορειοαμερικανική) βιβλιογραφία πολλαπλασιάζονται. Τη δεκαετία του 1970 πραγματοποιούνται κυρίως από κοινωνικούς επιστήμονες εκτενείς μελέτες για την επίδραση του κράτους πρόνοιας στην ποιότητα ζωής ενώ εισάγονται δείκτες για τη μέτρησή της στο γενικό πληθυσμό με την παράλληλη εξέταση τομέων που έχουν άμεση σύνδεση με αυτή όπως είναι η υγεία, η εκπαίδευση, η οικογένεια, η εργασία, η προσωπική ζωή, το περιβάλλον και οι οικονομικές συνθήκες. Οι αναφορές αλλά και οι μέθοδοι μέτρησης αυξάνονται συνεχώς κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990 (Wood-Dauphinee, 1999) και στα τέλη της χιλιετίας ο Π.Ο.Υ. (1998) έχοντας αναγνωρίσει την παγκόσμια ανάγκη για ενίσχυση τόσο του ανθρωπιστικού στοιχείου της υγειονομικής περίθαλψης όσο και της επικέντρωσης της προσοχής στην ευεξία των ασθενών αναπτύσσει τα αξιολογητικά εργαλεία WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF ορίζοντας την ποιότητα ζωής ως «*την αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων εντός των οποίων ζουν σε σχέση με τους στόχους, τις εμπειρίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους*».

Ωστόσο από νωρίς έχει ανακύψει ένας προβληματισμός γύρω από την ευρύτητα του όρου «ποιότητα ζωής» και τη χρήση του σε κλινικές μελέτες καθώς στην πράξη ως έννοια αντικατοπτρίζεται σε κάθε έκφανση της ανθρώπινης ύπαρξης (Wood-Dauphinee, 1999). Όπως διαπιστώνει ο Ware (1987), η ποιότητα ζωής ασφαλώς και περιλαμβάνει μία σειρά από παράγοντες οι οποίοι δε βρίσκονται στο φάσμα του συστήματος υγείας. Για παράδειγμα η εργασία, η στέγαση, η γειτονιά, το σχολείο και το ευρύτερο επίπεδο διαβίωσης

δεν αποτελούν χαρακτηριστικά της υγείας του ατόμου αλλά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής του. Έτσι, οι οπτικές για εκείνη ποικίλουν όπως ποικίλουν και οι προσεγγίσεις ανάλογα με τον επιστημονικό κλάδο από τον οποίο εξετάζεται. Υπό το πρίσμα της Επιδημιολογίας (ή Βιοϊατρικής) επί παραδείγματι, η εξέταση της ποιότητας ζωής γίνεται με βάση τις ασθένειες, τα συμπτώματά τους και τις πιθανές θεραπευτικές μεθόδους. Αντίστοιχα η λειτουργική (ή δυσλειτουργική) προσέγγιση, ενεργώντας ως συνέχεια της επιδημιολογικής, εμβαθύνει στη μελέτη της επίδρασης των βιοϊατρικών συνθηκών αλλά και κάθε δυσλειτουργικής κατάστασης της υγείας με γνώμονα τις ικανότητες και τις αισθήσεις των ατόμων στην καθημερινότητά τους. Η πολιτιστική προσέγγιση σχετίζεται με την αίσθηση του ανήκειν, τις διακρίσεις και τους αποκλεισμούς των ατόμων από το σύνολο της κοινωνίας ενώ από οικονομικής σκοπιότητας δίνεται κυρίως έμφαση στην έννοια και τη μέτρηση της «καλής ζωής» λαμβάνοντας υπόψη την ωφελμιστική θεωρία (Αργέντου, 2009).

Εντούτοις, κατά τον Wingo (1973), η οικονομική ανάλυση είναι σίγουρα απαραίτητη σε κάθε επιμέρους μελέτη που αφορά την ποιότητα ζωής. Υπό αυτό το πρίσμα η έννοια της βασίζεται σε δύο θεμελιώδη στοιχεία, τον εσωτερικό ψυχοφυσιολογικό μηχανισμό που δημιουργεί την αίσθηση ικανοποίησης, και τα εξωτερικά φαινόμενα που τον κινητοποιούν. Ακολουθώντας αυτή τη θεώρηση, ο Power (1980) συμπεραίνει πως ως ποιότητα ζωής νοείται η ποιότητα του φυσικού και ανθρωπογενούς περιβάλλοντος εντός του οποίου το άτομο αναζητά την ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών του.

Η αναγνώριση της πολυδιάστατης σημασίας του όρου της ποιότητας ζωής είχε ως αποτέλεσμα τη σταδιακή επικράτηση της σαφώς πιο εξειδικευμένης έννοιας της «*σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής*» στις επιστήμες υγείας οδηγώντας στην ανάπτυξη βελτιστοποιημένων εργαλείων και μεθόδων επικεντρωμένων στη μέτρηση και την αξιολόγησή της. Ωστόσο η κατάληξη σε έναν και μοναδικό ορισμό αποδείχθηκε και σε αυτή την περίπτωση ένα δύσκολο έργο (Wood-Dauphinee, 1999).

Οι Patrick και Erickson (1993) θέλοντας να τονίσουν την πολυδιάστατη φύση της ποιότητας σε συνάρτηση με την ποσότητα ζωής περιέγραψαν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ως την «*αξία που αποδίδεται κατά τη διάρκεια της ζωής όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις λειτουργικές καταστάσεις, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από την παρουσία ασθένειας, τραυματισμού, θεραπείας ή την πολιτική*». Νωρίτερα οι Kaplan και Bush (1982) είχαν επίσης υπογραμμίσει την ανάγκη για έμφαση στον αντίκτυπο των ασθενειών και των αναπηριών όσον αφορά την απώλεια «*ποιότητας*» στη ζωή των ανθρώπων. Ένας έτερος ορισμός που δόθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 περιέγραψε τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ως «*την προσωπική κατάσταση της υγείας, αναφορικά με τις πτυχές της ζωής μας που επηρεάζονται σημαντικά από την ψυχική ή σωματική μας ευεξία*» (Ware et. al, 1993), ενώ ο Greer (1984) αναφέρεται στη σωματική και ψυχική ευεξία των ασθενών μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η Bullinger (2003) απ'την άλλη κατανοεί την έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας

ζωής ως την πρακτική εφαρμογή του ορισμού της υγείας κατά τον Π.Ο.Υ. μέσα από ένα πλαίσιο ενσωμάτωσης των δεδομένων που σχετίζονται με τη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής σε συνάρτηση με την αίσθηση ευεξίας όπως εκτιμάται μεμονωμένα από κάθε άτομο.

Όπως αναγνωρίζουν ωστόσο οι Karimi και Brazier (2016), δεν αποτέλεσε σπάνιο φαινόμενο οι εκάστοτε ορισμοί και θεωρήσεις που αφορούν την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στην ευρύτερη βιβλιογραφία να αλληλεπικαλύπτονται. Ακόμα και αν οι έννοιες της ποιότητας ζωής και της υγείας είναι εν τέλει αρκετά διακριτές μεταξύ τους η εμφάνιση του τρίτου όρου προξένησε αρκετή σύγχυση λόγω του υποκειμενικού παράγοντα που διέπει τα περισσότερα όργανα μέτρησής του. Αυτό βεβαίως οφείλεται σε μεγάλο βαθμό ακριβώς στην ίδια τη φύση των οργάνων αυτών ως εργαλείων που λαμβάνουν υπόψιν την κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου όπως το ίδιο την αντιλαμβάνεται με βάση της λειτουργικότητα και την ευεξία του.

2.3. Η έννοια της ευεξίας και η σχέση της με την υγεία

Παραδοσιακά η έννοια της ευεξίας (well-being) απασχολούσε το φιλοσοφικό τομέα της ηθικής θεωρίας με την μεγαλύτερη έμφαση να δίνεται κυρίως στην έννοια της ευτυχίας, της ικανοποίησης και τελικά της αναζήτησης της καλής ζωής και κατά συνέπεια της ίδιας της ολοκλήρωσης της ύπαρξης (Haybron, 2008). Με την πάροδο των ετών η συζήτηση γύρω από την ευεξία και κατά συνέπεια την ευημερία του ανθρώπου εντός των ευρύτερων πλέον κοινωνικών δομών εξετάστηκε ενδελεχώς και από μία σειρά άλλων ακαδημαϊκών κλάδων που συνέβαλαν στη μελέτη της τόσο σε κοινωνικό όσο και ατομικό επίπεδο. Κατά αυτό τον τρόπο, η συζήτηση γύρω από την έννοια και τη σημασία της ευεξίας επεκτάθηκε αποτελώντας αντικείμενο έρευνας για οικονομολόγους, γενετιστές, ψυχολόγους, νευροεπιστήμονες αλλά και κοινωνιολόγους προτού περάσει και στη δημόσια και πολιτική σφαίρα (Carlisle και Hanlon, 2008).

Ο σύγχρονος πολιτικός διάλογος και η αντιπαράθεση που ήρθε ως επακόλουθο της ολοένα και αυξανόμενης βιβλιογραφίας που αναπτύχθηκε ανά τα έτη επί της ανάλυσης της έννοιας της ευεξίας περιστράφηκε πολύ συχνά γύρω από τη σχέση της με την έννοια της υγείας. Αυτή η αναζήτηση της σχέσης μεταξύ των δύο όρων έχει σαφώς τις ρίζες της και πάλι πίσω στην ιδρυτική διακήρυξη του Π.Ο.Υ. Από τη στιγμή που ο Π.Ο.Υ. έθεσε τον ορισμό της υγείας ως *«την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας»*, αυτομάτως εκκίνησε και η συζήτηση για το πόσο υποκειμενική ή αντικειμενική είναι πραγματικά η φύση της κατάστασης ευεξίας του ανθρώπου οδηγώντας σε σειρά ύστερων διεπιστημονικών αναλύσεων. Αυτό ήταν λογικό να συμβεί και να ενταθεί τις επόμενες δεκαετίες αφού η ευεξία τέθηκε ως κλειδί για την υγεία του ανθρώπου, έχοντας έτσι εξέχουσα σημασία ως εργαλείο μέτρησης αποτελεσμάτων και βεβαίως ως στρατηγική προτεραιότητα για τη χάραξη πολιτικών σχετιζόμενων με την υγεία (La Placa και Knight, 2014).

Η ταύτιση της ευεξίας με τη συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση την κατέστησε αντικείμενο μελέτης κυρίως της επιστήμης της ψυχολογίας και πιο πρόσφατα του κλάδου της θετικής ψυχολογίας, ενός επιστημονικού πεδίου που χαρακτηρίζεται και ως «η επιστήμη της ευτυχίας» και σαφώς διέπεται από τον υποκειμενικό παράγοντα ως προς τις διερευνήσεις και αναλύσεις του. Όμως ακόμα και υπό αυτή την οπτική της ευεξίας ως ένα πλήρως υποκειμενικό και ψυχολογικό φαινόμενο, πάντοτε στη βιβλιογραφία συναντώνται κάποιοι πλήρως αντικειμενικοί παράγοντες που λειτουργούν πρακτικά ως σταθερές επιρροής. Έτσι είναι σύνθετες η οικογένεια, η κοινότητα, η κοινωνία εν τέλει αλλά και όλο το ανθρωπογενές οικοδόμημα καθώς και η πρόσβαση σε πόρους να αποτελούν καίριας σημασίας δείκτες για τη μέτρησή της (McNaught, 2011).

Κατά αυτόν τον τρόπο η ευεξία αποδεικνύεται μία αρκετά σύνθετη έννοια η οποία όπως συνοψίζουν οι Felce και Perry (1995) «*περιλαμβάνει αντικειμενικές παραμέτρους και υποκειμενικές εκτιμήσεις του συνόλου της σωματικής, υλικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ευεξίας σε συνδυασμό με την προσωπική ανάπτυξη και δραστηριότητα πάντα υπό το πρίσμα του προσωπικού συστήματος αξιών*», με συνέπεια στη σύγχρονη κοινωνία να νοείται ως ζήτημα που δεν αφορά μόνο την καθαρά ατομική ψυχολογία. Αντίθετα η προώθηση αλλά και η ενίσχυσή της λογίζεται ως μία συλλογική προσπάθεια που καθορίζεται από πολλαπλά επίπεδα και αφορά το ευρύτερο σύνολο του πληθυσμού όντας συνισταμένη πολλαπλών παραγόντων και πλήρως ενσωματωμένη στις ευρύτερες πολιτικές που συσχετίζονται με τη δημόσια υγεία (La Placa και Knight, 2014).

2.4. Δημόσια υγεία

Αποτελώντας σαφώς μία πρόσφατη έννοια άρρηκτα συνδεδεμένη με την εξέλιξη της ανθρώπινης κοινωνίας κατά τους τελευταίους αιώνες, η δημόσια υγεία πρακτικά σήμερα θεωρείται από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ως ένα δεδομένο αν όχι προαπαιτούμενο της διαβίωσης εντός του πλαισίου του πολιτιστικού περιβάλλοντος. Ωστόσο οι ζωές των ανθρώπων δεν είχαν πάντοτε ως ενιαίο σύνολο την ίδια ποιότητα δημόσιας υγείας όσο σήμερα. Η κατάσταση στα μέσα του 19^{ου} αιώνα ήταν πολύ διαφορετική όσον αφορά τη θνησιμότητα και ιδίως των παιδιών, τις επιδημίες, την παιδική εργασία, τα ατυχήματα και τα εξουθενωτικά ωράρια στην εργασία. Σε μία γενική σύγκριση λοιπόν με το σύγχρονο κόσμο οι συνθήκες διαβίωσης είναι πλέον σε μεγάλο βαθμό βελτιωμένες. Το νερό, ο αέρας και το φαγητό είναι καθαρότερο, τα συστήματα αποχέτευσης είναι ασφαλέστερα, η διατροφή βρίσκεται σε καλύτερο επίπεδο, οι ασθένειες είναι δυνατόν να προλαμβάνονται έγκαιρα και ασφαλώς υπάρχει πλέον η ευρύτερη γνώση για το τι είναι υγιές και τι ανθυγιεινό. Αυτοί οι παράγοντες σε συνδυασμό με τις καλύτερες παροχές υγείας, τις υποδομές, τους θεσμούς και τη νομοθεσία εντός των ανθρώπινων κοινοτήτων, έχουν αποτελέσει τους κυριότερους λόγους για τους οποίους τον 21^ο αιώνα η δημόσια υγεία ανθίζει όσο ποτέ άλλοτε (Schneider, 2021).

Ωστόσο, τι νοείται ως δημόσια υγεία; Αυτή την διόλου ευκολονόητη έννοια καθόρισε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο βακτηριολόγος και θεωρητικός της δημόσιας υγείας Charles Edward Amory Winslow (1923) ως *«την επιστήμη και την τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας των ανθρώπων μέσω οργανωμένων προσπαθειών και ενημερωμένων επιλογών της κοινότητας για την υγιεινή του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμώξεων, την εκπαίδευση του ατόμου στις αρχές της προσωπικής υγιεινής, την οργάνωση της ιατρικής και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και την προληπτική θεραπεία των ασθενειών και την ανάπτυξη του κοινωνικού μηχανισμού που θα εξασφαλίσει σε κάθε άτομο ένα βιοτικό επίπεδο επαρκές για τη διατήρηση της υγείας»*.

Παρότι αυτός ο ορισμός είναι ευρέως αποδεκτός από την επιστημονική κοινότητα, υπήρξαν ανά τα χρόνια και άλλοι ορισμοί όπως εκείνος που προτάθηκε από τον Acheson (1988) υπογραμμίζοντας απλούστερα πως η δημόσια υγεία είναι *«η τέχνη και η επιστήμη της πρόληψης των ασθενειών, της προώθησης της υγείας, της επιμήκυνσης της ζωής μέσα από οργανωμένες προσπάθειες της κοινότητας»*. Αυτός ο ορισμός παρουσιάστηκε ως μέρος της έκθεσης Acheson για τη Δημόσια Υγεία και επικράτησε κατά κόρον ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι Bonita και Beaglehole (2004) έθεσαν αργότερα έναν νέο ορισμό εγγύτερο στις σύγχρονες συνθήκες και ανάγκες δίνοντας έμφαση στα χαρακτηριστικά των πρακτικών της δημόσιας υγείας. *«Ως Δημόσια Υγεία νοείται η συλλογική δράση για διαρκή και βιώσιμη βελτίωση της υγείας για το σύνολο του πληθυσμού»* και υπό αυτό το πρίσμα τονίζουν ιδιαίτερος τόσο τη σημασία των συλλογικών προσπαθειών όσο και την ανάγκη για ευρείες στρατηγικές οποίες θα έχουν τη βάση τους σε γερά υποστηρικτικά και βιώσιμα συστήματα με μακροχρόνια και σταθερή αποτελεσματικότητα. Για να είναι πραγματικά βιώσιμες οι προσπάθειες αυτές θα πρέπει να επικεντρωθούν σε ένα μεγάλο αγκάθι το οποίο αφορά το *«σύνολο του πληθυσμού»* και την αποτελεσματική μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων εφόσον οι χαρασσόμενες στρατηγικές και πολιτικές έχουν πράγματι ως επίκεντρο το *«δημόσιο»* χαρακτήρα. Αυτό είναι εν ολίγοις το βασικό χαρακτηριστικό της δημόσιας υγείας η οποία επενεργεί στους ευρύτερους παράγοντες της υγείας οι οποίοι δεν ελέγχονται από τα ίδια τα άτομα και ταυτόχρονα δεν υπόκεινται στις επιρροές που ασκούν οι αγορές.

Κεφάλαιο 3. Βιώσιμη ανάπτυξη και δημόσια υγεία: Από τις αρχές της αειφορίας στον τρίτο στόχο βιώσιμης ανάπτυξης του Ο.Η.Ε.

3.1 Η δημόσια υγεία και πάλι εν κινήσει

Έναν και πλέον αιώνα από τη στιγμή που ο Winslow διατύπωσε τον ορισμό της είναι βέβαιο πως η «επιστήμη» και η «τέχνη» της δημόσιας υγείας έχουν κατορθώσει όχι απλά να εδραιωθούν και να αναπτυχθούν οργανωσιακά αλλά να αποτελούν πυλώνα της σύγχρονης κοινωνίας σώζοντας και βελτιώνοντας ζωές σε καθημερινή βάση. Ακολουθώντας μία πορεία που αρχικά ταυτιζόταν με την προσπάθεια ίασης των ασθενειών ως απάντηση σε όλα τα προβλήματα υγείας η δημόσια υγεία μπήκε σε νέα τροχιά ή ακόμα και σε «κίνηση» για ακόμα μία φορά από τα τέλη του 20ου αιώνα, όταν άρχισε να υιοθετείται μία προσέγγιση λήψης προληπτικών μέτρων σχετιζόμενων πλέον με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου και τις εξατομικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις με μία στροφή προς τα πιο ευάλωτα στρώματα του πληθυσμού. Υπό το σύγχρονο αυτό πρίσμα οι νέες πολιτικές δημόσιας υγείας εστίασαν πλέον στον τρόπο ζωής των ατόμων ως γενεσιουργό αίτιο των προβλημάτων υγείας ανάγοντας σε ζωτικής σημασίας το ρόλο της για τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία των ατόμων σε παγκόσμια κλίμακα, τόσο δηλαδή στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Pereira και Marques, 2022).

Οι συστηματικές ωστόσο προσπάθειες του Π.Ο.Υ. και του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την ενίσχυση της υγείας και της ευεξίας του παγκόσμιου πληθυσμού βρέθηκαν σε ένα τέλμα ερχόμενες αντιμέτωπες με μία πρωτόγνωρη υγειονομική κρίση κατά την εμφάνιση της πανδημίας της ασθένειας COVID-19. Αυτή η άνευ προηγουμένου για τα σημερινά δεδομένα απειλή επανέφερε και πάλι τη συζήτηση για την καθολική βελτίωση της δημόσιας υγείας υπενθυμίζοντας πως πρέπει να ληφθούν ακόμα περισσότερα μέτρα και να λάβουν χώρα ακόμα ισχυρότερες προσπάθειες για την άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των πληθυσμών (Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, 2020).

Με κεντρικό άξονα την πραγμάτωση του στόχου της «καθολικής υγειονομικής κάλυψης» ως της πολυτιμότερης και ισχυρότερης έννοιας που προσφέρει η δημόσια υγεία ο Π.Ο.Υ. αλλά και ο Ο.Η.Ε. ιδιαίτερα μετά τα μισά της πρώτης δεκαετίας της νέας χιλιετίας έθεσαν και προώθησαν στη δημόσια σφαίρα πολιτικές και πρακτικές υγιεινής και ασφαλείας οι οποίες ενίσχυναν την πρόσβαση στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης (σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής) σε προσιτό κόστος. Η προαγωγή αυτής της θεώρησης θα συνεχιζόταν ακολούθως το 2015 με τη συμπερίληψή της στους 17 στόχους του Ο.Η.Ε. για τη βιώσιμη ανάπτυξη (Schmidt et al., 2015).

3.2. Η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης

Η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης εμφανίζεται το 1970, όταν και η επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει τα όρια που υπάρχουν στην ανάπτυξη της ανθρωπότητας και δημοσιεύονται οι πρώτες μελέτες που εισάγουν τον όρο της βιωσιμότητας (Meadows, D. H. & Club of Rome, 1972). Προηγουμένως η βιώσιμη ανάπτυξη αποτελούσε έναν όρο συνδεδεμένο κυρίως με τη δασοκομία (Kuhlman & Farrington, 2010) και τη βιολογία και πιο συγκεκριμένα την αλιεία και το ρυθμό των ανθρώπινων δραστηριοτήτων σε συνάρτηση με την εκμετάλλευση της φύσης και το σεβασμό ως προς τις βιολογικές δυνατότητες των ποικίλων μορφών ζωής (Μπαρμπόπουλος, 2002).

Μέχρι εκείνη τη στιγμή, η ανθρώπινη ανάπτυξη ήταν ως επί το πλείστον άρρηκτα συνδεδεμένη με την οικονομία και τη συνεχή άνοδο της παραγωγής με το περιβάλλον να αποτελεί έναν ακόμη πόρο προς χρήση και εκμετάλλευση. (Horwood, Mellor, O'Brien, 2005).

Με τη διαπίστωση ωστόσο πως το περιβάλλον δεν είναι μόνον πηγή πόρων και αποδέκτης αποβλήτων αλλά παράλληλα συνιστά το κυριότερο σύστημα υποστήριξης της ζωής, αναγνωρίζεται πως η μακροχρόνια διατήρησή του είναι απαραίτητη καθώς δίχως αυτή δεν μπορεί να υπάρξει συνέχεια της οικονομικής μεγέθυνσης (Μπαμπάτσου, 2009). Αναγνωρίζεται συνεπώς σε διεθνή κλίμακα, πως η κοινωνία, οι ανθρώπινες δραστηριότητες και η ζωή σαν σύνολο, εμφωλεύονται στο περιβάλλον. Η ίδια η ύπαρξη στο θεμέλιό της, βασίζεται σε αυτό (Horwood, Mellor και O'Brien, 2005).

Ακολούθως, το 1983, συνεκλήθη από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών η επιτροπή Brundtland (Παγκόσμια Επιτροπή Περιβάλλοντος και Ανάπτυξης) η οποία κατανόησε πως τα παλαιότερα πρότυπα ανάπτυξης δεν εξάλειψαν τις οικονομικές ανισότητες εντός των κρατών ούτε μεταξύ αυτών ενώ ταυτόχρονα οδήγησαν στην υποβάθμιση του περιβάλλοντος (Horwood, Mellor και O'Brien, 2005). Στη μελέτη της Επιτροπής Brundtland «*Το κοινό μας μέλλον*» (Our Common Future) που εκδόθηκε το 1987 προτείνεται και ορίζεται ένας νέος στόχος, αυτός της βιώσιμης ανάπτυξης η οποία ορίζεται ως εκείνη η ανάπτυξη που «*θα ικανοποιεί τις ανάγκες του παρόντος χωρίς να παρεμποδίζει την δυνατότητα των μελλοντικών γενεών να ικανοποιήσουν τις δικές τους*» (Λαμπρίδη και Μελλιού, 2015, Horwood, Mellor, O'Brien, 2005).

Ουσιαστικά, η βιώσιμη ανάπτυξη εδραιώνεται ως μία διαρκής διαδικασία, που καλείται να αντιμετωπίσει τα οικονομικά προβλήματα ταυτόχρονα με τις κοινωνικές ανισότητες σε συνδυασμό με τη διατήρηση των φυσικών πόρων και την αναχαίτιση της περιβαλλοντικής καταστροφής (Μπαμπάτσου, 2009). Βασίζεται ως εκ τούτου σε τρεις πυλώνες, αυτούς της κοινωνικής βιωσιμότητας, της οικονομικής βιωσιμότητας και της περιβαλλοντικής βιωσιμότητας. Οι τρεις αυτές διαστάσεις αποτελούν τη ραχοκοκαλιά ενός βιώσιμου κόσμου και είναι πλήρως εξαρτώμενες η μία από την άλλη (Λαμπρινάκη και Λαμπρίδη, 2015, Μπαρμπόπουλος, 2002).

3.3 Η βιώσιμη ανάπτυξη στο επίκεντρο για το σχεδιασμό του μέλλοντος

Βαθμιαία οι δεσμεύσεις για την διατήρηση του περιβάλλοντος και ως εκ τούτου ο σχεδιασμός για τη μετάβαση στην βιώσιμη ανάπτυξη έγιναν παγκόσμια τάση, με την Ατζέντα 21, που υπογράφηκε στο Ρίο ντε Τζανέιρο το 1992, να εδραιώνει τη δέσμευση 165 ηγετών χωρών ως προς την υιοθέτηση στοχευμένων μέτρων για τη στροφή προς αυτή την κατεύθυνση. Το ίδιο έτος, η Συνθήκη του Μάαστριχτ, με γνώμονα την παγκόσμια αναγνώριση των περιβαλλοντικών ζητημάτων έθεσε σε πρώτο πλάνο την αειφορία ως πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφέροντας πως «η προστασία του περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για την οικονομική ανάπτυξη της Ε.Ε.» (Καλόγνωμου, 2006).

20 χρόνια μετά τη διάσκεψη του Ρίο Ντε Τζανέιρο το 2012 και πάλι στην ίδια πόλη έλαβε χώρα η Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη (UN Conference on Sustainable Development ή UNCSDD) η οποία έγινε ευρύτερα γνωστή ως «Ρίο+20». Με στόχο τη διασφάλιση της πολιτικής δέσμευσης για τη βιώσιμη ανάπτυξη, την αξιολόγηση της μέχρι εκείνης της στιγμής προόδου και την ανασκόπηση των αστοχιών βάσει των αποτελεσμάτων των διασκέψεων που παρεμβλήθηκαν. Αντιμετωπίζοντας παράλληλα τις αναδυόμενες προκλήσεις του μέλλοντος η UNCSDD θα περιστρεφόταν γύρω από δύο άξονες. Ο πρώτος ήταν η διερεύνηση του ρόλου της πράσινης οικονομίας στο πλαίσιο της βιώσιμης ανάπτυξης και της εξάλειψης της φτώχειας και ο δεύτερος η ανάπτυξη του θεσμικού πλαισίου για τη βιώσιμη ανάπτυξη (Linnér και Selin, 2013).

Κατά την προετοιμασία για την UNCSDD για πρώτη φορά εισέρχεται στη δημόσια συζήτηση και η ιδέα των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (Sustainable Development Goals ή SDG). Το 2012 ο Γενικός Γραμματέας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών Μπαν Κι-Μουν παρουσίασε ως πρόταση την υιοθέτηση μίας σειράς από στόχους ως το φυσικό επόμενο βήμα μετά το πέρας της διάσκεψης του «Ρίο+20». Ορμώμενη από την προηγούμενη παρόμοια στοχοθεσία των οχτώ Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας (Millennium Development Goals ή MDG) (Εικόνα 1) η οποία χαρακτηρίστηκε ως επιτυχής και αφορούσε τις αναπτυσσόμενες χώρες, η πρόταση αυτή θεωρήθηκε ως ικανή να στρέψει το σύνολο του κόσμου προς μία βιώσιμη τροχιά μέσα από την εφαρμογή μίας σειράς μετρήσιμων στόχων και υποστόχων. Η στιγμή κρίθηκε ως η πιο κατάλληλη για να παρουσιαστεί ένα σχέδιο τέτοιου μεγέθους. Από τη μία η ανθρωπότητα ήταν φανερό πως βρισκόταν πλέον σε μία κρίσιμη στιγμή εξαιτίας των συνεχώς επεκτεινόμενων δραστηριοτήτων της και του αντίκτυπού τους στη γη και τα οικοσυστήματα ενώ από την άλλη γινόταν όλο και πιο κατανοητό πως παρά τις διαφορές μεταξύ κρατών ο ενστερνιασμός των αρχών της βιωσιμότητας (και ως εκ τούτου του τριπτύχου περιβάλλοντος, κοινωνίας,



Εικόνα 1. Οι 8 Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας (MDG) του Ο.Η.Ε. (O.H.E., 2015).

οικονομίας) είναι ικανός να οδηγήσει στην πραγμάτωση της ευημερίας για το σύνολό της (Sachs, 2012, Hellenic Aid, 2016).

Με εφαλτήριο τις προσπάθειες που καρποφόρησαν στο πλαίσιο εφαρμογής των MDG στα πρώτα έτη της νέας χιλιετίας και των δράσεων που έλαβαν χώρα στο ίδιο διάστημα ο Γενικός Γραμματέας του Ο.Η.Ε. το 2013 χάραξε το δρόμο για τη στρατηγική που θα ακολουθούνταν από το 2015 και έπειτα χαρακτηρίζοντας το νέο πλαίσιο ως «*τολμηρό και φιλόδοξο αλλά απλό στο σχεδιασμό*» δίνοντας έπειτα έμφαση στη σημασία της συνεργασίας καθώς και στο χαρακτήρα του. Όπως στοιχειοθέτησε «*θα πρέπει να βασίζεται στα δικαιώματα με ιδιαίτερη έμφαση σε αυτά των γυναικών, των νέων και των κοινωνικά απομονωμένων ομάδων. Θα πρέπει επίσης να έχει ως στόχο την προστασία των περιβαλλοντικών πόρων και να εστιάσει στη βιώσιμη παραγωγή και κατανάλωση υποστηρίζοντας τις δράσεις για την αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής*» (Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, 2013).

3.4. Οι 17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης του Ο.Η.Ε. για το 2030

Το Σεπτέμβριο του 2015 στη Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη (United Nations Summit on Sustainable Development) τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε. συμφώνησαν στην υιοθέτηση της καινούριας ατζέντας η οποία αφορούσε τη Βιώσιμη Ανάπτυξη με χρονικό ορίζοντα το 2030, ανακοινώνοντας το σχέδιο δράσης τους το οποίο έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο, τον πλανήτη και την ευημερία με πυρήνα του την οικουμενική ειρήνη, την εξάλειψη των συνθηκών φτώχειας και την ελευθερία (Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, 2015).



Εικόνα 2. Οι 17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDG) του Ο.Η.Ε. (Ο.Η.Ε., 2023α) (Ιδία επεξεργασία)

Η Ατζέντα 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη όπως καθιερώθηκε να αποκαλείται υιοθετήθηκε ομόφωνα από 193 χώρες αποτελώντας μία παγκόσμια εμβέλεια συμφωνία σε 17 στόχους και 169 επιμέρους στόχους με χρονικό ορίζοντα υλοποίησης το

έτος 2030. Πρόκειται για ένα πολύπλευρο αναπτυξιακό πλαίσιο με σαφείς προτεραιότητες και ισχυρές διασυνδέσεις μεταξύ των στόχων και υποστόχων το οποίο στέκεται ικανό να καθοδηγήσει κρατικούς και

μη-κρατικούς παράγοντες από τοπική σε παγκόσμια κλίμακα σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης και πέραν αυτής. Οι στόχοι (Εικόνα 2) όπως και οι επιμέρους στόχοι αποτελούν ένα πολύπλοκο και αλληλένδετο σύστημα δίχως όμως να γίνεται εντός της ατζέντας ρητή αναφορά στην αλληλοσύνδεση που αναπτύσσεται μεταξύ τους και τις συνέργειες ή τους συμβιβασμούς που απαιτούνται να συμβούν (Katila et al., 2019) αποτελώντας κρίσιμο παράγοντα για την τελική επίτευξή τους. Με την Ατζέντα 2030 επιχειρείται ουσιαστικά για πρώτη φορά η δημιουργία ενός οικουμενικού πλαισίου που δε δίνει έμφαση στην οικονομική ανάπτυξη και μόνο αλλά εμβαθύνει ταυτόχρονα τόσο στην οικονομία όσο και το περιβάλλον και την κοινωνία (Kroll, Warchold και Pradhan, 2019).

3.4.1. Στόχος 1: Μηδενική φτώχεια

Ο πρώτος στόχος της ατζέντας επικεντρώνεται στην καθολική εξάλειψη της φτώχειας και όλων των μορφών με τις οποίες εκφράζεται. Γενικότερα ως φτώχεια νοείται η κατάσταση όπου οι ανάγκες ενός ατόμου δεν ικανοποιούνται σε ικανό βαθμό με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την εξαιρετικά χαμηλή κατάσταση ευημερίας. Παρότι η φτώχεια είναι εξαιρετικά δύσκολο να οριστεί και να μετρηθεί σε μία κοινά αποδεκτή κλίμακα (Hagenaars, 2014), τον 21^ο αιώνα ένα μεγάλο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού ζει με λιγότερο από ένα αμερικανικό δολάριο (2,15 δολάρια σε τιμές 2017), ποσό που ορίζεται συχνά ως η τιμή κατώφλι για τις συνθήκες ακραίας φτώχειας (Ο.Η.Ε., 2023β) και καθιστά ακατόρθωτη όχι απλά την ευημερία αλλά την ίδια την επιβίωση. Η μελέτη του Διεθνούς Ερευνητικού Ινστιτούτου Διαχείρισης Τροφίμων (International Food Policy Research Institute ή IFPRI) από τους Ahmed et al. (2007) κατέδειξε για τον προσδιορισμό των φτωχότερων στρωμάτων της ανθρωπότητας και τον καθορισμό του μεγέθους των συνθηκών φτώχειας την κατανομή αυτής σε τρεις κατηγορίες. Την υποκειμενική (για όσους ζουν με 0,75 έως 1 δολάριο την ημέρα), τη μέση (για όσους ζουν με 0,5 έως 0,75 δολάρια την ημέρα) και την απόλυτη (για όσους ζουν με λιγότερο από 0,5 δολάρια την ημέρα) με το μεγαλύτερο μέρος των ανθρώπων που ζούνε κάτω από το όριο της απόλυτης φτώχειας να ζουν σε μία και μόνο περιοχή, την υποσαχάρια Αφρική.

3.4.2. Στόχος 2: Μηδενική πείνα

Η διασφάλιση τροφής και η ολική εξάλειψη ή μείωση της πείνας σε όλες τις μορφές αποτελούν την επιδίωξη του δεύτερου στόχου. Ο πολυδιάστατος αυτός στόχος διακλαδώνεται σε τρία εξίσου σημαντικά μέρη. Πρωτίστως επικεντρώνεται στην προσπάθεια εξάλειψης της πείνας και της βελτίωσης της διατροφής, έπειτα στη διασφάλιση του φαγητού μέσω της ανόδου του παραγωγικού και εισοδηματικού επιπέδου του πληθυσμού και τέλος στην προώθηση της βιώσιμης αγροτικής παραγωγής. Η βελτίωση της διατροφής καθώς και η ενίσχυση της βιώσιμης γεωργίας αποτελούν το σημείο κλειδί για την επίτευξη της βιώσιμης ανάπτυξης στην πλειοψηφία των κρατών καθώς ο πρωτογενής τομέας παραμένει ως και σήμερα ο

πρωτεύων τομέας απασχόλησης στις φτωχότερες αγροτικές περιοχές του κόσμου στον οποίον τις μικρές αγροτικές μονάδες παράγεται το 80% της τροφής που καταναλώνεται εντός των χωρών αυτών (Cheo και Tariwa, 2021).

3.4.3. Στόχος 3: Καλή υγεία και ευημερία

Η αποφασιστικής σημασίας αλλαγή στην προσέγγιση του Π.Ο.Υ. και η εστίαση στις μη μεταδιδόμενες ασθένειες και τις λεγόμενες «ασθένειες τρόπου ζωής» (lifestyle diseases) όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος που πλήττουν τις βόρειες και θεωρούμενες ως ανεπτυγμένες χώρες έθεσε τις βάσεις για την αποκρυστάλλωση μίας στοχοθεσίας συναφούς με όλα τα κράτη. Απομακρυνόμενη από τη θεώρηση των «τριών κόσμων» και την ομαδοποίηση των χωρών σε «πρώτο κόσμο» αναφορικά με τις δυνατότητες και «τρίτο κόσμο» αναφορικά με τα ελλείμματα, η νέα πανοραμική οπτική που υιοθετήθηκε στις αρχές του 21^{ου} αιώνα επέτρεψε επί του πρακτέου τη διαμόρφωση μίας ενιαίας παγκόσμιας στρατηγικής (Long, 2022). Ο τρίτος στόχος βιώσιμης ανάπτυξης εστιάζει ακριβώς στη διασφάλιση της υγείας και ευεξίας για όλους και σε όλες τις ηλικίες δίχως να διαχωρίζει τις ασθένειες και τις αιτίες τους. Από την υγεία και θνησιμότητα κατά την κυοφορία και τη γέννα για τη μητέρα και το νεογνό ως τις επιδημίες και τις μεταδιδόμενες ασθένειες (AIDS, ελονοσία και ηπατίτιδα μεταξύ άλλων), ως τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες και την ενίσχυση της ψυχικής υγείας. Ο στόχος ταυτόχρονα αναφέρεται και στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, το θάνατο από επικίνδυνα χημικά και μολυσματικά περιβάλλοντα και τα οδικά ατυχήματα εμβαθύνοντας στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και την εύκολη προσβασιμότητα σε αυτές όπως και σε φάρμακα και εμβόλια (Halkos και Gkampoura, 2021).

3.4.4. Στόχος 4: Ποιοτική εκπαίδευση

Η έμφαση στην ποιότητα βρίσκεται στο επίκεντρο του τέταρτου στόχου ο οποίος αφορά την παιδεία και τη διδασκαλία. Αυτή η στροφή έρχεται μετά από πολλές δεκαετίες όπου κυριότερος σκοπός παρέμενε η πρόσβαση στην παιδεία, η εξασφαλισμένη παρουσία των μαθητών στην τάξη ή το πλήθος των σχολείων με τη σημασία του μαθήματος και την ποιότητα της ίδιας της εκπαίδευσης να βρίσκονται σε δεύτερη προτεραιότητα. Με τη στρατηγική και το ευρύτερο πλαίσιο του Ο.Η.Ε. να στρέφονται βαθμιαία στην κατάρτιση και το κίνητρο των δασκάλων αυτομάτως λαμβάνει χώρα και η εστίαση στην ποιότητα της εκπαίδευσης (Sayed και Moriarty, 2020). Με όραμα την «εξασφάλιση ποιοτικής εκπαίδευσης χωρίς αποκλεισμούς, ισότιμης εκπαίδευσης και προώθηση ευκαιριών δια βίου μάθησης για όλους» (Ο.Η.Ε., 2015) οι επιμέρους στόχοι αναφέρονται στην πλήρη διεύρυνση των προοπτικών όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης από τα προσχολικά χρόνια ως την τριτοβάθμια εκπαίδευση και τη δια βίου μάθηση σε όλο το φάσμα της ενήλικης ζωής. Η έννοια της εκπαίδευσης ευθέως περικλείει υπό αυτό το πρίσμα τόσο τον αλφαριθμητισμό,

τον αριθμητικό γραμματισμό, όσο και τις ευρύτερες έννοιες της αντίληψης του ενεργού πολίτη του κόσμου, της ισότητας των φύλων και της εκπαίδευσης σε ζητήματα ανάπτυξης και αειφορίας (Unterhalter, 2019).

3.4.5. Στόχος 5: Ισότητα των φύλων

Ως ισότητα των φύλων νοείται η εξασφάλιση δικαιωμάτων και ελευθεριών σε κάθε έκφανση της κοινωνίας (οικονομική, πολιτική, κοινωνική, πολιτισμική), ανεξάρτητα από το φύλο των ατόμων (Shastri, 2014). Η ενδυνάμωση της θέσης της γυναίκας, της ανάκτησης της κυριότητας της ζωής της καθίσταται σημαντικό βήμα για την κατοχύρωσή της. Ο πέμπτος στόχος επικεντρώνεται στην παύση κάθε μορφής διάκρισης ενάντια στις γυναίκες όλων των ηλικιών, στην διασφάλιση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων και στον τερματισμό του παιδικού γάμου και της σεξουαλικής εκμετάλλευσης καθώς και στην προώθηση της ορατότητας των γυναικών σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας και στην κοινωνία γενικότερα (Küfeoğlu, 2020).

3.4.6. Στόχος 6: Καθαρό νερό και αποχέτευση

Προτού καθοριστεί ο έκτος στόχος της Ατζέντας 2030 η παγκόσμια στοχοθεσία αναφορικά με το νερό κινούταν σχεδόν αποκλειστικά γύρω από τα αποθέματα πόσιμου νερού και αποχέτευσης. Ο σχετικός αναπτυξιακός στόχος της χιλιετίας (MDG) ταυτιζόταν με τις προσπάθειες για καθολική πρόσβαση στους υδατικούς πόρους και αντανακλούσαν έναν κόσμο όπου υπάρχει κυρίως έλλειμμα κεφαλαιακών ροών, υποδομών και διαχειριστικής εμπειρίας. Η πραγματικότητα σήμερα ωστόσο είναι διαφορετική και οι προκλήσεις που πρέπει να ληφθούν υπόψιν όσον αφορά τη συνεχή περιβαλλοντική υποβάθμιση και την κλιματική αλλαγή θέτουν στο προσκήνιο πρώτα την έννοια της διακυβέρνησης (και όχι απλώς διαχείρισης) και την κατανόηση των περιορισμών των συστημάτων υδατικών πόρων μετατοπίζοντας το επίκεντρο της προσοχής από τα αποθέματα και την αποχέτευση στο ευρύτερο φάσμα των υδατικών αναγκών και της κάλυψής τους για όλους σε όλα τα επίπεδα εκκινώντας από τις περιβαλλοντικές ροές (Sadoff et. al, 2020). Οι επιμέρους στόχοι που έχουν τεθεί αναφέρονται ως εκ τούτου στην επίτευξη καθολικής και με ισοτιμία πρόσβασης σε καθαρό πόσιμο νερό και επεκτείνονται στη μείωση της ρύπανσης των πόρων, την εξάλειψη των απορρίψεων, την αύξηση της ανακύκλωσης και επαναχρησιμοποίησης και τη μεγέθυνση της αποδοτικότητας. Στον ίδιο χρόνο επιδιώκεται η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος διαχείρισης υδατικών πόρων μέσω διακρατικών συνεργιών, η αντιμετώπιση των φαινομένων λειψυδρίας και η ουσιαστική βελτίωση των συστημάτων υγιεινής (Ο.Η.Ε., 2023γ).

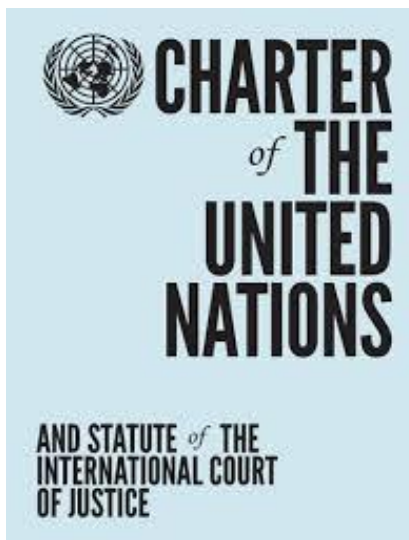
3.4.7. Στόχος 7: Φτηνή και καθαρή ενέργεια

Με το 80% της παραγόμενης ενέργειας παγκοσμίως να βασίζεται ακόμα στην κατανάλωση ορυκτών καυσίμων (Wang et al., 2022) και τις εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) που παράγονται ως αποτέλεσμα της ανάφλεξής τους να πολλαπλασιάζονται, η αύξηση των συγκεντρώσεων αερίων του

θερμοκηπίου στην ατμόσφαιρα συνεχίζεται αδιάκοπα με άμεσο αποτέλεσμα την αύξηση της μέσης θερμοκρασίας του πλανήτη. Η μετρίαση του αντικτύπου αυτού του φαινομένου και της επικείμενης κλιματικής αλλαγής όπως και των συνεπειών της στην άνοδο της στάθμης της θάλασσας, τα καιρικά φαινόμενα, την εξαφάνιση ειδών και την εξάντληση των τροφικών και υδατικών πόρων κατέστησε σε μείζονος σημασίας πολιτική επιδίωξη τη μετάβαση σε ένα μοντέλο ανανεώσιμων πηγών ενέργειας (αιολική ενέργεια, γεωθερμία, ηλιακή ενέργεια και βιομάζα μεταξύ άλλων). Παρ'όλα αυτά ενώ η κατανάλωση ενέργειας εξακολουθεί να διογκώνεται, το 13% του παγκόσμιου πληθυσμού δε διαθέτει ως σήμερα πρόσβαση σε βασικές σύγχρονες ενεργειακές υπηρεσίες (He et al., 2022). Αν και ο έβδομος στόχος παρουσιάζει το μικρότερο αριθμό (μαζί με τον δέκατο τρίτο στόχο της κλιματικής δράσης) επιμέρους επιδιωκόμενων στόχων είναι φανερό πως η πραγμάτωσή του βρίσκεται σε προτεραιότητα. Η ενέργεια επηρεάζει μία πλειάδα από τομείς της καθημερινής ζωής οι οποίοι άλλαξαν ή ανέκαθεν άλλαζαν τη ζωή του ανθρώπου σε τέτοιο βαθμό ώστε να θεωρούνται δεδομένοι. Από την κινητικότητα ως τις κατασκευές και τη γεωργία ως τη θέρμανση και την ηλεκτροδότηση η ενέργεια βρίσκεται παντού, όχι απλώς από τις αυγές της βιομηχανικής επανάστασης, αλλά πάντοτε. Η σύγχρονη έννοια της ενέργειας και οι υπηρεσίες που παρέχει ως προς όλους βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής όσον αφορά το στόχο με την αύξηση του ποσοστού των ανανεώσιμων πηγών τους και τη μεγέθυνση της απόδοσής τους να ενσαρκώνουν την αειφόρο πραγμάτωσή του (McCollum et al., 2017).

3.4.8. Στόχος 8: Αξιοπρεπής εργασία και οικονομική ανάπτυξη

Η έννοια της αξιοπρέπειας και δη της ανθρώπινης αξιοπρέπειας έχει εξεταστεί ανά τους αιώνες υπό πολλές διαφορετικές πολιτικές και φιλοσοφικές σκέψεις με μία σειρά από ορισμούς και εμβασύνσεις στον ίδιο τον όρο και τη χρησιμότητά του να έχουν προταθεί και τεθεί υπό συζήτηση. Η ασάφεια της «ανθρώπινης αξιοπρέπειας» κατά μία άποψη ενέχει μία τετριμμένη διάσταση που δε χρήζει περαιτέρω εμβάθυνσης ενώ κατά μία έτερη οπτική αυτή ακριβώς η έλλειψη αποσαφήνισης οδηγεί σε πιο ευέλικτες θεωρήσεις οι οποίες δύνανται να καλύψουν μία πλειάδα από «περιπτώσεις». Ωστόσο και κατά αυτή την προσέγγιση γεννάται η έριδα επί της «καθολικής εγκυρότητας» του όρου για το σύνολο της ανθρωπότητας (Καλαντζής, 2023). Ακολουθώντας τη νομική υπόσταση του όρου και τη σύγχρονη τοποθέτηση της αξιοπρέπειας ως «επιβολής του ανθρωπισμού που θέτει τον άνθρωπο στο κέντρο του νέου κοινωνικού κόσμου» (Edelman, 1997) ο καταστατικός χάρτης του Ο.Η.Ε. το 1945 (Εικόνα 3) διακηρύσσει «και πάλι την πίστη στα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, στην



Εικόνα 3. Εξώφυλλο του Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών και Καταστατικού του Διεθνούς Δικαστηρίου (Ο.Η.Ε., 1945)

αξιοπρέπεια και στην αξία του ανθρώπου». Η εργασία και εν συνεχεία το δικαίωμα στην εργασία αναγνωρίζεται παρομοίως ως κρίσιμο κομμάτι της ανθρώπινης ζωής για την απόκτηση εισοδήματος για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών, την ενσωμάτωση στην κοινωνία και την απόκτηση δεξιοτήτων και την επίτευξη της αυτοπραγμάτωσης. Αυτή η ανθρώπινη ανάπτυξη ωστόσο δεν αποτελεί αυτομάτως προϊόν κάθε είδους εργασίας. Συχνά μέρος μία εργασίας είναι και η ανία, η έλλειψη νοήματος, η επικινδυνότητα, η υποτίμηση ή η ανεπαρκής χρηματική αμοιβή. Έτσι η έννοια της αξιοπρεπούς εργασίας είναι εκείνη η οποία αποτελεί την ειδοποιό διαφορά για την οριστική απομάκρυνση από τους κινδύνους της πολυεπίπεδης φτώχειας για το άτομο και ως επακόλουθο τα δικαιώματά του ως εργαζόμενου (Frey και MacNaughton, 2016). Για την κατοχύρωση της αξιοπρεπούς εργασίας σε συνδυασμό με την οικονομική ανάπτυξη η οποία εξ ορισμού κινείται στο ίδιο μήκος κύματος εφόσον ερμηνεύεται ως η μεγέθυνση του εθνικού κατά κεφαλήν εισοδήματος και της αυξημένης παραγωγικής ικανότητας της χώρας, άρα και κατά μία οπτική σε υψηλότερο βιοτικό επίπεδο, ο όγδοος στόχος επικεντρώνεται σε πολιτικές συνυφασμένες με την ενθάρρυνση της παραγωγικότητας, τη δημιουργία θέσων εργασίας, την επιχειρηματικότητα και την καινοτομία. Μέρος της στοχοθεσίας του αποτελούν παράλληλα οι βιώσιμες πρακτικές παραγωγής και κατανάλωσης και η βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων ώστε να επέρχεται παράλληλα με την οικονομική ανάπτυξη και η διατήρηση του περιβάλλοντος. Στην επιδίωξη της αξιοπρεπούς εργασίας ασφαλώς εντάσσονται η εξάλειψη της καταναγκαστικής εργασίας και η προστασία των εργατικών δικαιωμάτων σε παγκόσμιο επίπεδο (Halkos και Gkampoura, 2021).

3.4.9. Στόχος 9: Βιομηχανία, καινοτομία και υποδομές

Ο ένατος στόχος βιώσιμης ανάπτυξης στέκεται στην ανοικοδόμηση ανθεκτικών κατασκευών, την προώθηση της καινοτομίας και ενθάρρυνσης πρακτικών συμπεριληπτικής και βιώσιμης εκβιομηχάνισης. Οι υλικοτεχνικές εγκαταστάσεις μίας περιοχής είναι ο φυσικός τόπος στην οποία λαμβάνουν χώρα οι περισσότερες δραστηριότητες των κατοίκων και συνεπώς θεμελιώδεις για την ευημερία της εκάστοτε κοινότητας (Kumar, Singh και Kaur, 2019) ενώ η εκβιομηχάνιση έχει εγκαθιδρυθεί ως μοχλός για την ανάπτυξη παραμένοντας κυρίαρχη διαδικασία παραγωγής εργασίας, εισοδήματος και διευκόλυνσης του εμπορίου και αποδοτικής χρήσης των πόρων. Παρά την πρόκληση της κλιματικής αλλαγής παραμένει κοινή παραδοχή πως η εκβιομηχάνιση είναι ακόμα καθοριστικός παράγοντας για την άμβλυνση του φαινομένου της φτώχειας και την κοινή ευημερία. Το νέο παγκόσμιο όραμα του εμποτισμού των αρχών της βιωσιμότητας στη βιομηχανική ανάπτυξη δύναται να δώσει νέα πνοή στον εξαιρετικά κρίσιμο ρόλο της στο δρόμο για την πραγμάτωση της βιώσιμης ανάπτυξης (Kynčlová, Upadhyaya και Nice, 2020).

3.4.10. Στόχος 10: Λιγότερες ανισότητες

Για πρώτη φορά το σύνολο των ηγετών των εθνών του κόσμου αναγνώρισαν την ανάγκη για μία συντεταγμένη προσπάθεια μείωσης των ανισοτήτων εντός των συνόρων τους αλλά και μεταξύ όλων των κρατών με συγκεκριμένα βήματα και χρονοδιάγραμμα. Ο δέκατος στόχος της Ατζέντας 2030 υπογραμμίζει τη σημαντικότητα της κοινωνικής και πολιτικής συμπερίληψης αλλά και την αναγκαιότητα διασφάλισης ίσων ευκαιριών για όλους. Για την επίτευξη αυτού η στοχοθεσία περιλαμβάνει την υιοθέτηση μίας σειράς πολιτικών, βελτίωση των κανονισμών των παγκόσμιων αγορών και ιδρυμάτων και διαρκή παρακολούθησή τους. Παράλληλα προωθείται η ενίσχυση της εκπροσώπησης των αναπτυσσόμενων χωρών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και η ασφαλής μετανάστευση και κινητικότητα των λαών. Μείζονος σημασίας είναι επίσης η επιδίωξη της διατήρησης σταθερής ανάπτυξης του εισοδήματος του πιο ευάλωτου 40% του πληθυσμού με ρυθμούς ανώτερους από του εκάστοτε εθνικού μέσου όρου (Kuhn, 2020).

3.4.11. Στόχος 11: Βιώσιμες πόλεις και κοινότητες

Με τις επιστημονικές προβλέψεις να δείχνουν πως έως το 2050 τα δύο τρίτα του παγκόσμιου πληθυσμού θα κατοικούν σε πόλεις η ανάγκη για ένα βιώσιμο αστικό περιβάλλον όπου οι τοπικές κοινότητες θα είναι ικανές να ανθίσουν στην καθημερινότητά τους γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική (Russell, 2018). Η αστική βιωσιμότητα όπου σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Συμβουλίου Τοπικών Πρωτοβουλιών για το Περιβάλλον (International Council for Local Environmental Initiatives - ICLEI) ορίζεται ως η ανάπτυξη η οποία «*παρέχει βασικές περιβαλλοντικές, κοινωνικές και οικονομικές υπηρεσίες σε όλους τους κατοίκους μιας κοινότητας χωρίς να απειλεί τη βιωσιμότητα των φυσικών, δομικών και κοινωνικών συστημάτων από τα οποία εξαρτάται η παροχή αυτών των υπηρεσιών*» (Καλόγνωμου, 2006) βρίσκεται στον πυρήνα του σχεδιασμού για την πραγμάτωση του ενδέκατου στόχου. Για πρώτη φορά στην ιστορία ο Ο.Η.Ε. λαμβάνει υπόψιν το ρόλο που διαδραματίζουν οι πόλεις κατά τη μετάβαση σε έναν πιο αειφόρο κόσμο και την επίτευξη της βιώσιμης ανάπτυξης αναγνωρίζοντας τη σημασία της ανθεκτικότητας για το αστικό περιβάλλον και της προσβασιμότητας για όλους τους κατοίκους. Το γενικότερο πλαίσιο του στόχου στρέφεται γύρω από την αύξηση των πολιτικών που θα παρέχουν ισότιμη πρόσβαση σε όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Είτε πρόκειται για τη στέγαση, είτε για τα μέσα μαζικής μεταφοράς, είτε για τους δημόσιους χώρους ο στόχος αναφέρεται ρητά στη σημασία που πρέπει να δοθεί στις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού συνενώνοντας επί του πρακτέου τις έννοιες της κοινωνικής ενσωμάτωσης, της διαρκούς παρακολούθησης και της επανεκτίμησης της αστικής βιωσιμότητας υπό μία ισορροπημένη και ολοκληρωμένη προσέγγιση (Thomas, Hsu και Weinfurter, 2020).

3.4.12. Στόχος 12: Υπεύθυνη κατανάλωση και παραγωγή

Δε νοείται ανάπτυξη που να κινείται στο φάσμα της βιωσιμότητας δίχως το δομικό διαχωρισμό της οικονομικής ανάπτυξης από την αλόγιστη κατασπατάληση πόρων και διαρκούς εκπομπής ρύπων. Ο

δωδέκατος στόχος θέτει στο προσκήνιο την ορθολογική χρήση των φυσικών πόρων, τη ριζική μείωση των τροφικών και άλλων αποβλήτων, την υπεύθυνη διαχείριση των χημικών προϊόντων, τη διαφάνεια και την αειφορία στις δημόσιες συμβάσεις και τις βιώσιμες πρακτικές στον ιδιωτικό τομέα (Chan et. al, 2018).

3.4.13. Στόχος 13: Δράση για το κλίμα

Οι συνέπειες της κλιματικής αλλαγής είναι φανερές σε κάθε γωνία του κόσμου. Με τις συνέπειές της να περιλαμβάνουν ραγδαίες μεταβολές των καιρικών συνθηκών, την άνοδο της στάθμης της θάλασσας και εντατικότερα και πιο απειλητικά καιρικά φαινόμενα για εκατομμύρια ζωές, κοινότητες και τελικά ολόκληρα έθνη. Κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα έχει αντίκτυπο σε κάθε σημείο του πλανήτη και η συντονισμένη δράση για το κλίμα σε διακρατικό επίπεδο έλαβε χώρα ταυτόχρονα με την υιοθέτηση της Ατζέντας 2030. Πιο συγκεκριμένα στη συμφωνία του Παρισιού το Δεκέμβριο του 2015 ελήφθη η κοινή δέσμευση από το σύνολο των κρατών μελών του Ο.Η.Ε. για τη σύνταξη όλων των προσπαθειών με σκοπό τον περιορισμό της επικείμενης αύξησης της θερμοκρασίας τη γης υπό τους 2 °C (Doni, Gasperini και Soares, 2020). Σε αυτή τη βάση κινείται και ο δέκατος τρίτος στόχος ο οποίος καλεί σε «δράση για το κλίμα» και αποσκοπεί στο μετριασμό των δυσμενών επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής μέχρι το τέλος του αιώνα προετοιμάζοντας το έδαφος για αναπτυξιακά σχέδια με χαμηλές εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα (low carbon). Εντούτοις η επίτευξή του ως το έτος ορόσημο του 2030 αποδεικνύεται ιδιαίτερα δύσκολη λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι δεν είναι δυνατό να χαραχτεί μία ενιαία στρατηγική για όλες τις χώρες. Ως είθισται κάθε χώρα εφαρμόζει συγκεκριμένες και με βάση τα υφιστάμενα δεδομένα της πολιτικές ωστόσο είναι συχνό το φαινόμενο αυτές να μην ανταποκρίνονται στην παγκόσμια στοχοθεσία. Πέραν του στρατηγικού σχεδιασμού για την αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής, της θωράκισης της ανθεκτικότητας και της προσαρμοστικότητας στους νέους κινδύνους που προκύπτουν, μείζονα ρόλο κατέχει και η παιδεία, η ευαισθητοποίηση και η βελτιστοποίηση όσον αφορά τη μετρίαση του φαινομένου (Küfeoğlu, 2020).

3.4.14. Στόχος 14: Ζωή στο νερό

Με κίνητρο τη διατήρηση και τη βιώσιμη διαχείριση των υπηρεσιών των θαλάσσιων οικοσυστημάτων ο δέκατος τέταρτος στόχος επικεντρώνεται στη διαμόρφωση ενός διεθνούς πλαισίου ικανού να προστατέψει τα παράκτια οικοσυστήματα και δη την αειφόρο αλιεία. Πάνω από τρία δισεκατομμύρια άτομα κατοικούν και βασιζονται σε παράκτιες περιοχές και τη θάλασσα γενικότερα για το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής τους, ωστόσο η εκτεταμένη ανθρώπινη δραστηριότητα επέφερε μία σειρά από δυσμενείς συνέπειες με αποτέλεσμα τη βαθμιαία υποβάθμιση της βιοποικιλότητας και της ποιότητας των αντίστοιχων οικοσυστημάτων. Η μόλυνση από ανθρώπινες χερσαίες πηγές είναι υπεύθυνη για το φαινόμενο του ευτροφισμού το οποίο οδηγεί σε αυξημένη ανάπτυξη της άλγης και τελικά στη διάσπαση της τροφικής

αλυσίδας ενώ η όξυνση των υδάτων παρουσιάζεται ως μία εξίσου ισχυρή απειλή ικανή να διαταράξει μία σειρά από θαλάσσια είδη. Εκτός της μετρίασης των παραπάνω φαινομένων ο στόχος περιστρέφεται γύρω από τη μετάβαση σε ένα βιώσιμο διαχειριστικό μοντέλο των θαλάσσιων οικοσυστημάτων και των πόρων αυτών, στην βελτιστοποίηση των νομοθεσιών για την αλιευτική βιομηχανία και την εξάλειψη της παράνομης και ανεξέλεγκτης αλιείας και την προστασία τουλάχιστον του 10% των παράκτιων και θαλάσσιων περιοχών (Gulseven, 2020).

3.4.15. Στόχος 15: Ζωή στη στεριά

Σε παρόμοιο μήκος κύματος με τον δέκατο τέταρτο στόχο, ο δέκατος πέμπτος εστιάζει στη διατήρηση των χερσαίων οικοσυστημάτων μέσω της προστασίας, αναστροφής και αναχαίτισης της ήδη προχωρημένης καταστροφής που λαμβάνει χώρα στη βιοποικιλότητα στη στεριά αλλά και του εδάφους, στην προώθηση της διαχείρισης των οικοσυστημάτων της με ιδιαίτερη μνεία στα δάση και την καταπολέμηση του εκτεταμένου φαινομένου της ερημοποίησης (Krauss, 2022). Παρότι παρουσιάζεται ως ένας κατεξοχήν περιβαλλοντικός στόχος τα ζητήματα που πραγματεύεται είναι θεμελιώδη για την πραγμάτωση της ατζέντας 2030 δεδομένης της στενής σχέσης της ανθρωπότητας με τα οικοσυστήματα αυτά. Από τη διατροφή ως την παραγωγή των φαρμάκων αλλά και την εργασία ο άνθρωπος βασίζεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό στα χερσαία οικοσυστήματα. Επιπρόσθετα 30% της επιφάνειας του πλανήτη καλύπτεται από δάση και 80% όλων των μορφών ζωής κατοικούν σε αυτά. Κατά συνέπεια ο στόχος αυτός διαθέτει οικουμενική υπόσταση αντικατοπτριζόμενος όσο στην οικονομική, κοινωνική και ασφαλώς περιβαλλοντική διάσταση της αειφορίας (Klein, 2020).

3.4.16. Στόχος 16: Ειρήνη, δικαιοσύνη και ισχυροί θεσμοί

Το σύνολο των εθνών ενέταξαν το δέκατο έκτο στόχο στο ευρύτερο πλαίσιο των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης διακηρύσσοντας για πρώτη φορά σε τόσο μεγάλη κλίμακα το όραμα για έναν ασφαλή, δίκαιο και βιώσιμο κόσμο για όλους τους ανθρώπους σε όλα τα μήκη και τα πλάτη του πλανήτη δίχως να μένει καμία χώρα πίσω. Ένας από τους πιο καινοτόμους στόχους ο στόχος για την «*ειρήνη, δικαιοσύνη και ισχυρούς θεσμούς*» εστιάζει στην κυβερνητική λογοδοσία προς τους πολίτες, την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης και καταληκτικά στη διατήρηση της ειρήνης παγκοσμίως. Οι έννοιες της ειρήνης και της ανάπτυξης πρακτικά είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και η Ατζέντα 2030, βασισμένη σε σειρά ερευνών οι οποίες παρουσιάζουν την αβεβαιότητα, τις συγκρούσεις, τη βία ως αναχαιτιστικό παράγοντα για οποιοδήποτε είδος ανάπτυξης αλλά κι ευημερίας επαληθεύει το αμφίδρομο «*δεν είναι δυνατόν να υπάρξει βιώσιμη ανάπτυξη χωρίς ειρήνη και δεν είναι δυνατόν να υπάρξει ειρήνη χωρίς βιώσιμη ανάπτυξη*». Πέραν από την απουσία βίας η διατήρηση της ειρήνης αναφέρεται ασφαλώς και στο σεβασμό για τα ανθρώπινα δικαιώματα και το κράτος δικαίου ως προαπαιτούμενα για την πραγμάτωση όπως γίνεται κατανοητό όλων

των στόχων είτε αυτοί είναι σχετιζόμενοι με την εκπαίδευση, την υγεία, την οικονομική άνθηση ή την κλιματική αλλαγή. Δίχως ισότιμη ένταξη και πρόσβαση στη δικαιοσύνη οι ανισότητες όσον αφορά τη φτώχεια και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη είναι ευάλωτες στο να επιδεινωθούν ακυρώνοντας στην ουσία τις δεσμεύσεις των ηγετών πως κανείς δε θα μείνει πίσω. Έτσι οι επιμέρους στόχοι αναφέρονται ρητά στις προσπάθειες για μείωση της βίας, εκμετάλλευσης ανθρώπου από άνθρωπο, σωματεμπορίας, βασανιστηρίων και έπειτα στην ελαχιστοποίηση όλων των φαινομένων διαφθοράς και χρηματισμού και την πρόσβαση όλων των ανθρώπων στις πληροφορίες για τα θεμελιώδη δικαιώματα τα οποία δεν έχουν εντάξει πλήρως στο σύνταγμα ή το νομικό τους πλαίσιο όλες οι χώρες (Hope Sr., 2019).

3.4.17. Στόχος 17: Συνεργασία για τους στόχους

Εν αντιθέσει με τους δεκαέξι προηγούμενους στόχους που έχουν ξεκάθαρο προσανατολισμό προς συγκεκριμένους τομείς δράσης ο δέκατος έβδομος αποτελεί το συνδυαστικό κρίκο συντονισμού και διαμεσολάβησης διευκολύνοντας την «επικοινωνία» μεταξύ όλων των υπόλοιπων (von Schnurbein, 2020). Η ολιστική προσέγγιση είναι αναγκαία για να είναι επιτυχής η μετάβαση σε ένα βιώσιμο μέλλον. Με τη συνεργασία και τις συμμαχίες όλων των ενδιαφερόμενων μερών (stakeholders) από κάθε πτυχή της κοινωνίας στην καρδιά του ο στόχος χαρακτηρίζεται ως εξαιρετικά πολυδιάστατος καθώς καλείται να οικοδομήσει παγκόσμιες γέφυρες στους κλάδους των οικονομικών, της τεχνολογίας, των επικοινωνιών, του εμπορίου, των κατασκευών και της πολιτικής. Ο κόσμος είναι ήδη πρακτικά άρρηκτα συνδεδεμένος και ο δέκατος έβδομος στόχος υπογραμμίζει ακόμα περισσότερο τη συνεχή διάδραση μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διακυβέρνησης, του ιδιωτικού τομέα, της κοινωνίας πολιτών και των ακαδημαϊκών. Το ερώτημα όμως που προκύπτει είναι αν είναι δυνατόν να συνεργαστούν σε συνεχή βάση έχοντας μάλιστα το ίδιο όραμα για ένα βιώσιμο αύριο και συγκεκριμένα για την πραγμάτωση των 17 στόχων όλα τα εμπλεκόμενα μέλη από τόσους διαφορετικούς τομείς. Ο όρος που προτείνεται για την ανοικοδόμηση τέτοιας φύσεως συνεργατικών παραγωγικών σχέσεων είναι εκείνος της «*συμπαρογωγής*» και υποδεικνύει τη συμμετοχή των πολιτών στις διακυβερνητικές διαδικασίες και την διαχείριση δημόσιων υπηρεσιών με την αναγνώριση πιθανών εμποδίων και την ανάπτυξη δικτύων επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων εμπλεκόμενων (actors) ως τη βέλτιστη προσέγγιση (multi-actor approach) (Bulmer, Riera και de la Rosa, 2022).

3.5. Ο SDG 3 και η δημόσια υγεία ως θεμέλιο ενός βιώσιμου κόσμου

Είναι σαφές πως η επίτευξη της βιώσιμης ανάπτυξης σε παγκόσμια κλίμακα βασίζεται στην υγεία του συνόλου του πληθυσμού. Με αυτή την παραδοχή ως εφελτήριο ήταν απολύτως λογικό να συμπεριληφθεί η έννοια της «*καλής υγείας και ευημερίας για όλους*» σε μία ακόμα διακήρυξη, αυτή τη φορά ως ο τρίτος κατά σειρά στόχος του Ο.Η.Ε. για τη βιώσιμη ανάπτυξη και με ορόσημο το έτος 2030. Όπως γίνεται

ασφαλώς αντιληπτό η διατήρηση της δημόσιας υγείας σε υψηλά επίπεδα δεν καθίσταται απλά ένα επιθυμητό αποτέλεσμα αλλά ταυτόχρονα και ένα βασικό προαπαιτούμενο της βιώσιμης ανάπτυξης (Seke, 2013).

Ήδη από το 1992 και τη διάσκεψη του Ρίο ο Ο.Η.Ε. τονίζει τη σημασία και την ευθεία σύνδεση της υγείας και της ανάπτυξης του ανθρώπου οδηγώντας στη διασφάλιση της βιώσιμης τελικά ανάπτυξης ως εξής: *«Η υγεία και η ανάπτυξη είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Τόσο η ανεπαρκής ανάπτυξη που οδηγεί σε φτώχεια όσο και η ακατάλληλη ανάπτυξη που οδηγεί σε υπερκατανάλωση, σε συνδυασμό με το συνεχώς διευρυμένο παγκόσμιο πληθυσμό, μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά περιβαλλοντικά προβλήματα υγείας τόσο στα αναπτυσσόμενα όσο και στις αναπτυγμένα έθνη. Τα σημεία δράσης στο πλαίσιο της Ατζέντας 21 πρέπει να αντιμετωπίζουν τις πρωταρχικές ανάγκες υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού, δεδομένου ότι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της επίτευξης των στόχων της αειφόρου ανάπτυξης και της πρωτοβάθμιας περιβαλλοντικής φροντίδας. Η σύνδεση της υγείας, του περιβάλλοντος και της κοινωνικοοικονομικής βελτίωσης απαιτεί διατομεακές προσπάθειες. Οι προσπάθειες αυτές, που περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, τη στέγαση, τα δημόσια έργα και τις κοινοτικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των επιχειρήσεων, των σχολείων, των πανεπιστημίων και των θρησκευτικών, αστικών και πολιτιστικών οργανώσεων, αποσκοπούν στο να καταστήσουν τους ανθρώπους στις κοινότητές τους ικανούς να διασφαλίσουν τη βιώσιμη ανάπτυξη»* στο υψηλότερο επίπεδο διαβούλευσης και λήψης αποφάσεων.

Πέραν της παραδοχής πως ο τρίτος στόχος είναι εκείνος που αφιερώνεται εξολοκλήρου στην υγεία και είναι αναγνωρισμένος ως ο μακροπρόθεσμος «στόχος για την υγεία» είναι δυνατόν όπως αναλύουν οι Jaenecke et al. (2023) σχεδόν όλοι οι στόχοι να χαρακτηριστούν εμμέσως ως σχετικοί με αυτή. Οι 17 στόχοι βιώσιμης ανάπτυξης έχουν την προοπτική να μειώσουν ριζικά την πείνα, τη φτώχεια και την ασθένεια και η ένταξή τους σε κάθε έκφανση των επιστημών υγείας συνιστά μία σημαντική προτεραιότητα ήδη από την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού της. Ο ρόλος μη σχετιζόμενων με την υγεία έτερων τομέων στη βελτίωση της υγείας, της ισότητας και βιωσιμότητας των υφιστάμενων συστημάτων είναι πολύ σημαντικός και δύναται να υιοθετηθεί στο ευρύτερο φάσμα της δημόσιας υγείας και άρα από τους επαγγελματίες της οδηγώντας στην υιοθέτηση της προσέγγισης «*υγεία σε όλες τις πολιτικές*» (Morton, Pencheon και Bickler, 2019).

Δεδομένης αυτής της συνεχούς και αδιάσπαστης διάδρασης και συνάφειας της υγείας με όλους τους τομείς της ζωής του ανθρώπου και τη θέση της ως θεμέλιο της αειφορίας αλλά και της ταυτόχρονης καινοτόμου προσέγγισης της ατζέντας 2030 ως ένα θεσμικό παγκόσμιο πλαίσιο όπου κάθε επιμέρους αναφορά και στόχος όσο και να είναι αποκλίνων δυνητικά από τους υπόλοιπους και να αφορά διαφορετικό τομέα πρακτικά τους συμπληρώνει και αλληλοϋποστηρίζει (Kroll, 2019), διαφαίνεται πως από τους 169 συνολικά επιμέρους στόχους οι 49 σχετίζονται απευθείας με τη δημόσια υγεία. Ακόμα περισσότεροι έχουν μία

ευρύτερη σύνδεση υπογραμμίζοντας ρητώς τη συνάφεια της με την αειφορία και τη σημαντικότητα ένταξης της κατάλληλης εκπαίδευσης και απόκτησης σχετικών ικανοτήτων στις εθνικές νομοθεσίες για το εργατικό δυναμικό ολόκληρου του τομέα (Jaenecke et. al, 2023).

Η τεράστια οικονομική δύναμη και το παγκόσμιο μέγεθός του τομέα της δημόσιας υγείας τον αναγάγουν επίσης σε στρατηγικό παράγοντα για τη διάρθρωση βιώσιμων και ανθεκτικών βιώσιμων συστημάτων που ξεπερνούν τελικά τη στενή του έννοια και επεκτείνονται στο ευρύτερο φάσμα της χάραξης πολιτικών σε εθνικό και πανεθνικό επίπεδο. Λόγω αυτού του μεγέθους του ο τομέας χαρακτηρίζεται ως ένας από τους μεγαλύτερους ρυπαντές (ιατρικά απόβλητα) και καταναλωτές ενέργειας με μεγάλο ανθρακικό αποτύπωμα. Με την αναδιαμόρφωση των πρακτικών διαχείρισης των αποβλήτων (ιδιαίτερος την απαλλαγή από πολλά εργαλεία μίας χρήσης και την εισαγωγή επανεπεξεργασμένων ιατρικών συσκευών) και τη βελτίωση των υποδομών και ενεργειακών συστημάτων, αλλά και την επένδυση σε περαιτέρω έρευνα και ανάπτυξη για την πρόοδο σε νέες τεχνολογίες και πρακτικές, είναι δυνατό να δημιουργηθούν καινοτόμες λύσεις ικανές να υιοθετηθούν και σε άλλους κλάδους και εκφάνσεις της καθημερινότητας. Η αγοραστική δύναμη του τομέα υγείας μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην προώθηση της βιωσιμότητας. Μέσω της επιλογής περιβαλλοντικά φιλικών προϊόντων και υπηρεσιών και της προαγωγής της παραγωγής και κατανάλωσης βιώσιμων προϊόντων, ο τομέας υγείας μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην προώθηση της περιβαλλοντικής διάστασης της αειφορίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Πέραν τούτου, εφόσον η περιβαλλοντική ασφάλεια και η κοινωνικοοικονομική ευημερία έχουν ευθεία σχέση και αλληλεπίδραση με τη δημόσια υγεία, αυτομάτως πρακτικές που προωθούν τη βιωσιμότητα δεν αφορούν μόνο την προστασία του περιβάλλοντος αλλά μπορούν να οδηγήσουν στην πρόληψη ασθενειών και τη βελτίωση της κοινωνικής υγείας (Etse, McMurray και Muenjohn, 2021).

Κεφάλαιο 4. Παγκόσμιες στρατηγικές για τη δημόσια υγεία

4.1. Ο Στόχος 3 «Καλή υγεία και ευημερία» εις βάθος

Ο σχεδιασμός των δράσεων για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο σήμερα απαιτεί όχι μόνο μία αλλαγή νοοτροπίας προς μία νέα πολιτική και κοινωνική προσέγγιση. Απαιτεί καθαρό όραμα και επιλογές για τον τρόπο ζωής του ανθρώπου και κατ'επέκταση την παγκόσμια διακυβέρνηση της υγείας. Εκκινώντας από αυτή τη συζήτηση και πριν τη χάραξη συγκεκριμένων και μετρήσιμων στόχων κατά τον απολογισμό των MDG και όσα έλαβαν χώρα τα πρώτα 15 χρόνια του τρέχοντος αιώνα αυτή η βούληση οδήγησε σε πέντε σημεία μετασχηματισμού για το αύριο. Πρακτικά αυτό για το σχεδιασμό των πολιτικών δημόσιας υγείας υπό αειφόρο πρίσμα και την ρητή δέσμευση πως «*κανείς δε μένει πίσω*» έφερε στο προσκήνιο ως πάγια αιτήματα πρώτον την εισαγωγή της καθολικής κάλυψης της υγείας για όλους, δεύτερον την αντιμετώπιση των μη μεταδοτικών ασθενειών που ταλανίζουν τους πληθυσμούς σήμερα και τρίτον τη διευθέτηση όλων εκείνων των στόχων που παρέμειναν ανολοκλήρωτοι στους MDGs (λοιμώδη νοσήματα, υγεία γυναικών και παιδιών) (Kickbusch, 2014).

Με την αναγνώριση ότι ο κόσμος σήμερα αλλάζει ραγδαία με ρυθμούς που όμοιοί τους δεν έχουν υπάρξει ξανά σε κοινωνικό, επιδημιολογικό και δημογραφικό επίπεδο, η παγκόσμια υγεία απαιτεί τη χάραξη παγκόσμιων στρατηγικών. Αυτές οι στρατηγικές αυταπόδεικτα οφείλουν να είναι βιώσιμες ώστε να βελτιώνουν και τις συνθήκες υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού στο διηνεκές του χρόνου και να μειώνουν τις ανισότητες (Fischer και Carow, 2022).

Όπως αναλύθηκε εκτενώς και στο κεφάλαιο 2, οι στόχοι δεν δύναται να αναλυθούν και να επιδιωχθούν μεμονωμένα αλλά πάντοτε σε συνάρτηση με τους υπόλοιπους. Ωστόσο είναι δυνατόν όπως καταγράφει ο Venkatesh (2022), πρώτον να διαχωριστούν σε 8 κατηγορίες (Πίνακας 1) όπου εμπίπτουν αναφορικά με τον πυλώνα ή τους πυλώνες (όπου τέμνονται περισσότεροι του ενός) της βιωσιμότητας με την προσθήκη της κατηγορίας της «*διακυβέρνησης/πολιτικής βούλησης*», και δεύτερον οι επιμέρους στόχοι αλλά και οι δείκτες που τους καθορίζουν να χαρακτηριστούν ως προς τη μέτρησή τους ως ποσοτικοί, ημι-ποσοτικοί ή ποιοτικοί.

Ο τρίτος στόχος χαρακτηρίζεται ως στόχος που εκφράζει την κοινωνική διάσταση της βιωσιμότητας (Delli Paoli & Addeo, 2019) και αποτελείται από 13 επιμέρους στόχους (targets) και 24 δείκτες (indicators). Οι στόχοι εστιάζουν στη θεραπεία, την πρόληψη και την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας ενώ οι δείκτες προσφέρουν ένα ευρύ πλαίσιο ουσιαστικής μέτρησης της προόδου προς την πραγμάτωσή τους. Με ποσοτικοποιημένα δεδομένα για τις ποικίλες διαστάσεις της υγείας αλλά και της ευημερίας οι δείκτες καθίστανται εξαιρετικά βοηθητικοί στη συνεχή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών, των

παρεμβάσεων και των επενδύσεων που απαιτούνται (Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του Ο.Η.Ε., 2016).

Πυλώνας	SDG (Στόχος)	Ονομασία
Κοινωνικός	2	Μηδενική πείνα
	3	Καλή υγεία και ευημερία
	4	Ποιοτική εκπαίδευση
	5	Ισότητα των φύλων
	10	Λιγότερες ανισότητες
Οικονομικός	9	Βιομηχανία, καινοτομία και υποδομές
Περιβαλλοντικός	13	Δράση για το κλίμα
	14	Ζωή στο νερό
	15	Ζωή στη στεριά
Κοινωνικοοικονομικός	1	Μηδενική φτώχεια
	8	Αξιοπρεπής εργασία και οικονομική ανάπτυξη
Περιβαλλοντικός-οικονομικός	7	Φτηνή και καθαρή ενέργεια
Κοινωνικός-περιβαλλοντικός	6	Καθαρό νερό και αποχέτευση
Περιλαμβάνει και τους τρεις πυλώνες	11	Βιώσιμες πόλεις και κοινότητες
	12	Υπεύθυνη κατανάλωση και παραγωγή
Διακυβέρνηση – Πολιτική βούληση	16	Ειρήνη, δικαιοσύνη και ισχυροί θεσμοί
	17	Συνεργασία για τους στόχους

Πίνακας 1. Οι 17 SDG κατηγοριοποιημένοι σύμφωνα με τους τρεις πυλώνες της βιωσιμότητας (Venkatesh, 2022).

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται αναλυτικά τόσο οι επιμέρους στόχοι όσο και οι αντίστοιχοι δείκτες. Όπως και όλοι οι στόχοι της Ατζέντας 2030 η αρίθμησή τους λαμβάνει χώρα με αύξουσα σειρά συνοδευόμενη από τον αριθμό 3 (τονίζοντας τον SDG αναφοράς).

Επιμέρους στόχοι	Δείκτες
3.1. Έως το 2030, μείωση του ποσοστού της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας σε λιγότερους από 70 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις.	3.1.1. Μητρική θνησιμότητα ανά 100.000 γεννήσεις
	3.1.2. Ποσοστό γεννήσεων που παρακολουθούνται από ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό

<p>3.2. Έως το 2030, τερματισμός των αποτρέψιμων θανάτων νεογνών και παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε ετών, με στόχο όλες οι χώρες να μειώσουν τη νεογνική θνησιμότητα στους 12 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις και την παιδική, κάτω των πέντε ετών, θνησιμότητα στους 25 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις</p>	3.2.1 Ποσοστό θνησιμότητας παιδιών ως πέντε ετών
	3.2.2 Ποσοστό θνησιμότητας νεογνών
<p>3.3. Έως το 2030, τερματισμός των επιδημιών του AIDS, της φυματίωσης, της ελονοσίας και άλλων παραμελημένων τροπικών ασθενειών, και καταπολέμηση της ηπατίτιδας, των ασθενειών που μεταδίδονται μέσω του νερού καθώς και άλλων μεταδοτικών ασθενειών</p>	3.3.1. Αριθμός νέων μολύνσεων HIV ανά 1000 μη μολυσμένους
	3.3.2. Επίπτωση φυματίωσης ανά 1000 άτομα ανά έτος
	3.3.3. Επίπτωση ελονοσίας ανά 1000 άτομα ανά έτος
	3.3.4. Επίπτωση ηπατίτιδας Β ανά 1000 άτομα ανά έτος
	3.3.5. Αριθμός ατόμων που χρειάζονται παρεμβάσεις
<p>3.4. Έως το 2030, μείωση κατά το ένα τρίτο της πρόωρης θνησιμότητας από μη-μεταδοτικές ασθένειες μέσω της πρόληψης και της θεραπείας, και προώθηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας</p>	3.4.1. Αριθμός ατόμων που χρειάζονται παρεμβάσεις ενάντια σε παραμελημένες τροπικές νόσους
	3.4.2. Ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονίες
<p>3.5. Ενίσχυση της πρόληψης και της θεραπείας της κατάχρησης ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και της επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ</p>	3.5.1. Κάλυψη των θεραπευτικών παρεμβάσεων (φαρμακολογικές, ψυχοκοινωνικές και αποκατάστασης και υπηρεσίες μεταθεραπείας) για τις διαταραχές χρήσης ουσιών
	3.5.2. Επιβλαβής χρήση αλκοόλ, η οποία ορίζεται σύμφωνα με το εθνικό πλαίσιο ως κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ (ηλικίας 15 ετών και άνω) εντός ενός ημερολογιακού έτους σε λίτρα καθαρής αλκοόλης
<p>3.6. Έως το 2030, μείωση του αριθμού των παγκόσμιων θανάτων και τραυματισμών από τροχαία ατυχήματα</p>	3.6.1. Αριθμός θανάτων από τροχαία δυστυχήματα σε 30 ημέρες ανά 100.000 άτομα

<p>3.7. Έως το 2030, διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, της ενημέρωσης και εκπαίδευσης, και της ενσωμάτωσης της αναπαραγωγικής υγείας σε εθνικές στρατηγικές και προγράμματα</p>	<p>3.7.2. Ποσοστό γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία (15-49) που καλύπτεται η ανάγκη τους για οικογενειακό προγραμματισμό με σύγχρονες μεθόδους</p>
	<p>3.7.2. Ποσοστό γεννήσεων σε εφηβικό πληθυσμό (10-14 και 15-19 ετών) ανά 1.000 γυναίκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας</p>
<p>3.8. Επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας των οικονομικών κινδύνων, πρόσβαση σε βασικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, καθώς και πρόσβαση όλων σε ασφαλή, αποτελεσματικά, ποιοτικά και προσιτά βασικά φάρμακα και εμβόλια</p>	<p>3.8.1.Κάλυψη των παρεμβάσεων εντοπισμού (π.χ. παιδικός εμβολιασμός, αντιρετροϊκή θεραπεία, θεραπεία φυματίωσης, θεραπεία υπέρτασης, ειδικευμένος φροντιστής κατά τον τοκετό, κ.λ.π.)</p>
	<p>3.8.2.Κλάσμα του πληθυσμού που προστατεύεται από καταστροφικές/φτωχοποιητικές δαπάνες για τις δαπάνες υγείας</p>
<p>3.9. Έως το 2030, διασφάλιση της ουσιαστικής μείωσης του αριθμού των θανάτων και των ασθενειών που οφείλονται σε επικίνδυνες χημικές ουσίες καθώς και στη ρύπανση και τη μόλυνση του αέρα, των υδάτων και του εδάφους</p>	<p>3.9.1 Ποσοστό θνησιμότητας που αποδίδεται σε οικιακή και ατμοσφαιρική ρύπανση</p>
	<p>3.9.2* Ποσοστό θνησιμότητας που αποδίδεται σε επικίνδυνες χημικές ουσίες, ρύπανση και μόλυνση των υδάτων και του εδάφους</p>
<p>3.α. Ενίσχυση της εφαρμογής της Σύμβασης Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού σε όλες τις χώρες, ως ενδείκνυται</p>	<p>3.α.1. Ηλικιακός επιπολασμός της χρήσης προϊόντων καπνού σε άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω</p>
<p>3.β. Υποστήριξη της έρευνας και της ανάπτυξης εμβολίων και φαρμάκων για μεταδοτικές και μη ασθένειες, οι οποίες επηρεάζουν κυρίως τις αναπτυσσόμενες χώρες, και παροχή πρόσβασης σε προσιτά βασικά φάρμακα και εμβόλια, σύμφωνα με τη Δήλωση της Ντόχα σχετικά με τη</p>	<p>3.β.1. Μεριδα του πληθυσμού με οικονομική πρόσβαση σε φάρμακα και εμβόλια σε βιώσιμη βάση</p>

<p>Συμφωνία TRIPS και τη Δημόσια Υγεία, η οποία επιβεβαιώνει το δικαίωμα των αναπτυσσόμενων χωρών να κάνουν πλήρη χρήση των διατάξεων της Συμφωνίας για τα Δικαιώματα Διανοητικής Ιδιοκτησίας στον Τομέα του Εμπορίου (TRIPS) αναφορικά με τις ευελιξίες που παρέχονται για την προστασία της δημόσιας υγείας, και ιδίως για την πρόσβαση όλων σε φαρμακευτική αγωγή</p>	<p>3.β.2. Συνολική καθαρή επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια προς τους τομείς ιατρικής έρευνας και τους βασικούς τομείς υγείας</p>
<p>3.γ. Ουσιαστική αύξηση της χρηματοδότησης για την υγεία και των προσλήψεων, ανάπτυξη, εκπαίδευση και διατήρηση του υγειονομικού δυναμικού των αναπτυσσόμενων χωρών, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και στα μικρά αναπτυσσόμενα νησιωτικά κράτη</p>	<p>3.γ.1. Πυκνότητα και κατανομή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας</p>
<p>3.δ. Ενίσχυση της ικανότητας όλων των χωρών, και ιδίως των αναπτυσσόμενων, για την έγκαιρη προειδοποίηση, τη μείωση και τη διαχείριση των εθνικών και παγκόσμιων κινδύνων για την υγεία</p>	<p>3.δ.1. Ποσοστό των χαρακτηριστικών των 13 βασικών ικανοτήτων που έχουν επιτευχθεί σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή</p>

Πίνακας 2. Επιμέρους στόχοι (targets) και δείκτες (indicators) του SDG 3 (Οικονομικό και κοινωνικό συμβόλαιο του Ο.Η.Ε., 2016).

4.2. Όρια και προκλήσεις για την επίτευξη του στόχου 3

Απομακρυνόμενοι από το οξύμωρο των MDG και υιοθετώντας μία αδιαίρετη και παγκόσμια προσέγγιση ο τρίτος στόχος της Ατζέντας 2030 επιχειρεί να υπερκεράσει τις προκλήσεις που παρουσιάζονται τόσο για την ανάπτυξη όσο και για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε αυτό το σημείο ο Missoni (2022) στέκεται κυρίως στο μεγαλύτερο εμπόδιο για την πραγμάτωσή του το οποίο οφείλεται τόσο στη διασυννοριακή φύση του όσο και στις πολλαπλές του διαστάσεις και τη διασύνδεσή τους με τα ποικίλα συστήματα υγείας. Κατά αυτή την έννοια, η εκπλήρωση και η βιωσιμότητα του στόχου εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από ζητήματα διακυβέρνησης και συντονισμού σε διεθνές επίπεδο. Εάν αυτά τα ζητήματα δεν ρυθμιστούν μέσω κατάλληλων διαδικασιών και συστημάτων, τότε η επίτευξη του στόχου θα βρίσκεται διαρκώς υπό απειλή.

Σημαντικό εμπόδιο για την πραγμάτωση του στόχου είναι σίγουρα και η αναπόφευκτη αντίφαση μεταξύ της «διαρκούς» ανάπτυξης με αμετάβλητα μοτίβα παραγωγής και κατανάλωσης και της βιωσιμότητας. Εντός των πλανητικών ορίων που ορίζουν ένα ασφαλές χώρο λειτουργίας για την ανθρωπότητα, η

«διαρκής» ανάπτυξη δεν δύναται να είναι συμβατή με τη βιωσιμότητα (Meadows, D. H. & Club of Rome, 1972). Παρά ταύτα και ενόσω η πανδημία COVID-19 έθεσε σε περαιτέρω πίεση τα παγκόσμια συστήματα ταυτοχρόνως όσον αφορά την υγεία, την κοινωνία και την οικονομία, η υιοθέτηση των SDG παρουσιάζεται σαν μία νέα οπτική στις πολιτικές ανάπτυξης στο παγκόσμιο πλαίσιο της όλο και αυξανόμενης πολυπλοκότητας και των πρωτοφανών προκλήσεων ιδίως διότι τονίζει συνεχώς αυτές τις αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των διαφορετικών στόχων και την αναπόσπαστη σχέση τους (Missoni, 2022).

Σημαντικό οργανωσιακό και χρηματοοικονομικό εμπόδιο στέκεται παραλλήλως και η κάθετη δομή παροχής βοήθειας από τις ισχυρότερες οικονομικά χώρες στις λεγόμενες αναπτυσσόμενες (στις οποίες απευθύνονταν οι περισσότερες στρατηγικές ανάπτυξης όπως οι MDG). Οι προσεγγίσεις αυτές καθοδηγούμενες «από τα πάνω προς τα κάτω» δεν έδρεψαν τους αναμενόμενους καρπούς με κύριο αίτιο την έλλειψη συντονισμού, την αναποτελεσματική χρήση της χρηματοδότησης και της έντονης εστίασης στη βελτίωση της ατομικής υγείας μέσα από προγράμματα για συγκεκριμένες ασθένειες αλλά όχι για τη δημόσια υγεία ως σύνολο ή την προάσπισή της σε κοινοτικό επίπεδο. Συνεπώς η εξέλιξη των παρεμβάσεων και έργων που λάμβαναν χώρα κατά αυτό τον τρόπο δεν είχαν την αναμενόμενη εξέλιξη έχοντας συχνά ακόμα και αρνητικές επιπτώσεις για την υγειονομική κατάσταση της χώρας ή της περιοχής που απευθύνονταν. Οι προτροπές του Π.Ο.Υ. και οι δεσμεύσεις των ηγετών σε σειρά ετών για καθολική και παγκόσμια παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εν τέλει κρίθηκαν ως επί το πλείστον αναποτελεσματικές και η τελική ευθύνη και προσημονία για αποτελέσματα σε μεγάλο χρονικό διάστημα από τον αρχικό σχεδιασμό τέθηκαν και εξακολουθούν να τίθενται επίσης συνεχώς υπό αμφιβολία (Laaser και Epstein, 2010).

Τα συστήματα υγείας για να επιτελέσουν το βασικό τους ρόλο και τους στόχους τους βασίζονται κατά βάση σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2007) σε πέντε θεμελιώδεις παράγοντες: την ηγεσία και τη διακυβέρνηση, τους ανθρώπινους πόρους, τα ιατρικά προϊόντα και την τεχνολογία, την κινητοποίηση και την κατανομή κεφαλαίων και την παροχή υπηρεσιών. Αυτά τα θεμέλια αλληλοεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους με στόχο την ορθή λειτουργία του εκάστοτε συστήματος αλλά τα ίδια τα συστήματα υγείας υπόκεινται σε ισχυρές δυνάμεις που επηρεάζουν δραστικά τις χαρασσόμενες πολιτικές (Π.Ο.Υ., 2010). Η αποτελεσματικότητα (σωστή χρήση των πόρων και πραγμάτωση στόχων) και τελικά η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας δέχεται πολλαπλές πιέσεις από μία πλειάδα εξωτερικών παραγόντων και φαινόμενα που ξεπερνούν τα στενά όρια και τον έλεγχο των εθνικών αρχών (Missoni, 2022).

Σε επίπεδο διακυβέρνησης οι διακρατικές και μακροοικονομικές πολιτικές που επιβάλλονται και επηρεάζουν είτε φτωχότερα κράτη όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως είτε κράτη που επλήγησαν από οικονομικές κρίσεις κι υφέσεις ιδιαίτερα κατά την περασμένη δεκαετία δημιουργούν ένα κράμα νέων προκλήσεων που καθιστούν ακόμα πιο σύνθετη τη διαχείριση και μεγεθύνουν περαιτέρω τα κόστη

(Kondilis et al., 2013, Lister, 2008). Αναφορικά με τους ανθρώπινους πόρους, την πρόσβαση σε προϊόντα και τεχνολογίες αλλά και τις χρηματοοικονομικές ροές και κατανομές, οι ανισότητες είναι και πάλι εμφανείς με πολλά κράτη να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση. Σε ίδιο μήκος κύματος κινείται και η παραγωγή αλλά και η διάθεση ιατρικών προϊόντων και τεχνολογιών σε μία αλληλένδετη παγκόσμια αγορά η οποία τείνει να συσσωρεύει ή να οδηγεί τους πόρους (αλλά και τις υπηρεσίες ακόμα και τους καταρτισμένους εργαζομένους) προς λίγες πλούσιες περιοχές, ενώ οι πλείστες φτωχές κοινότητες εξακολουθούν να παραμένουν αποκλεισμένες. Αναλυτικότερα η ανεπάρκεια αυτή δημιουργεί συνεχώς έναν ατέρμονο κύκλο που ενισχύει εκ νέου το φαινόμενο του «*brain drain*» δηλαδή την υψηλής εντάσεως μετακίνηση ανθρώπινου κεφαλαίου και δη με υψηλή κατάρτιση σε εξειδικευμένους τομείς (όπως της υγείας) από μία χώρα σε μία άλλη πλουσιότερη η οποία δύναται να παρέχει περισσότερες ευκαιρίες ανάπτυξης, αμοιβής και βιοτικού επιπέδου (Giannoccolo, 2009). Παράλληλα, η περιορισμένη πρόσβαση ενός κράτους σε ιατρικά προϊόντα και τεχνολογίες λόγω των οικονομικών περιορισμών δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την παροχή αποτελεσματικής υγειονομικής φροντίδας (Missoni, 2022).

Η συνισταμένη της διαχείρισης και ευθυγράμμισης των τεσσάρων καίριων παραγόντων σκοπεύει πάντοτε στην αποτελεσματική απόδοση του πέμπτου προαναφερθέντος παράγοντα, αυτού της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας πάντοτε είναι το ζητούμενο σε παγκόσμιο επίπεδο με όποιο τρόπο κι αν διαρθρώνεται το εκάστοτε σύστημα. Ωστόσο συχνά το σύνολο ενός συστήματος υγείας λανθασμένα λογίζεται ως ταυτόσημο με την έννοια της παροχής υπηρεσιών. Αυτή η ταύτιση είναι εύκολο να αποδειχθεί πως βασίζεται σε μη σταθερά θεμέλια καθώς η παροχή των υπηρεσιών δεν είναι το σύστημα αλλά αυτό το οποίο κάνει το σύστημα. Εάν κάποιος από τους παράγοντες που το απαρτίζουν δεν επιτελέσει ορθά τη λειτουργία του τότε θα υπάρχουν επιπτώσεις τόσο στην απόδοση αλλά και στην ποιότητα και τελικά στο σύνολο της παροχής (Π.Ο.Υ., 2000).

Όπως αναγνωρίζουν οι Brandeau, Sainfort και Pierskalla (2004) οι προκλήσεις τόσο του παρελθόντος όσο και του μέλλοντος ασφαλώς διέπονται από διαφορετικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τον πλούτο (μέσο εισόδημα) μίας χώρας αλλά παρουσιάζουν και κοινά παγκόσμια γνωρίσματα που στέκονται ως εμπόδια στη χάραξη μίας οικουμενικής βιώσιμης στρατηγικής. Για τις χώρες με χαμηλότερο και μεσαίο εισόδημα ανά κάτοικο, η πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες υγείας είναι δυσχερής λόγω των περιορισμένων πόρων με τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία να είναι λιγότερο από 15 δολάρια ανά έτος και τις ανεπαρκείς υποδομές να διαδραματίζουν επίσης έναν τεράστιο αναχαιτιστικό ρόλο. Η αναγνώριση από παρεμφερείς έρευνες των προβλημάτων και των πλουσιότερων (εισοδηματικά ανά κάτοικο) χωρών έφερε στο προσκήνιο και άλλες όψεις του παγκόσμιου προβλήματος και προλείανε τα επόμενα χρόνια το δρόμο για ριζοσπαστικές και συνάμα πιο σφαιρικές προσεγγίσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσε η αναγνώριση του προβλήματος πως παρά τις υπέρογκες δαπάνες σε κράτη όπως οι Η.Π.Α. δεν υπήρξε και

κατακόρυφη αύξηση του προσδόκιμου ζωής ή της ποιότητας ζωής κατά το αναμενόμενο (χώρες με μικρότερες δαπάνες είχαν αρτιότερα συστήματα δημόσιας υγείας). Ταυτόχρονα διαπιστώθηκε πως υπάρχουν τεράστια επίπεδα ανισότητας και εντός των ίδιων των χωρών. Με την πάροδο των ετών τα προβλήματα αυτά διογκώνονται για κάθε κράτος, διότι αυξάνονται οι ανάγκες λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της ποσοστιαίας μεγαλύτερης ύπαρξης χρόνιων ασθενειών ενώ και η παροχή υπηρεσιών και φαρμάκων γνωρίζει μία συνεχή αύξηση στο κόστος της. Η παροχή υπηρεσιών αντιμετωπίζει στο διηνεκές του χρόνου μία σειρά από προβλήματα που προσβάλλουν την απόδοση και συνδέονται κατ'αρχάς με την πολιτική που ασκείται και χαράσσεται και έπειτα με τις ατέλειες του ίδιου του πολιτικού συστήματος όπως είναι οι αντικρουόμενες και ασταθείς πολιτικές, η έλλειψη προοπτικής και επίβλεψης, η πολυδιάσπαση του τομέα της υγείας και οι ηθικοί κίνδυνοι που ενέχουν (Wild et al., 2012).

Από μία έτερη οπτική γωνία ο Eckerman (2017) βασίζει την κριτική του για τις προκλήσεις που ορθώνονται στο δρόμο για την επίτευξη του τρίτου στόχου της Ατζέντας 2030 και τη δημόσια υγεία αλλά και την ευημερία ευρύτερα σε μία σειρά από σημεία που περιστρέφονται γύρω από την προσκόλληση σε παραδοσιακές έννοιες και αντιλήψεις που προέρχονται από τον 20^ο αιώνα και είναι ήδη ξεπερασμένα εφόσον δε λειτούργησαν ως καταλύτες για ρηξικέλευθες αλλαγές στις προηγούμενες ανάλογες προσπάθειες βελτιστοποίησής τους. Αυτά ακριβώς τα σημεία που αναγνωρίζονταν ξανά και ξανά ως ανασταλτικοί παράγοντες για τα συστήματα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα πρακτικά εγκλωβίζουν τον οραματισμό αφού παραμένουν άκαμπτα ως ρητορικοί άξονες παρά το μεγάλοπνοο και φιλόδοξο σχεδιασμό και την ομολογουμένως νέα και ολιστική προσέγγιση επί του ζητήματος (και των ζητημάτων βιωσιμότητας εν γένει) ως συλλογική ευθύνη (και όχι ως παροχή βοήθειας σε «θύματα» αδικιών και *ευάλωτους* πληθυσμούς). Η συνεχής έμφαση στους «*συμβατικούς*» δείκτες υγείας όπως η θνησιμότητα και οι επιπτώσεις των ασθενειών κατά τον Eckerman σκεπάζει το πνεύμα του στόχου παρακάμπτοντας την προοπτική ενσωμάτωσης και έμφασης σε ευρύτερες έννοιες της υγείας των οποίων η σημαντικότητα αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο όπως είναι η ψυχική, η κοινωνική και η περιβαλλοντική ευημερία. Η ευημερία όμως όπως διεξοδικά αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 2 πάντα ήταν πολύ δύσκολο να οριστεί. Οι διαφορετικές πολιτιστικές και φιλοσοφικές κατανοήσεις της ευτυχίας, της ευημερίας και της ευεξίας περιπλέκουν ακόμα περισσότερο την υιοθέτηση μιας παγκόσμιας, μονοδιάστατης προσέγγισης για την παρακολούθηση και την προώθηση της υγείας ή της ποιότητας ζωής σε ένα ενιαίο πλαίσιο. Η έως τώρα πρόοδος για τη γεφύρωση αυτού του εννοιολογικού χάσματος δε βρίσκει ακριβή εφαρμογή με αντίκτυπο στους στόχους και τους δείκτες που έχουν τεθεί με αποτέλεσμα να παρατηρείται ακόμα και αυτή τη φορά ένα έλλειμμα σε μετρήσεις και αποτελέσματα. Η δυσκολία να υιοθετηθούν διατομεακοί και υποκειμενικοί δείκτες για την παρακολούθηση της ευημερίας αποδίδεται εν μέρει στην έμφαση στις ποσοτικές μετρήσεις αλλά και τη γενική ανησυχία και ατολμία για την υιοθέτηση νέων, πιθανότατα περιπλοκότερων και

ρηξικέλευθων μεθόδων αξιολόγησης που απαιτούν μία λεπτομερή κατανόηση της ίδιας της ευημερίας σε ευρεία (παγκόσμια) κλίμακα.

Όπως κάθε μεταστροφή που επιχειρείται προς μία αειφόρα και άρα ανθεκτική κατεύθυνση η κυριότερη αλλαγή εδράζεται στη σκέψη. Εκείνη πρωτίστως αντιλαμβάνεται, ορίζει και ορίζεται από τη δημόσια υγεία ενώ μακροσκοπικά την επηρεάζει και επηρεάζεται από αυτή. Η αλλαγή του τρόπου σκέψης συνιστά μία αλλαγή θεώρησης στον τρόπο που νοείται κάθε παράγοντάς της είτε είναι κοινωνικός, πολιτιστικός, φυσικός, περιβαλλοντικός, εμπορικός, οικονομικός ή πολιτικός. Υπό αυτή τη σκοπιά σε έναν ολοένα και πιο συνδεδεμένο αλλά και μεταβαλλόμενο κόσμο ήδη πολλά έχουν αλλάξει και αλλάζουν συνεχώς από τις αυγές της δεκαετίας του 2010 όταν και καθορίστηκε ο στόχος. Νέες προκλήσεις προστίθενται στις ήδη υπάρχουσες απαιτώντας συνεχώς εφισταμένη προσοχή και κατάρτιση νέων στρατηγικών. Με την αύξηση των διεθνών μετακινήσεων πληθυσμών, αναδύονται περίπλοκα ζητήματα που αφορούν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την υγιεινή, την ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση και την προστασία των δικαιωμάτων των μεταναστών. Οι διακρίσεις και οι περιορισμοί στην πρόσβαση στην υγεία συχνά προκύπτουν από πολιτικές επιλογές που δίνουν έμφαση σε θέματα ασφάλειας έναντι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της δικαιοσύνης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να απορρίπτονται ή να περιορίζονται τα δικαιώματα υγείας για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες παρά τη φαινομενική υποχρέωση των κρατών να παρέχουν ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη προς όλους σύμφωνα με τις χάρτες ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Παρομοίως η μείζονα απειλή της κλιματικής αλλαγής επηρεάζει την υγεία σε ευρεία κλίμακα και απαιτεί συνέργειες για την αντιμετώπισή της και την προσαρμογή σε αυτή, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης υγιέστερων μορφών αστικοποίησης, αειφόρων πηγών ενέργειας και ενός πιο βιώσιμου συστήματος διατροφής. Ίσως όμως τον πιο μεγάλο αντίκτυπο στη διάρθρωση της κοινωνίας στην καθημερινή ζωή και την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο φέρει η ραγδαία ψηφιοποίηση. Μία αλλαγή ανόμοια με κάθε άλλη κοινωνική, τεχνολογική ή οικονομική εξέλιξη του παρελθόντος. Η ψηφιοποίηση λογίζεται ως μία συνεχής και αδιάκοπη διαδικασία που επηρεάζει το ίδιο αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες καθιστάμενη πλέον όχι απλώς μία ακόμα άνεση αλλά ανάγκη. Η σύγχρονη τεχνολογία επικοινωνιών αποτελεί βασικό εργαλείο για την πρόοδο και την αντιμετώπιση κοινωνικών ζητημάτων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως στρατηγικό βοήθημα για την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας και της πραγμάτωση των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης εν γένει (Labrique et al., 2018, Fischer και Carow, 2022). Παρά τις προοπτικές αυτές ωστόσο παραμένουν κρίσιμα ερωτήματα σχετικά με τις ηθικές και δεοντολογικές επιπτώσεις και του αποτυπώματος που παραμένει στο ψυχοκοινωνικό γίγνεσθαι (Dockweiler και Fischer, 2019).

Ως επιστέγασμα η δημόσια υγεία εκλαμβάνομενη ολιστικά και στο πλαίσιο του οράματος του τρίτου στόχου σε πλήρως συντονισμένο μήκος κύματος με τη φιλοσοφία των 17 Στόχων ως σύνολο, έχει

απολήξεις που συνδέονται με μία πλειάδα συστημάτων που εκ πρώτης όψεως και παραδοσιακά δεν χαρακτηρίζονται ως συνυφασμένα με την υγεία. Πρακτικά όμως οι στόχοι αυτοί και τα συστήματα στα οποία εδράζονται έχουν άμεση σχέση με την υγεία και ασφαλώς την ευημερία μέσω πτυχών τους όπως η μείωση της φτώχειας (Στόχος 1), η εξάλειψη της πείνας (Στόχος 2), η πρόσβαση σε ποιοτική εκπαίδευση (Στόχος 4), η διαχείριση των υδάτων (Στόχος 6), η ελαχιστοποίηση της ανεργίας (Στόχος 8), η διαχείριση των ανθρωπογενών πηγών ρύπανσης του περιβάλλοντος (Στόχος 13) και η διαφθορά και η βία (Στόχος 16) (Eckerman, 2017). Οι κίνδυνοι που ενέχουν για τη βιωσιμότητα των συστημάτων πηγάζουν από την εμπορευματοποίηση της υγείας αλλά και των κοινωνικών υπηρεσιών υπό την κυριαρχία της ιδεολογίας του νεοφιλελευθερισμού και των αυξανόμενων δυνάμεων της αγοράς. Εάν γίνει κατανοητή τόσο η διακλάδωση της αντίληψης της δημόσιας υγείας ως αναπόσπαστο μέρος ενός ευρύτερου συνόλου δραστηριοτήτων που αλληλεπιδρούν, όσο και το γεγονός πως οι δυνάμεις που ασκούν επιρροή στα συστήματα υγείας είναι κατά βάση διασυννοριακές και εξαρτώνται από μία πλειάδα συνισταμένων, τότε θα είναι και ευκολότερο να υπερκεραστούν τα εμπόδια που ορθώνονται για τον τρίτο στόχο και την Ατζέντα 2030 γενικότερα μέσα από συνεργατικές, δίκαιες και περιβαλλοντικές προσεγγίσεις κατά την υιοθέτηση πολιτικής (McInnes και Lee, 2012, Missoni, 2022).

4.3. Αλληλεπίδραση, συνέργειες και συμβιβασμοί μεταξύ του στόχου 3 και των υπόλοιπων SDG

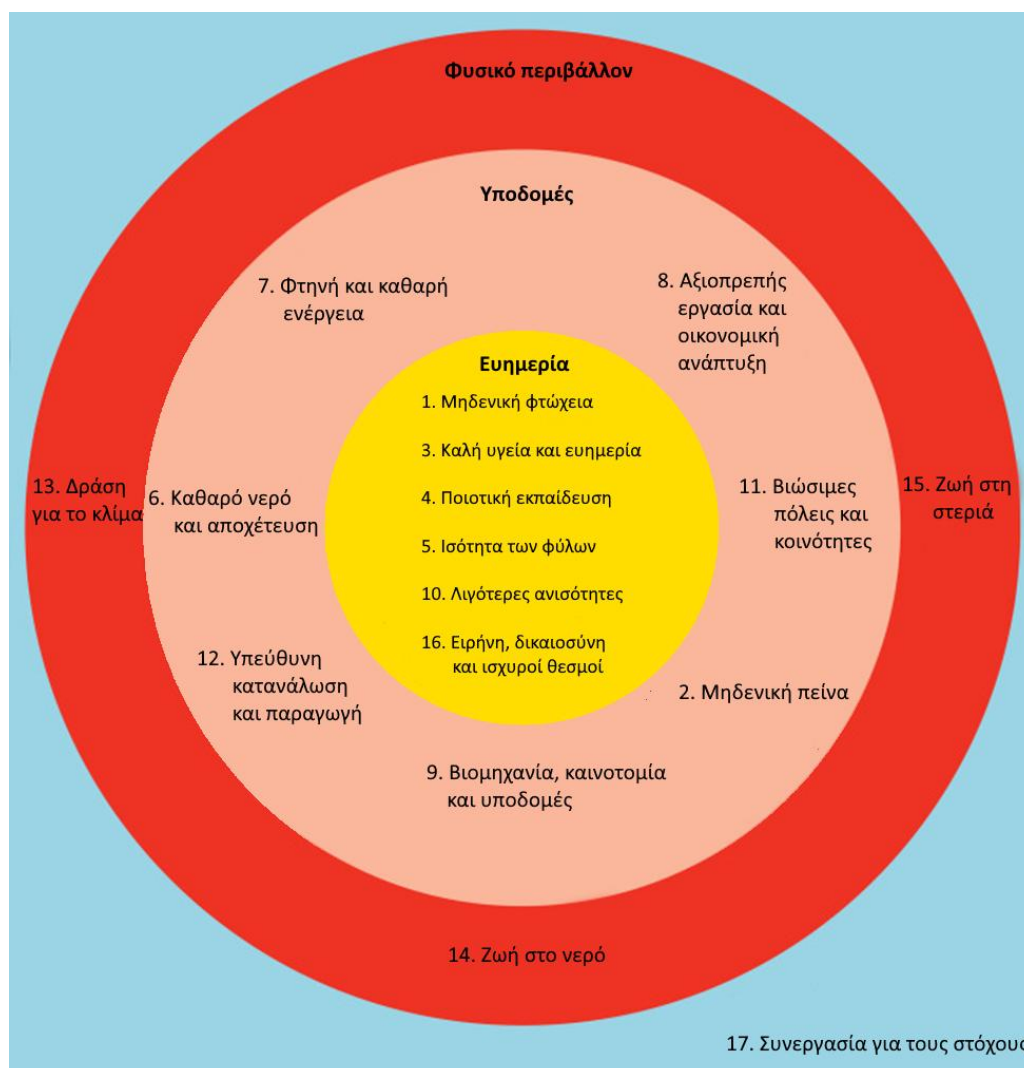
Η λήψη αποφάσεων, η εκπόνηση στρατηγικών και η χάραξη πολιτικής απαιτούν συνεχή εκτίμηση των αλληλεπιδράσεων τόσο μεταξύ των στόχων όσο και εσωτερικά μεταξύ των υποστόχων κάθε στόχου. Η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων αυτών κρίνεται εξαιρετικά σημαντική για την πραγμάτωση της Ατζέντας 2030 διότι μελετώντας τη σχέση μεταξύ όλων των στόχων είναι εφικτό να εντοπιστούν οι συνέργειες και οι συμβιβασμοί που δύναται να αναπτυχθούν μεταξύ τους. Ως συνέργειες περιγράφονται οι θετικές διαδράσεις όπου η πρόοδος ενός στόχου ενισχύει την πρόοδο ενός άλλου. Αντίθετα, ως συμβιβασμοί (trade-offs) αναφέρονται οι περιπτώσεις όπου η πρόοδος σε έναν στόχο καθίσταται εμπόδιο για την επίτευξη ενός άλλου (Pradhan et al., 2017).

Όσον αφορά τον στόχο 3, αν και η επιμέρους ρητορική και στοχοθεσία του δεν αναφέρεται ρητά στις κοινωνικές παραμέτρους και πώς αυτές επιδρούν στη δημόσια υγεία ή την ευεξία (CSDH, 2008), η σημαντικότητα και συνεπώς η ολοκλήρωσή του ως ένας εξέχων κοινωνικός στόχος καταδεικνύεται μελετώντας εις βάθος τους υπόλοιπους στόχους και εντοπίζοντας κατόπιν τα σημεία εκείνα όπου υπογραμμίζονται βασικά ως έννοιες. Εντός των 17 στόχων αναπτύσσονται λεπτομερώς ζητήματα όπως η κοινωνική διαστρωμάτωση, οι κοινωνικές σχέσεις, οι διακρίσεις, τα κοινωνικά δίκτυα και η χρήση τους, η αγορά εργασίας, οι συνθήκες εργασίας, η εκπαίδευση, οι εισοδηματικές ανισότητες και η συμπεριφορά των

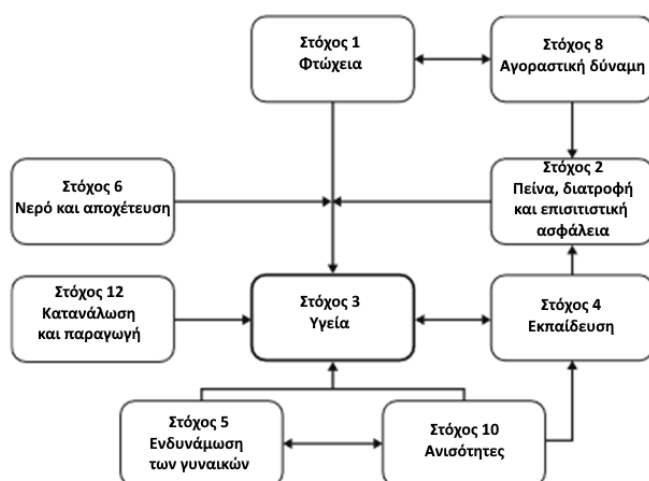
ατόμων τα οποία έρχονται σε άμεση και θεμελιώδη επαφή με την ευημερία και φυσικά την υγεία (Berkman, Kawachi και Glymour, 2014).

Συγκεντρώνοντας το σύνολο των στόχων σε τρεις ομόκεντρους κύκλους και τοποθετώντας τις δύο αυτές έννοιες στην καρδιά των κύκλων (Εικόνα 4) οι Waage et al. (2015) επιχειρούν να θέσουν εντός ενός πλαισίου τους στόχους διακρίνοντας τόσο τις δυνατότητες που προκύπτουν από την αλληλεπίδρασή τους όσο και τις προκλήσεις που αναδύονται από την εκάστοτε αντίθετη φύση τους. Σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό ο τρίτος στόχος τοποθετείται στην εσωτερική «στρώση» η οποία αφιερώνεται στην ανθρωποκεντρική διάσταση για τον ίδιο τον άνθρωπο και την ευημερία του σήμερα και στο μέλλον. Οι επόμενες «στρώσεις» περιλαμβάνουν τους στόχους που συνδέονται άμεσα πρώτα με το ανθρωπογενές περιβάλλον (υποδομές) και έπειτα το φυσικό. Κάθε στρώση σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση επικοινωνεί με τις υπόλοιπες ενώ εσωτερικά λαμβάνουν χώρα μία πλειάδα διαδράσεων οι οποίες αποσκοπούν στην πραγμάτωση του ίδιου σκοπού. Όπως παρατηρούν για την επίτευξη του οράματος για υγεία και ευεξία για όλους πέραν από την επίτευξη των τιθέμενων υποστόχων του ίδιου του στόχου 3 θα χρειαστεί να εξαλειφθούν όλες οι μορφές φτώχειας (στόχος 1), να υπάρχει παροχή σε ισότιμη εκπαίδευση (στόχος 4), να επιτευχθεί η ισότητα των φύλων (στόχος 5), να μειωθούν οι ανισότητες εντός και μεταξύ των κρατών (στόχος 10) και να προωθηθεί η ειρήνη (στόχος 16). Καθώς όμως η ευεξία και η υγεία των ανθρώπων βασίζεται σε πρόσθετες υπηρεσίες (στόχοι 8, 11, 9) πόρους (στόχος 6), ενέργεια (στόχος 7), και παραγόμενα αγαθά και τη διανομή τους (στόχοι 2, 12) εντάσσεται στη συζήτηση ο επόμενος ομόκεντρος κύκλος αυτός των υποδομών ο οποίος με τη σειρά του βασίζεται σαφώς σε ένα δομημένο και βασίζεται σε ένα ασφαλές και υγιές φυσικό περιβάλλον (στόχοι 13,14 και 15).

Η Fernandez (2020) ωστόσο υπογραμμίζει ότι η πολύπλευρη φύση των περισσότερων στόχων οδηγεί σε μία εξίσου πολύτροπη σύνδεση μεταξύ τους και η μελέτη αλλά και η κατανόηση εις βάθος κάθε σχέσης μεμονωμένα μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά χρονοβόρες ως διαδικασίες. Ταυτόχρονα συμπεραίνει πως η υγεία όντας στον πυρήνα της ανθρώπινης ανάπτυξης με το διττό ρόλο του αποτελέσματος και του προαπαιτούμενου, για να σημειώσει την αναμενόμενη πρόοδο ως τιθέμενος στόχος θα πρέπει να έχει ως συνακόλουθη την ταυτόχρονη και πολυεπίπεδη πρόοδο όλων των υπόλοιπων αναπτυξιακών μεταβλητών με τις οποίες ούτως ή άλλως είναι άρρηκτα συνδεδεμένη. Επιπρόσθετα από την ακαδημαϊκή και θεσμική εμπειρία η διάκριση ανάμεσα στους στόχους για τον καθορισμό προτεραιοτήτων εμφανίζεται ως αδύνατη έχοντας υπόψιν πως όλοι οι στόχοι ανεξαιρέτως αποτελούν κατοχυρωμένα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια κλίμακα.



Εικόνα 4. Πλαίσιο εξέτασης της αλληλεπίδρασης των 17 Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (Waage et al., 2015)



Εικόνα 5. Διάδραση και συνδεσιμότητα του στόχου 3 με τους υπόλοιπους (Fernandez, 2020).

Αν η Fernandez στη μελέτη της δίνει έμφαση σε συγκεκριμένες αλληλεπιδράσεις (Εικόνα 5) οι Howden-Charpman et al. (2017) επεκτείνουν το πεδίο εντρύφησης σε όλο το φάσμα των στόχων και της επαφής τους με το στόχο 3 ενώ επιχειρούν να μελετήσουν και την αλληλεπίδραση συγκεκριμένων υποστόχων με γνώμονα την εξασφάλιση των θετικών σημείων τομής και την ελαχιστοποίηση ή και αποφυγή των τριβών και αρνητικών τους αποτελεσμάτων.

4.3.1. Αλληλεπίδραση με το στόχο 1

Δίχως αναφορά στη φτώχεια και την εξάλειψη κάθε μορφής της είναι δύσκολο να εξασφαλιστεί η δημόσια ή κάθε είδους υγεία. Αναλόγως ένας υγιής πληθυσμός συνιστά και το βέλτιστο γρανάτζι για την οικονομική ανάπτυξη. Η αύξηση του εισοδήματος έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση των βασικών αναγκών αλλά και την αντιμετώπιση ασθενειών, ειδικότερα εκείνων που πλήττουν τους φτωχότερους εξ ημών (AIDS, ελονοσία, τροπικές ασθένειες κ.α.) αλλά και τις συνέπειες της κακής διατροφής.

4.3.2. Αλληλεπίδραση με το στόχο 2

Η πρόσληψη τροφής είναι κυριολεκτικά εννοιολογικά ταυτόσημη με την υγεία. Η διατροφή συνδέεται άμεσα με την ευεξία και την υγεία και είναι αμφίδρομη με την έννοια ότι η κακή υγεία μπορεί να μειώσει την ικανότητα των νοικοκυριών να παράγουν ή να αποκτούν τροφή. Η κάλυψη των θερμιδικών και διατροφικών αναγκών είναι βασική προϋπόθεση για την υγεία. Βραχυχρόνιες ή μακροχρόνιες διακοπές στην πρόσληψη τροφής και ποιότητας μπορούν να έχουν μεγάλες επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική ανάπτυξη από την προγεννητική περίοδο έως την παιδική ηλικία. Η καλή υγεία εξαρτάται από την κατανάλωση επαρκών συστατικών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενώ η μείωση της πείνας βελτιώνει άμεσα την υγεία και έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη.

4.3.3. Αλληλεπίδραση με το στόχο 4

Η πρόσβαση σε καλύτερης ποιότητας εκπαίδευση συνδέεται με καλύτερη υγεία, σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο. Τα εκπαιδευτικά επίπεδα της οικογένειας διαδραματίζουν μείζονα ρόλο στην υγεία των παιδιών, με την εκπαίδευση των γυναικών (μητέρων) να αποδεικνύεται ιδιαίτερος σημαντική στον αναπτυσσόμενο και αναπτυγμένο κόσμο. Η άτυπη εκπαίδευση και άλλες πηγές πληροφόρησης μπορούν επίσης να επηρεάσουν την υγεία αναφορικά με τις αποφάσεις που λαμβάνονται (όπως στην περίπτωση της αντίθεσης με τις πρακτικές εμβολιασμού). Η εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει άμεσα την υγεία μέσω αλλαγής συμπεριφοράς ή υιοθέτησης νέων τεχνολογιών ενώ είναι ικανή να επηρεάσει την υγεία στο διηνεκές του χρόνου εφόσον ανοίγει διόδους για καλύτερες ευκαιρίες και μεγαλύτερο εισόδημα. Παράλληλα η σχέση μεταξύ υγείας και εκπαίδευσης μπορεί να είναι αμφίδρομη, μιας και οι δυσχερείς συνθήκες υγείας είναι αναχαιτιστικοί παράγοντες για την απρόσκοπτη παρακολούθηση των σχολικών μαθημάτων.

4.3.4. Αλληλεπίδραση με το στόχο 5

Με δεδομένο πως η υγεία των γυναικών παραμελείται και υποχρηματοδοτείται συνεχώς παγκοσμίως, η προώθηση της ισότητας των φύλων σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε άμεσα οφέλη. Εκτός αυτού οι μητέρες είναι εκείνες οι οποίες λαμβάνουν τις περισσότερες αποφάσεις για την υγεία των παιδιών τους, επομένως η ενδυνάμωσή τους βελτιώνει τα αποτελέσματα υγείας των παιδιών. Άρα σε δύο επίπεδα

οι θετικές επιδράσεις στη δημόσια υγεία μπορεί αφενός να είναι άμεσες όταν βελτιώνονται οι πόροι ή αυξάνεται η προσβασιμότητά τους στις γυναίκες και αφετέρου έμμεσα μέσω της φροντίδας που παρέχεται στα παιδιά και τις γενιές του μέλλοντος.

4.3.5. Αλληλεπίδραση με το στόχο 6

Ομοίως είναι προφανής η σύνδεση της ορθής διαχείρισης των υδάτινων πόρων και δη η πρόσβαση σε καθαρό νερό και αποχετευτικά συστήματα. Οι υδατογενείς λοιμώξεις που είναι απότοκο της μη ύπαρξης και κατανάλωσης μη καθαρού νερού και η ποιοτική βελτίωση της διατροφής είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι παράγοντες με την υγεία. Ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες περιοχές όπου οι υδατογενείς λοιμώξεις νόσοι είναι ακόμα εξαιρετικά διαδεδομένες αλλά και σε περισσότερο ανεπτυγμένες περιοχές στις οποίες υπάρχει πλειάδα περιβαλλοντικών προβλημάτων το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο.

4.3.6. Αλληλεπίδραση με το στόχο 7

Οι τέμνουσες μεταξύ ενέργειας και υγείας παρουσιάζουν μία σειρά από ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις που αφορούν τόσο συνέργειες όσο και συμβιβασμούς. Από τη μία πλευρά ασφαλώς και η προσιτή ενέργεια έχει σημαντική συμβολή τόσο στην οικονομική ανάπτυξη όσο και την ύπαρξη και διαθεσιμότητα βασικών υπηρεσιών όπως η υγειονομική περίθαλψη, η συγκοινωνία και η θέρμανση. Αυτές οι υπηρεσίες συνδέονται άμεσα με τη δημόσια υγεία άρα η έλλειψη προσιτής ενέργειας είναι ικανή να δημιουργήσει ή να διευρύνει περαιτέρω τους κινδύνους για την υγεία όπως οι ασθένειες και η νοσηλεία το χειμώνα στις ψυχρότερες χώρες, και η ραγδαία αύξηση των θανάτων το καλοκαίρι στις θερμότερες. Η προσπάθεια όμως για παροχή ενέργειας προς όλους έχει ταυτόχρονα και αντίθετα αποτελέσματα σύμφωνα με τις αναλύσεις είτε βραχυπρόθεσμα (κλιματικοί ρύποι ή ρύπανση εσωτερικού χώρου από μη-καθαρά μέσα) είτε μακροπρόθεσμα (έμμεσες επιπτώσεις από την κλιματική αλλαγή από τη μακροχρόνια εκπομπή αερίων του θερμοκηπίου). Παράλληλα υπάρχει και ο γρίφος της πυρηνικής ενέργειας, η οποία ενέχει τους γνωστούς κινδύνους όσον αφορά την αποθήκευση των αποβλήτων της και σαφώς το συνεχές ρίσκο της εκούσιας ή ακούσιας απελευθέρωσής τους και την επαφή με τον άνθρωπο. Η τεχνολογία λοιπόν διαδραματίζει μείζονα ρόλο στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ υγείας και ενέργειας διότι σε περιπτώσεις διαβίωσης σε συνθήκες κακής υγείας και φτώχειας, η πρόσβαση σε καθαρότερες αλλά πιο ακριβές πηγές ενέργειας μπορεί να είναι περιορισμένη φέροντας όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα.

4.3.7. Αλληλεπίδραση με το στόχο 8

Εκ προοιμίου είναι εμφανές πως οι δύο στόχοι συγκλίνουν και συμπορεύονται και αυτό γίνεται εμφανές και μέσω της ανάλυσης των αλληλεπιδράσεων του τρίτου στόχου με όλους τους στόχους που προηγήθηκαν. Παρ'όλα αυτά και ενώ η ευημερία και η οικονομική άνθηση έχουν ως αποτέλεσμα πολλαπλά οφέλη για την υγεία είναι δυνατόν να δημιουργήσουν και προβλήματα για αυτή. Επί

παραδείγματι η οικονομική άνθιση είναι πολλές φορές συνυφασμένη με την μόλυνση του περιβάλλοντος (μία μορφή αυτής είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση). Παρόμοια προβλήματα παρουσιάζονται και σε περιπτώσεις όπου η κατανομή του πλούτου είναι κατά κανόνα άνιση (με την αύξηση φαινομένων βίας και την παρουσίαση προβλημάτων ψυχικής υγείας). Κατά συνέπεια όπως προκύπτει βιβλιογραφικά από μία σειρά από βιομηχανικούς κλάδους του πρωτογενούς αλλά και του δευτερογενούς τομέα η οικονομική ανάπτυξη δύναται να έχει αρνητικό (όπως έκθεση σε ρυπογόνες ουσίες, εργατικά ατυχήματα) πέρα από θετικό αντίκτυπο. Αν κατά κανόνα τα οφέλη για τη δημόσια υγεία είναι ολοένα και περισσότερα σε περιόδους (οικονομικής) ανάπτυξης, τα κράτη που βρίσκονται σε κάποιο μεταβατικό στάδιο τείνουν να συσσωρεύουν φαινόμενα αυξημένης θνησιμότητας λόγω τροχαίων ατυχημάτων αλλά και της προαναφερθείσας ρύπανσης της ατμόσφαιρας, ενώ τα λεγόμενα ανεπτυγμένα κράτη είναι αυτά που μαστίζονται κατά κύριο λόγο από τα μη-μεταδιδόμενα νοσήματα σχετιζόμενα με το συνεχώς μεταβαλλόμενο τρόπο ζωής. Συνεπώς η κοινή παραδοχή κλίνει προς το συμπέρασμα ότι οι φτωχότερες χώρες επωφελούνται σημαντικά (και ταυτόχρονα) στον τομέα της δημόσιας υγείας από την οικονομική ανάπτυξη με την παρουσία ωστόσο ποιοτικών και ασφαλιστικών δικλείδων που θα εγγυώνται καλύτερα περιβάλλοντα εργασίας λαμβάνοντας υπόψιν τις συνέπειες της μακροχρόνιας ανεργίας και της ενδεχόμενης απουσίας χρηματικών πόρων. Για να είναι πραγματικά και βιώσιμα τα οφέλη αυτά για την υγεία όλων, τα δυσμενή απότοκα της ανάπτυξης θα πρέπει να μετριάζονται μέσω της κοινωνικής και περιβαλλοντικής θεσμοθέτησης.

4.3.8. Αλληλεπίδραση με το στόχο 9

Παρομοίως με το στόχο 8 και την εργασία και την οικονομική ανάπτυξη στεκόμενη ως φυσική συνέχεια είναι σημαντική η εξέταση της αλληλεπίδρασης της υγείας με το ευρύτερο φάσμα των βιομηχανικών κλάδων, των υποδομών αλλά και των διαφόρων καινοτομιών και τις πολιτικές που λαμβάνονται σχετικά με αυτές. Σε βάθος χρόνου όπως προαναφέρθηκε οι τεχνολογικές εξελίξεις συνοδεύονται από κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που οδηγούν σε αλλαγή ολόκληρου του τρόπου ζωής και της δόμησης της καθημερινότητας. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται και οι εξελίξεις στο γενικότερο πεδίο των υποδομών, καινοτομιών και βιομηχανιών έχουν ως επί το πλείστον θετικές απολήξεις για τα ζητήματα υγείας του πληθυσμού δίχως όμως να αποκλείονται οι αρνητικές συνέπειες οι οποίες είναι συνυφασμένες με μία σειρά προβλημάτων που ταλανίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες. Από την ραγδαία αστικοποίηση που επέφερε η βιομηχανική επανάσταση ως τα προβλήματα που έπονται σχετιζόμενα με τις χρήσεις γης, τα οικιστικά και μεταφορικά (κινητικά) προβλήματα, οι επιπτώσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής στην υγεία είναι εξαιρετικά δυσμενείς και απασχολούν ολοένα και περισσότερα άτομα παγκοσμίως (Sampaio et al., 2020, Λέκα, 2012). Δίχως κατά κύριο λόγο να είναι αμφίδρομη η σχέση αυτή, η κακή κατάσταση της υγείας μπορεί να διαδραματίσει αρνητικό ρόλο και να αναχαιτίσει την τεχνολογική πρόοδο. Γι'αυτό το λόγο διαφαίνεται

πως ο καλός σχεδιασμός των υποδομών και η αξιοποίηση της τεχνολογίας σε πρότερο χρόνο συνηγορούν σε μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για τη δημόσια υγεία.

4.3.9. Αλληλεπίδραση με το στόχο 10

Οι ανισότητες (εισοδηματικές, οικονομικές, εκπαιδευτικές, υγειονομικές) και η πρόσβαση στην εξουσία αποτελούν ισχυρούς παράγοντες πραγμάτωσης της ευημερίας και της υγείας των ατόμων. Τόσο εντός των ιδίων των κρατών όσο και σε διακρατικές συγκρίσεις και μελέτες των ανισοτήτων έχουν παρατηρηθεί σε σειρά ετών επιπτώσεις τους στην υγεία οι οποίες είναι δυνατόν να εκφραστούν ως ψυχοκοινωνικό άγχος ή να επεκταθούν σε χρόνιες ανθυγιεινές συνήθειες (όπως είναι το κάπνισμα) και υποβάθμιση του ευρύτερου περιβάλλοντος. Ταυτοχρόνως εξετάζοντας από ευρύτερη κοινωνική πλευρά τα ζητήματα ανισοτήτων οι ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης εάν δεν αντιμετωπίζονται αποτελούν θρυαλλίδες ενός φαύλου κύκλου που εντείνει τις ανισότητες (τη λεγόμενη γκετοποίηση δημιουργώντας απομονωμένες αστικές περιοχές, παραγκουπόλεις, εγκαθίδρυση άτυπων καταυλισμών) ως απότοκο της ολοένα και μικρότερης πρόσβασης σε πόρους, υπηρεσίες και υψηλότερα εισοδήματα. Σε παρόμοιο τόνο με όλους τους στόχους που αναφέρονται στο οικονομικό πρόγραμμα της βιωσιμότητας αυτό που αποκρυσταλλώνεται ως επιστέγασμα των μελετών της διασύνδεσής του με την υγεία είναι η διαπίστωση πως η μείωση των μέσων διαβίωσης και η αποκοπή από τις εργασιακές ευκαιρίες και αγαθά οδηγεί βαθμιαία και στην αποκοπή από τα μέσα διασφάλισης της υγείας, και αμφίδρομα η έλλειψη καλών συνθηκών υγείας οδηγεί σε μειωμένες εργασιακές ικανότητες.

4.3.10. Αλληλεπίδραση με το στόχο 11

Ο χώρος (και ο τόπος) είναι ο πυρήνας της επιστήμης της γεωγραφίας αλλά πρεσβεύει ταυτόχρονα πολλά περισσότερα για τον άνθρωπο, την ιστορία του και το νόημα που αποκτά ως αντικείμενο μελέτης. Κατά αυτό τον τρόπο έχει αναγνωριστεί η ιδιαίτερη σημασία του χώρου όχι απλά ως τοποθεσία αλλά ως φορέας χωρικών αισθημάτων και ιδεών υπό το νήμα της συνάθροισης εμπειριών (Tuan, 1979). Συνεπώς όπως συμπληρώνουν οι Howden-Charpman et al. (2017) οι σύγχρονες οικιστικές περιοχές, με εξέχον παράδειγμα τις πόλεις, εφόσον έχουν σχεδιαστεί άρτια, εξυπηρετούν τους σκοπούς της προώθησης της υγείας των κατοίκων τους, άρα και την πραγμάτωση του τρίτου στόχου στο πλαίσιο της βιωσιμότητας όπως και της αντίστοιχης σχέσης με το περιβάλλον. Εξαιρετικά κρίσιμος είναι ο ρόλος που διαδραματίζει η κινητικότητα εντός της αστικής δομής και οι βιώσιμες μορφές της από τα μέσα μεταφοράς ως τις διαφορετικές πολεοδομικές προσεγγίσεις, καθώς πέραν από καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και ευημερία προσφέρουν άμεση πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, στην εργασία και στην εκπαίδευση. Η αστική βιωσιμότητα από την οικονομική της διάσταση (αποδοτικές οικονομικά επιλογές) ως την περιβαλλοντική (απομείωση εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα) προσφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία.

4.3.11. Αλληλεπίδραση με το στόχο 12

Οι καταναλωτικές συνήθειες και ως συμπορευόμενα τα πρότυπα παραγωγής συνδέονται με τη δημόσια υγεία επί μακρόν. Η έννοια της πλανητικής υγείας συνδέεται στο πλαίσιο του στόχου 12 με τη στροφή σε πιο αειφόρες πρακτικές. Αυτή η σύνδεση και ο διαφαινόμενος επανασχεδιασμός των συστημάτων έχει ως ενδεχόμενη συνέπεια την τουλάχιστον σε πρώτο χρόνο απώλεια ορισμένων κερδών. Το δικαίωμα ωστόσο στην ανάπτυξη και η περαιτέρω διερεύνηση των μηχανισμών χρηματοδότησης που θα ήταν ικανοί να αντισταθμίσουν τις οικονομικές απώλειες για τη μετάβαση σε ένα νέο μοντέλο βρίσκονται στο προσκήνιο με το ενδεχόμενο αποτυχίας εφαρμογής ή εξεύρεσης αντισταθμιστικών πόρων να έχει συνέπειες σε μικρή ή μεγαλύτερη κλίμακα (όπως είναι ο κίνδυνος κατάρρευσης παγκόσμιων αποθεμάτων και οικοσυστημάτων).

4.3.12. Αλληλεπίδραση με το στόχο 13

Η κλιματική αλλαγή είναι σαφές πως επηρεάζει και θα επηρεάζει κάθε τομέα της καθημερινότητας. Οι δυσμενείς συνέπειες από την κλιματική αλλαγή είναι ορατές στην υγεία και αλλάζουν ραγδαία την ανθρώπινη δραστηριότητα αλλά και διαβίωση. Έντονα καιρικά φαινόμενα (ξηρασιές, πλημύρες, αυξημένη συχνότητα τυφώνων), διάδοση μολυσματικών ασθενειών και βέβαια απώλεια σοδειών και άρα και πάλι αποθεμάτων τροφής είναι λίγες μόνο από τις συνέπειές της στη ζωή των ανθρώπων σε παγκόσμια κλίμακα. Αυτά τα εξεζητημένα φαινόμενα και οι καινούριες συνθήκες που φέρνουν προκαλούν ακόμα δυσμενέστερες συνθήκες μέσω κοινωνικών αναταραχών και την κατάρρευση διακυβερνητικών και κοινωνικών δομών οι οποίες φυσικά όταν υπάρχουν δεν μπορούν να δώσουν κανένα περιθώριο σε χάραξη στρατηγικής και εφαρμογής στόχων για βιώσιμη ανάπτυξη ή πιο συγκεκριμένα ευημερίας και καλής υγείας για όλους. Η ανάληψη δράσης τελικά για το κλίμα είναι δυνατόν να έχει βελτιωμένα αποτελέσματα τόσο για να προλάβει όσο και για να μετριάσει φαινόμενα όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα προσφέροντας κατά συνέπεια ολοένα και περισσότερα οφέλη για την υγεία. Μηχανισμοί που θα εξομαλύνουν τη διαδικασία αυτή σε χρηματοδοτικό επίπεδο θα διευκολύνουν και τις αναπτυσσόμενες χώρες ώστε να εξομαλυνθούν οι διαδικασίες και να μην εκτροχιαστεί η αναπτυξιακή τους πορεία.

4.3.13. Αλληλεπίδραση με το στόχο 14

Από την υγεία των κατοίκων των παράκτιων περιοχών ως τη διατήρηση των διατροφικών πηγών σε αυτές, η ίδια η υγεία των θαλάσσιων συστημάτων βρίσκεται πάντα στο επίκεντρο όπως βρίσκεται και στο επίκεντρο του 14^{ου} στόχου βιώσιμης ανάπτυξης. Δίνοντας έμφαση πρώτα στους υδάτινους πόρους η διεύθυνση των θαλάσσιων υδάτων σε υπόγειους υδροφορείς στις παράκτιες ζώνες μπορεί να συντελέσει στη μόλυνση των υδάτινων πόρων και επιρροή του υδροφόρου ορίζοντα παρουσιάζοντας σοβαρούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία. Εστιάζοντας έπειτα στη συνδεσιμότητα των οικοσυστημάτων με τη

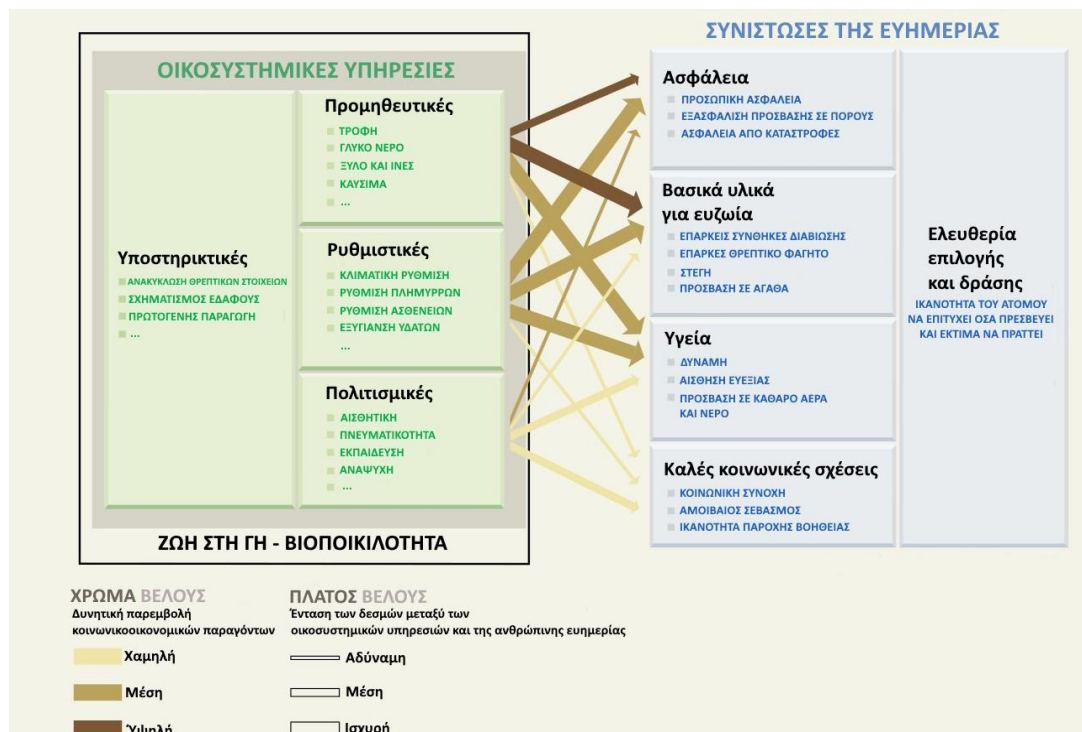
διατροφή, η μόλυνση των θαλάσσιων υδάτων και των ακτών σε συνάρτηση με την υπεραλίευση και άλλες παρόμοιες πρακτικές κακής διαχείρισης οδηγεί σε κατάρρευση των αλιευτικών πόρων με συνέπειες για τις τροφικές αλυσίδες και τελικά τις διατροφής και της υγείας των ανθρώπων. Παρόμοια συνδέεται ο ανθρώπινος παράγοντας καθώς αποτελεί γενεσιουργό αιτία για την καταστροφή οικοσυστημάτων και την απώλεια βιοποικιλότητας της θάλασσας έχοντας εν τέλει δυσμενή αποτελέσματα βραχυχρόνια και μακροχρόνια. Αντίθετα σε αυτό το σύντομο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα η διατήρηση και προστασία της βιοποικιλότητας, πέραν του τροφικού πόρου που αποτελεί αενάως και εξ αρχαιοτάτων χρόνων καθίσταται πλέον και υπό το πρίσμα του συνεχώς εξελισσόμενου κλάδου της φαρμακευτικής αντικείμενο μελέτης αλλά και πόρος για νέα φαρμακευτικά προϊόντα.

4.3.14. Αλληλεπίδραση με το στόχο 15

Όσο η ανθρώπινη δραστηριότητα έχει ήδη επιφέρει αλλαγές στο κλίμα, τις θάλασσες και τις παράκτιες περιοχές, καθίσταται αδύνατο να μην επηρεάσει και την ίδια τη γη αλλά και τη ζωή σε αυτή με αρνητικό πρόσημο. Είτε πρόκειται για αποψίλωση δασών είτε για φαινόμενα ερημοποίησης, ρύπανση και απώλεια βιοποικιλότητας, η ίδια η υγεία του ανθρώπου γίνεται ολοένα και πιο ασθενής μέσω αυτών των συνεχών απολήξεων της ίδιας του της δράσης. Αυτή είναι η διαρκής και ατέρμονη σύνδεση της έννοιας της υγείας και του 15ου στόχου της ατζέντας 2030 ο οποίος εξάλλου στηρίζεται στη ζωή. Η ζωή είναι πλήρως αλληλένδετη με την υγεία και σε ένα πολύτροπο κόσμο όπου ο άνθρωπος ξεκινάει κάθε του βήμα βασιζόμενος στις υπόλοιπες μορφές ζωής, εάν διαταραχθεί οποιοδήποτε κομμάτι στο εκάστοτε οικοσύστημα μπορεί να φέρει αλυσιδωτές αντιδράσεις που θα έχουν ως τελικό αποδέκτη τον ίδιο. Το βασικό έναυσμα του πολιτισμού και της ανθρωπότητας είναι ακριβέστατα η διαχείριση των οικοσυστημάτων της γης από την τροφή ως το νερό και από την αντιμετώπιση ασθενειών στην πνευματική ολοκλήρωση και αισθητική πραγμάτωση, υπογραμμίζει η Έκθεση Αξιολόγησης της Χιλιετίας για τα Οικοσυστήματα (2005), η οποία συντίθεται σε αυτές τις γραμμές εμβαθύνοντας στην άμεση ή έμμεση σχέση της με την υγεία και την ευημερία (Εικόνα 6).

4.3.15. Αλληλεπίδραση με το στόχο 16

Οι ισχυροί θεσμοί και η δικαιοσύνη δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας. Αντίστοιχα η απουσία τους όπως και η απουσία ειρήνης δημιουργούν στεγανά στα οποία προσκρούει η θεσμική της πορεία. Ιδιαίτερα η έννοια της προώθησης της ειρήνης κατά τους Abuelaish et al. (2020) ταυτίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την προώθηση της υγείας, δεδομένου ότι κοινός πυρηνικός τους σκοπός είναι η δημιουργία αρμονίας και συνεργασίας εντός των κοινωνιών, κάτι το οποίο έχει ως ρητή προϋπόθεση την εγκαθίδρυση της έννοιας της δικαιοσύνης.



Εικόνα 6. Σύνδεση μεταξύ (υπηρεσιών) των οικοσυστημάτων και της ανθρώπινης ευημερίας (Εκθεση Αξιολόγησης της Χιλιετίας για τα Οικοσυστήματα, 2005).

Η κοινή κοινωνοοικολογική τους φύση αυταπόδεικτα καταδεικνύεται στα σημεία όπου διαταράσσεται η εσωτερική ή εξωτερική ειρήνη του ατόμου και του συνόλου καθώς τότε επηρεάζεται άμεσα και η κατάσταση της υγείας του. Κάθε μορφή βίας και διατάραξης της γαλήνης οδηγεί βαθμιαία σε υποβάθμιση της υγείας δίχως όμως αυτό να σημαίνει ότι αυτή η σχέση είναι αμφίδρομη και πως η βελτίωση της προσωπικής ή δημόσιας υγείας έχει ως απότοκο θετικές αλλαγές και στην προσωπική ή κοινοτική ειρήνη. Σε έναν κόσμο ωστόσο που όλα είναι εξαιρετικά διασυνδεδεμένα μεταξύ τους η Ατζέντα 2030 καθώς και ο Π.Ο.Υ. έχουν αναγνωρίσει τη σχέση αυτή ως άρρηκτη και ταυτόχρονα ως προαπαιτούμενη για την ύπαρξη και των δύο. Δεν υπάρχει ειρήνη χωρίς υγεία και υγεία δίχως ειρήνη σε κανένα επίπεδο και η αλληλεπίδραση αυτή αφενός δεν είναι στατική, αφετέρου δε παραμένει επηρεαζόμενη από κάθε διάσταση της καθημερινότητας κινούμενη στο φάσμα της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής σφαίρας με ευθεία αναφορά στην ελευθερία από κάθε είδους φόβο, ασθένεια και πενία με την παρουσία ωστόσο και την αξιοποίηση παγκόσμιων, τοπικών και ατομικών πόρων για την εκπόνηση στρατηγικών προάσπισής τους.

4.3.16. Αλληλεπίδραση με το στόχο 17

Η έννοια της συνεργασίας είναι κρίσιμη για την πραγμάτωση κάθε επιμέρους στόχου και τελικά για τη μετάβαση σε ένα αιεφόρο αύριο. Με αυτή τη συνθήκη οι συνέργειες και δη οι επιτυχώς εφαρμοσμένες συνέργειες θέτουν τη βάση για διαρκείς και μακροχρόνιες βελτιώσεις στον τομέα της υγείας. Από την

ευρύτερη ανάλυση είναι σαφές πως εξελίξεις και παρεμβολές σε κάποιους τομείς μπορούν να έχουν μεγάλες συνέπειες και μη θεμιτά αποτελέσματα για τους υπόλοιπους. Οι πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ των συστημάτων σε διακρατικό επίπεδο φέρνουν στο προσκήνιο την ανάγκη όχι απλά για συνεργατικές διατομεακές, πολυτροπικές και διακρατικές παρεμβάσεις, αλλά για διαρκή ανταλλαγή πληροφοριών και μελέτη όλων των ενδεχόμενων αρνητικών ή ακόμα και θετικών επιδράσεων που μπορεί να προκύψουν από αυτές. Πολλαπλοί υποστόχοι του 17^{ου} στόχου Βιώσιμης Ανάπτυξης κάνουν αναφορά σε αυτές τις ανάγκες για βελτίωση της διακυβέρνησης και των δικαιότερων μακροοικονομικών πολιτικών που απαραίτητως διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο ως σταθερές για τις κοινωνικές δομές οι οποίες όπως διαφαίνεται από την προηγηθείσα εξέταση της σύνδεσης όλων των στόχων με τον στόχο 3 είναι εκείνες στις οποίες βασίζεται η ευημερία και η καλή υγεία των πληθυσμών (Guégan et al., 2018).

4.4. Χάραξη στρατηγικής και διαμόρφωση πολιτικής σε σύγχρονο πλαίσιο

Η σημασία της υγείας σήμερα αναγνωρίζεται σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της γης ως ένας αναφαίρετος παράγοντας της ζωής αλλά διαχρονικά ο τομέας της αντιμετωπίζεται ως ένα κομμάτι του κρατικού προϋπολογισμού και ως ένα πεδίο δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών τεραστίων διαστάσεων. Είτε λογίζεται ως κινητήρια δύναμη της οικονομίας μέσω της ανακίνησης κεφαλαίων και των επενδύσεων στην τεχνολογία είτε ως μία μηχανή κατανάλωσης εθνικών πόρων για την κάλυψη των μισθολογικών αναγκών των εργαζομένων σε αυτή, η συζήτηση για το ρόλο της τέθηκε σε μία εντελώς νέα βάση με την εμφάνιση της πανδημίας της νόσου του νέου κορονοϊού (COVID-19) στις αρχές της τρέχουσας δεκαετίας. Η κοινωνία καθώς και η οικονομία για να λειτουργούν ομαλά βασίζονται στην ύπαρξη πολιτικών και διακυβερνητικών διαδικασιών για την εξασφάλιση δημόσιας υγείας. Ξετυλίγοντας το νήμα από την αρχή ασφαλώς ως πολιτική νοείται το αποτέλεσμα των αποφάσεων εκείνων που επιφορτίζονται με την ανάλογη ευθύνη στον εκάστοτε τομέα. Αν και οι θεωρήσεις και οι ορισμοί ποικίλουν ανάλογα με την σκοπιά του μελετητή είναι δεδομένο πως η διαμόρφωση πολιτικής για την υγεία όπως και όλες οι πολιτικές επηρεάζονται κατά κόρον από την πολιτική και τους ιθύνοντες πίσω από την άσκησή της σε κυμαινόμενες συνθήκες (Buse et al., 2024).

Οι Walt και Gilson (1994) δίνουν ιδιαίτερη σημασία σε αυτή την προσέγγιση βασιζόμενοι κυρίως σε εκείνους οι οποίοι επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις πολιτικές. Αυτή η σκέψη φέρνει στο προσκήνιο τους εμπλεκομένους (actors) ανά τα διάφορα επίπεδα αποφάσεων, μετατοπίζοντας το κέντρο βάρους από το περιεχόμενο των εκάστοτε μεταρρυθμίσεων σε ένα πιο εξισορροπημένο σύστημα όπου λαμβάνονται υπόψη ως ισοβαρείς παράγοντες αλλαγής οι διαδικασίες που οδηγούν σε αυτές και οι συνθήκες στις οποίες αναπτύσσονται (Εικόνα 7). Βασικό μέλημα αυτής της ανάλυσης είναι πρωτίστως η έμφαση στο ευρύτερο πλαίσιο που διαμορφώνεται πριν ληφθούν οι αποφάσεις, η απορρόφηση γνώσης από άλλες επιστήμες όπως η πολιτική οικονομία για την καλύτερη ενσωμάτωση της πολιτικής ανάλυσης, η αποδοτική αξιοποίησή της

στον τομέα της υγείας και σαφώς η κατανόηση των διαδικασιών για την αποτελεσματική εφαρμογή των πολιτικών προγενέστερα (κατά τη διαμόρφωσή) και μεταγενέστερα (κατά την υιοθέτησή τους). Οι τρεις άξονες δεν ακολουθούν



Εικόνα 7. Μοντέλο για την ανάλυση πολιτικών υγείας (Walt και Gilson, 1994).

μεμονωμένες πορείες αλλά αλληλοεπηρεάζονται και συμπορεύονται δημιουργώντας ένα κράμα εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων. Οι εμπλεκόμενοι επηρεάζονται από τις συνθήκες που διαμορφώνονται γύρω τους, στην καθημερινότητα και την εργασία τους σε θεσμικό και διακυβερνητικό επίπεδο. Οι συνθήκες αυτές είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων και δυνητικά μπορεί να αφορούν την αστάθεια του πολιτικού συστήματος, πιθανές εμπόλεμες καταστάσεις, την επικρατούσα ιδεολογία και φυσικά τα ιστορικά βιώματα και τις πολιτισμικές νόρμες. Αντιστρόφως οι διαδικασίες της χάραξης πολιτικής επηρεάζονται από τους εμπλεκόμενους, τη θέση τους στις δομές εξουσίας, το σύστημα αξιών τους και τις προσδοκίες τους. Επί της ουσίας το περιεχόμενο της πολιτικής έρχεται ως επιστέγασμα όλων των ανωτέρω.

Με την πάροδο των ετών και με ολοένα και ταχύτερους ρυθμούς το παγκοσμιοποιημένο τοπίο έχει ήδη αλλάξει άρδην και το διεθνές υγειονομικό πλαίσιο συνιστά ένα πεδίο που αφορά όχι μόνο παλαιούς κραταιούς οργανισμούς όπως ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF αλλά και μία σειρά από καινούριους ισχυρούς (πολιτικά ή οικονομικά) εμπλεκόμενους φορείς και οντότητες με αυξανόμενη επιρροή και διάθεση για πρωτοβουλίες με την παροχή χρηματοδότησης. Μολονότι ο ύστερος αυτός πλουραλισμός συνέδραμε τα μέγιστα στην προάσπιση της δημοσίας υγείας, δεν απουσιάζουν οι φωνές κριτικής οι οποίες κάνουν λόγο για πολυδιάσπαση και απουσία συνοχής ή συγκεκριμένης στοχοθεσίας στην παγκόσμια ατζέντα. Εν τούτοις και παρά την απουσία μίας συντονιστικής αρχής ή μίας τάσης για συμφωνίες σε συγκεκριμένη κατεύθυνση, ο Π.Ο.Υ. είναι ο μοναδικός οργανισμός ο οποίος διατηρεί τον καταστατικό του ρόλο για την παγκόσμια διακυβέρνηση, τη δημιουργία διαύλων και τη βελτίωση της διακρατικής επικοινωνίας στα ζητήματα πολιτικής για την υγεία (Prah Ruger και Yach, 2009).

Αναγνωρίζοντας αυτό το ρόλο ο Π.Ο.Υ. και σε συνάρτηση με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης προσανατολίζεται προς μία οπτική η οποία αφενός μεν θα στηρίζεται σε ένα ισχυρό αφήγημα για τη δημόσια υγεία, αφετέρου δε θα περιορίζεται σε μία μόνο διάσταση δρώντας ως κατεξοχήν πολυδιάστατη λειτουργία της κοινωνίας με δυνατή θεσμική βάση. Η σημερινή φιλοσοφία και κατεύθυνση του Π.Ο.Υ. ενθαρρύνει τα κράτη να εναρμονιστούν πλήρως με το στόχο 3 και το πλαίσιο που προετοιμάζει η Ατζέντα

2030 στηριζόμενο στους τρεις πυλώνες της αειφορίας σε φυσική συνέχεια της υγείας, της ισότητας και της καλής διακυβέρνησης (Π.Ο.Υ., 2018).

Σε αυτό το σημείο γίνεται αντιληπτή η προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός παγκόσμιου συστήματος με κοινές αρχές από τους αρμόδιους διακρατικούς οργανισμούς στο ανώτερο επίπεδο. Αυτή όμως η διάθεση δεν αποκρυσταλλώνεται ουσιαστικά σε μία πραγματικά καθολική και ενιαία διακυβέρνηση παρά την ύπαρξη ενός τέτοιου σώματος και ενός σχετικού νομικού πλαισίου υπό την επίβλεψή του. Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός (ΔΥΚ) δεσμεύει μεν 194 κράτη-μέλη και καθορίζει κάθε προϋπόθεση *«που πρέπει να πληρούν (...) όσον αφορά στην αναγνώριση και στην αντιμετώπιση απειλών για τη δημόσια υγεία»* (ΕΟΔΥ, 2020) ο Π.Ο.Υ. όμως δεν έχει εκτελεστικό ρόλο ως προς την εφαρμογή του. Τα κράτη κινούνται στις γραμμές του κανονισμού ανάλογα με τα εθνικά συμφέροντα που καθορίζονται από την εκάστοτε κυβέρνηση. Περιγράφοντας το παγκόσμιο υγειονομικό σύστημα διακυβέρνησης ως ένα σύνολο *«διακρατικών και κρατικών φορέων που επιδιώκουν τα δικά τους συμφέροντα»* η ανάλυση των Duff et al. (2021), ενισχύοντας έτερες παρεμφερείς μελέτες και προτάσεις (Hoffman, 2014), κάνει μνεία στην επείγουσα ανάγκη για προοπτική ύπαρξης ενός κεντρικού φορέα με εξαιρετικά ενισχυμένη όχι απλώς εποπτεία αλλά και κυβερνητική δόμηση, εξουσία και πρωτίστως όραμα.

Γεφυρώνοντας αυτό το χάσμα η Περιφερειακή Διεύθυνση Ευρώπης του Π.Ο.Υ. σχεδίασε το κοινό πλαίσιο πολιτικής Health 2020 εστιάζοντας στην ήπειρο (53 κράτη) σε απόλυτη σύμπνοια και κινούμενο σε ίδιους στρατηγικούς άξονες με την Ατζέντα 2030 (Π.Ο.Υ., 2018). Παρόμοια στοχοθεσία έχει παρουσιάσει και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Η.Π.Α. με τη *«Στρατηγική Παγκόσμιας Υγείας»* (Daulaire, 2012) όπως και ο Καναδάς με την έκθεση *«Η Δημόσια Υγεία είναι το μέλλον»* (CIHR IRSC, 2022), ενώ ακολουθώντας το μονοπάτι που ξεκίνησε το 2010 η Ευρωπαϊκή Ένωση σε πλήρη αρμονία με τον Ο.Η.Ε. αλλά και τον Π.Ο.Υ. τον οποίο αναγνωρίζει ως την ηγετική αρχή για την υγεία, διαθέτει τη δική της στρατηγική χάρτα για τα παγκόσμια ζητήματα υγείας κάνοντας ευθείες αναφορές τόσο στην αναγκαιότητα για παγκόσμια και ενιαία διακυβέρνηση της δημοσίας υγείας, όσο και στη διευκόλυνση και εξομάλυνση των χρηματοδοτικών διαδικασιών και τη συγκέντρωση πόρων, για διακρατικές συνεργασίες και αξιοποίηση της ήδη υπάρχουσας γνώσης (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2024).

Κεφάλαιο 5. Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο για τη δημόσια υγεία

5.1. Στρατηγικός σχεδιασμός στην μετά-COVID εποχή: Προς μία δομική αλλαγή

Έχοντας πλήξει σημαντικά τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η πανδημία COVID-19 αποδείχθηκε μία εξαιρετικά κρίσιμη δοκιμασία για την ανθεκτικότητα και την προσαρμοστικότητα τους. Πέραν της συνήθους ανάγκης για αύξηση των επενδύσεων στις υγειονομικές υποδομές κατά μήκος των χωρών οι οποίες ταλανίστηκαν σημαντικά ιδιαίτερα κατά τα αρχικά στάδια της πανδημίας και έπειτα της έτερης για στενότερη συνεργασία μεταξύ των κρατών, αυτό που αναδείχθηκε ως μείζον πρόβλημα ήταν το χάσμα στην κοινωνική προστασία. Με τις ευάλωτες ομάδες να βρίσκονται στο επίκεντρο της δίνης αυτό που έγινε καταφανώς κατανοητό είναι πως παρόμοιες κρίσεις αλλά και η δημόσια υγεία ως σύνολο θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν ως ζητήματα που αφορούν τους πάντες και όχι κάθε κράτος μέλος ξεχωριστά. Συνεπώς παρά τις λανθασμένες κινήσεις που κατέδειξαν τις αδυναμίες του εγκαθιδρυμένου ως εκείνη τη στιγμή συστήματος, η διαφαινόμενη ως κινητήρια δύναμη για τα επόμενα βήματα είναι η επαναπροσέγγιση των πολιτικών υπό ένα συλλογικό πρίσμα με κοινό συντονισμό, γρηγορότερα κοινωνικά αντανακλαστικά και συνεχή διαμοιρασμό πληροφοριών (Goniewicz et al., 2023).

Μία τέτοια ωστόσο ριζική αλλαγή στο πώς νοείται σε ενωσιακό επίπεδο η δημόσια υγεία έρχεται δομικά σε αντιδιαστολή με το υφιστάμενο πλαίσιο στο οποίο το πεδίο της υγείας ανήκε αποκλειστικά στην δικαιοδοσία της κάθε χώρας ξεχωριστά. Εξάιρεση έχουν αποτελέσει περιστάσεις όπου απαιτήθηκαν διασυνοριακές συνεργασίες. Πέραν τούτου υπό τον εθνικό έλεγχο παραδοσιακά βρίσκονται τομείς όπως η οργάνωση, η χρηματοδότηση ή η παροχή υπηρεσιών υγείας (McKee και de Ruijter, 2024). Ασφαλώς επρόκειτο για μία συνειδητή επιλογή. Εξαρχής και δη με την υπογραφή της συνθήκης του Μάαστριχτ (1993) επιβεβαιώνεται ότι η Ένωση έχει μεν λέγειν και δικαιοδοσία για δράσεις αναφορικά με τη δημόσια υγεία, αρκετά περιορισμένες δε, και κυρίως συμπληρωματικές διότι εξυπηρετούν το σκοπό της χάραξης στρατηγικών και της λήψης μέτρων που κινούνται με γνώμονα τις τοπικές προτεραιότητες και ανάγκες, την ευκολότερη διαχείριση, την ταχύτερη εφαρμογή και την ελαχιστοποίηση πολιτικών συγκρούσεων. Αυτός παρέμεινε ο ρόλος που διαδραματίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση παρά τη θέσπιση χρηματοδοτικών εργαλείων όπως το πρόγραμμα EU4Health ή ερευνητικών κέντρων όπως το ECDC (Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων). Η πανδημία COVID-19 τελικά απέδειξε πως σε πολλές περιπτώσεις ο συντονιστικός αυτός χαρακτήρας δεν είναι επαρκής για να επιτελέσει καθολικό έργο σε σειρά από τομείς της δημόσιας υγείας. Ενόςω οι φωνές για την ενίσχυση του ρόλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα θέματα υγείας πληθαίνουν, με σημαντικότερη της προέδρου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής von der Leyen η οποία έκανε λόγο για ουσιαστική «Ευρωπαϊκή Υγειονομική Ένωση» και μεταβολή του νομικού πλαισίου με ενίσχυση μέσω κανονισμών προς ένα κεντρικό ενωσιακό σύστημα, ακριβώς αντίθετες ήταν οι αποφάσεις

σχετικά με τη χρηματοδότηση των υγειονομικών οργάνων και την προώθηση της έρευνας. Το ECDC και το πρόγραμμα EU4Health παρέμειναν υποχρηματοδοτούμενα (Vervoort και van Daalen, 2021).

5.2. Συνιστώσες των πολιτικών υγείας

Από κάθε σκοπιά δε θα πρέπει να αμελείται πως ανέκαθεν η Ευρωπαϊκή Ένωση διατηρούσε έναν πρωτίστως οικονομικό ρόλο. Η επίβλεψη των υγειονομικών συστημάτων και η λήψη αποφάσεων για αυτά συνεπώς τελείται παραδοσιακά κυρίως υπό οικονομικό πρίσμα. Έτσι, επηρεάζονται κατά κόρον από τους κανόνες της αγοράς αλλά και τις τρέχουσες επιλογές και τάσεις ενώ βασίζονται κυρίως σε δημοσιονομικά ή και εργασιακά κριτήρια καθιστώντας εμφανές πως οι κύριοι εμπλεκόμενοι στη χάραξη οποιασδήποτε στρατηγικής σε εθνικό και ενωσιακό επίπεδο είναι οικονομικοί φορείς και παράγοντες και όχι υγειονομικοί (Greer, 2006, Baeten και Vanhercke, 2017).

Αυτή η παραδοχή αποτελεί και πάλι απότοκο ενός δομικού στοιχείου της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο είναι ο ρυθμιστικός χαρακτήρας που διαθέτει και της έχει εξαρχής απονεμηθεί από τις ιδρυτικές Συνθήκες της. Από τις Συνθήκες λοιπόν ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης νομοθετικά είναι να πράττει ρυθμιστικά και βάσει αυτού αποτελεί μία εξαιρετικά ισχυρή ως εξέχουσα ρυθμιστική αρχή η οποία επιβλέπει και πράττει επί των ενεργειών των κρατών μελών της, κατορθώνοντας να πραγματώνει τους τιθέμενους δημόσιους πολιτικούς στόχους χωρίς να ενεργεί άμεσα η ίδια. Πρακτικά δύναται να προΐσταται πολιτικών ενεργειών όπως η διατήρηση της υγιεινής και ασφάλειας κατά τη διακίνηση των αγαθών αλλά αποδεικνύεται αδύναμη ως οντότητα απέναντι σε άλλα νευραλγικά σημεία όπως η διασφάλιση ισότιμης και δίκαιης πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες και η διασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Εν ολίγοις η Ευρωπαϊκή Ένωση επιτελεί ρόλο προτύπου *ρυθμιστικού κράτους* με τις διακυβερνητικές αρχές των κρατών μελών να επιφορτίζονται με την εφαρμογή της ευρωπαϊκής νομοθεσίας και τα νομικά σώματά τους να τη θέτουν σε ισχύ. Αντίστοιχα, είναι εκείνα τα οποία επιφορτίζονται με το έργο της διασφάλισης της μη παραβίασης του δικαίου της Ε.Ε. Μέσω της συνεχούς ανάπτυξης και εγκαθίδρυσης των ρυθμιστικών πολιτικών στο υψηλότερο επίπεδο πρακτικά εναρμονίζονται τα διάφορα πρότυπα μεταξύ των κρατών μελών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαθέτει τεράστια ισχύ κάθε ρύθμιση που αφορά κυρίως την αποτελεσματικότητα των αγορών οι οποίες με τη σειρά τους καθορίζουν την οικονομία. Όπως έγινε αντιληπτό και στην αρχή του υποκεφαλαίου αυτή η οικονομικοκεντρική οπτική καθορίζει σε πολιτικό πλαίσιο την κοινωνία, την κοινωνική πρόνοια και κατά συνέπεια τα συστήματα υγείας ως ευρύτερο σύνολο (Greer et al., 2022). Παρά την έμφαση στα συστήματα υγείας η βελτίωσή τους δεν αποτελεί τον αυτοσκοπό των πολιτικών υγείας ούτε είναι δυνατόν να κριθεί η επιτυχία μίας πολιτικής απλώς μέσω αυτής. Αντίθετα, η θεμέλιος λίθος τους είναι αμιγώς η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού η οποία εδράζεται στο κέντρο κάθε στρατηγικής αλλά και κάθε ελέγχου τους είτε αυτός αφορά τις δαπάνες, είτε την παραγωγικότητα,

είτε την παροχή των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των αναγκών των ληπτών υπηρεσιών του συστήματος (Soulis et al., 2015).

Όπως μελετούν οι Greer et al. (2022) η ποικιλότροπη φύση των πολιτικών υγείας εντός του ευρωπαϊκού πλαισίου χαρακτηρίζεται εντόνως από τρεις συνιστώσες ή πιο αναλυτικά συγκροτείται από τρεις ξεχωριστές διαστάσεις που συντελούν στην αποκρυστάλλωσή τους και κάθε μία άρχεται από διαφορετικό νομικό σώμα. Αυτό που συνήθως νοείται ως πολιτική υγείας πρωτίστως βασίζεται στο Άρθρο 168 της Συνθήκης Λειτουργίας της Ε.Ε. (ΣΛΕΕ) το οποίο αναφέρεται ρητά στη *«διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και την κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές»* ως αντικείμενο ευθύνης των κρατών μελών και την θέσπιση μέτρων *«της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου»* ως πεδίο δράσης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρώπης αποκλείοντας επίσης την παρέμβαση και εναρμόνιση των κρατικών νομικών διατάξεων.

Αν αυτή η συνιστώσα είναι εμφανώς συνδεδεμένη με τη λειτουργία της υγείας εντός της Ένωσης, η επόμενη έχει πολύ βαθύτερη επίδραση παρότι βασίζεται στο άρθρο 114 της ΣΛΕΕ και τη νομική βάση και λειτουργία της εσωτερικής αγοράς. Με δεδομένο ωστόσο όπως προαναφέρθηκε ότι η βασική ισχύς της Ένωσης εδράζεται στη ρύθμιση των αγορών, τα πρότυπα που τίθενται με στόχο την περαιτέρω ανόρθωση όσο και ολοκλήρωσή της ως μία ενιαία οντότητα δύναται να επηρεάσουν άμεσα την υγεία. Εν ολίγοις η εφαρμογή πολιτικών φαρμακευτικής, υπηρεσιακής ή οποιασδήποτε άλλης υγειονομικής διάστασης (και πέραν τούτων) μπορεί να ενσωματωθεί ως κομμάτι κανονισμών της ρύθμισης μίας ευρύτερης αγοράς. (Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση και Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2016).

Παράλληλα η Ευρωπαϊκή Ένωση διατηρεί και την δημοσιονομική επίβλεψη των κρατών μελών της από τη νομοθεσία περί φορολογίας ως τις πολιτικές για τη μελλοντική τροχιά της. Αυτός ο ρόλος αποδόθηκε εξαρχής στην Ένωση αλλά πρακτικά η ισχύς που απέκτησε επί των δημοσιονομικών και η επιρροή που ασκεί στο εκάστοτε κράτος μέλος αυξήθηκε σημαντικά κατά την κρίση χρέους στις παρυφές και τα μέσα της δεκαετίας του 2010. Αυτή η συνιστώσα των πολιτικών υγείας εξελίχθηκε ταχύτητα και αναπτύχθηκε ως αντανεκλαστικό και μέσο αναχαίτισης θεωρητικά μεμονωμένων εθνικών οικονομικών καταστροφών. Μέσω παρεμβάσεων στη δημοσιονομική πολιτική των κρατών μελών η Ευρωπαϊκή Ένωση παρεμβαίνει πρακτικά υποδεικνύοντας αλλαγές και για υγειονομικά ζητήματα (Greer et al., 2022).

5.3. Προς μία ενιαία ευρωπαϊκή στρατηγική για την υγεία

Ένα αποκρυσταλλωμένο όραμα για την περαιτέρω ενοποίηση των κρατών όσον αφορά την υγειονομική πολιτική φαντάζει απ'την μία ως φυσικό επακόλουθο της πορείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσα στις δεκαετίες και αναγκαίο όσο ποτέ, απ'την άλλη ιδίως μετά την πανδημία της COVID-19. Ολοένα και

περισσότερες φωνές από την πολιτική και επιστημονική κοινότητα προωθούν αυτή την ιδέα ενώ στρατηγικά σχέδια για την υγεία όπως το επονομαζόμενο «Καλύτερη Υγεία για όλους σε ένα Μεταβαλλόμενο Κόσμο» (“*Better Health for All in a Changing World*”) που παρουσίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2022 επιβεβαιώνουν περαιτέρω την τάση για επαναπροσέγγιση και αναπροσαρμογή του ρόλου που επιτελεί η Ένωση τόσο εσωτερικά για τα κράτη μέλη που την απαρτίζουν όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω του ιδιαίτερου ρόλου της ως ένας από τους πιο κρίσιμους καθοδηγητές στα τεκταινόμενα των ζητημάτων υγείας και ταυτόχρονα ως ένας εκ των ισχυρότερων συνομιλητών του ΠΟΥ.

Το μανιφέστο για την Ευρωπαϊκή Υγειονομική Ένωση (EIHSD, 2020) ήρθε στις αρχές της δεκαετίας του 2020 ως πρωτοβουλία που αφενός μεν προλειαίνει το δρόμο για την πραγμάτωσή της και αφετέρου δε παρέχει ένα πλήρες σχεδιάγραμμα στρατηγικών για την υποστήριξή της και την εύρυθμη λειτουργία της καλώντας σε δράση τους πολίτες και την πολιτική ηγεσία. Ωστόσο με την πραγματική ισχύ επί των υγειονομικών πολιτικών να βρίσκεται βάσει των Συνθηκών στα χέρια των κρατών (και δυνάμεων εντός των συνόρων τους) αλλά και τα χάσματα μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων ανάμεσα σε αυτά να είναι πρακτικά αγεφύρωτα, η εγκαθίδρυσή της αναδεικνύεται εξαιρετικά δύσκολη (Kökény, 2023).

Έχοντας μελετήσει εις βάθος τις προοπτικές για την Ευρωπαϊκή Υγειονομική Ένωση οι Andriukaitis και Cerniauskas (2023) αναγνωρίζουν μία σειρά από διαφορετικές πορείες που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτή αρχικά μέσω των υπαρχουσών Συνθηκών και σε δεύτερο χρόνο με ραγδαίες αλλαγές στις Συνθήκες. Συγκεκριμένα ξεκινούν με την ανάλυση τριών ρεαλιστικών σεναρίων όπου διαμορφώνουν ένα ευσταθές πλαίσιο δίχως ριζικές τομές στο υφιστάμενο καθεστώς της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- I. Σε πρώτο βαθμό ένας δρόμος ξεκινά από την αποτελεσματικότερη χρήση όλων των υφιστάμενων νομικών, χρηματοοικονομικών και διαχειριστικών εργαλείων με μερικές αναβαθμίσεις στους λειτουργικούς θεσμούς και τις ήδη συμφωνημένες πολιτικές.
- II. Εξίσου ομαλός είναι και ένας έτερος δρόμος ο οποίος περιλαμβάνει τη δημιουργία δευτερογενούς νομοθεσίας και την εγκαθίδρυση νέων πανευρωπαϊκών θεσμών πάντοτε στηριγμένων στις παρούσες ευρωπαϊκές Συνθήκες.
- III. Σε έναν πιο φιλόδοξο και ενδεχομένως ριζοσπαστικό τόνο κινείται μία τρίτη οδός η οποία βασίζεται στην ενίσχυση της προαναφερθείσας στο προηγούμενο υποκεφάλαιο ‘καθαρής’ συνιστώσας της πολιτικής υγείας όπου διατηρείται ακέραιη η αρχή της επικουρικότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά διανθίζεται και με διατάξεις που αυξάνουν τις αρμοδιότητες και την ισχύ της σε επιμέρους τομείς της. Σαφώς πιο φιλόδοξη στον πυρήνα της η τρίτη επιλογή παρουσιάζει και τις περισσότερες θετικές αλλαγές για τους πολίτες της ένωσης αποκλίνοντας σε μικρό βαθμό από την πεπατημένη.

Η προσοχή όμως όπως και οι προσπάθειες για ριζικές αλλαγές στο υφιστάμενο καθεστώς οι οποίες θα ήταν ικανές να φανερώσουν την πλήρη δυναμική της Υγειονομικής Ένωσης συγκεντρώνονται σε προτάσεις οι οποίες απαιτούν αλλαγές στο Ευρωπαϊκό Σύνταγμα και τις υφιστάμενες Συνθήκες.

- I. Για να είναι πραγματικά ενσάρκωμένη η φύση της Ε.Ε. και ως Ενωμένη Υγειονομική Ένωση επισημαίνουν πως θα πρέπει καταρχάς να μεταβληθεί η ρητορική και το όραμά της αλλά και να αναφερθεί ρητά ο στόχος ύπαρξής της ως ένα μέσο εγγύησης της ευζωίας και μακροζωίας των ευρωπαίων πολιτών. Πλησίον της αναφοράς στο ρόλο της ως οικονομική και νομισματική ένωση είναι αναγκαία η προσθήκη των όρων «υγειονομική» και «κοινωνική» ενώ θα πρέπει να τεθεί ως σκοπός της η προώθηση της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης (Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, 2001).
- II. Από εκεί και έπειτα γίνεται ευθεία αναφορά στη ΣΛΕΕ και τον ανασχεδιασμό που θα πρέπει να συμφωνηθεί επί αυτής και των άρθρων της για τον επιμερισμό αρμοδιοτήτων μεταξύ κρατών μελών και Ευρωπαϊκής Ένωσης από την ισότιμη περίθαλψη ως την πρόσβαση σε φάρμακα και τις μελλοντικές διασυνοριακές προκλήσεις.

Με γνώμονα τις πολλαπλές και επιτακτικές ανάγκες του παρόντος για αναπροσαρμογή της ενιαίας στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα τέλη του 2022 δημοσιοποίησε την καινούρια Στρατηγική για την Παγκόσμια Υγεία (EU Global Health Strategy) στοχεύοντας στη *«βελτίωση της παγκόσμιας υγειονομικής ασφάλειας και την εξασφάλιση καλύτερης υγείας για όλους σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο»* αποδίδοντας *«στην παγκόσμια υγεία τον ρόλο του βασικού πυλώνα της εξωτερικής πολιτικής της ΕΕ»* έχοντας ως σκοπό τη *«διασφάλιση απρόσκοπτης και καλύτερης ετοιμότητας και αντίδρασης στις απειλές κατά της υγείας»*. Ταυτόχρονα υιοθετώντας τη στρατηγική αυτή προωθεί τη στρατηγική αυτονομία της, αποδέχεται πλήρως τον ηγετικό της ρόλο στο παγκόσμιο υγειονομικό τοπίο και βεβαίως τάσσεται υπέρ μίας ισχυρής παγκόσμιας διακυβέρνησής του με ενισχυμένο το ρόλο του Π.Ο.Υ. και θέτει ευθέως στο επίκεντρο την ανάκτηση του χαμένου εδάφους των περασμένων ετών μένοντας πιστή στο κοινά διαμορφωμένο παγκόσμιο όραμα των Ηνωμένων Εθνών *«ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι που αφορούν την καθολική υγεία στο πλαίσιο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης με ορίζοντα το 2030»* (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2022).

Η καινούρια αυτή στρατηγική χάρτα έρχεται ως επιστέγασμα των πρόσφατων προσπαθειών της Ευρωπαϊκής Ένωσης να αναλάβει έναν παγκόσμιο ηγετικό ρόλο που θα προωθήσει περαιτέρω τις κοινές ευρωπαϊκές αξίες, ιδέες και συμφέροντα. Κατά αυτό τον τρόπο φιλοδοξεί να έχει ενεργή συμμετοχή σε ό,τι αφορά την ειρήνη, τη σταθερότητα, τη δημοκρατία και τα ανθρώπινα δικαιώματα αλλά και την ενορχήστρωση ενός ευρύτερου πλαισίου εμπορικών πολιτικών και την ανάληψη μεγαλύτερων ευθυνών για την ασφάλεια και την άμυνα. Με τρεις ξεκάθαρους στόχους οι οποίοι περιστρέφονται γύρω από την

ενίσχυση των υγειονομικών συστημάτων και της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, την προάσπιση της ευημερίας και της υγείας και την καταπολέμηση όλων των απειλών για αυτή η στρατηγική παρουσιάζεται τόσο εξαιρετικά εκτενής σε θεματολογία όσο και φιλόδοξη δίχως ωστόσο να κατορθώνει να γίνει πραγματικά λεπτομερής ή να θεσπίζει ένα ξεκάθαρο σύνολο δράσεων ικανό να θέσει σε κίνηση τις απαραίτητες ενέργειες που θα τη θέσουν σε πρακτική εφαρμογή (McKee et al., 2023).



Εικόνα 8. Η προσέγγιση της Ενιαίας Υγείας. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2022)

Η στρατηγική της Ε.Ε. για την παγκόσμια υγεία θέτει στο προσκήνιο την τριπλή απειλή την οποία καλείται να αντιμετωπίσει σήμερα ο πλανήτης (κλιματική αλλαγή, βιοποικιλότητα και ρύπανση) και συνάμα αντιπροσωπεύει την εξωτερική της διάσταση. Ορμώμενη από την πρόσφατη αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 κινείται βάσει του τριπτύχου ηγεσίας, συνεργασίας και πόρων και με την προσέγγιση της Ομάδας Ευρώπης (Team Europe) εντάσσει στη φαρέτρα της την έννοια των συνεργιών για τη σταδιακή μετάβαση προς ένα μοντέλο “Ενιαίας Υγείας» (One Health) (Εικόνα 8). Η προσέγγιση της *Ενιαίας Υγείας* φέρει στο ίδιο τραπέζι την ανθρωπότητα, τα ζώα, το περιβάλλον και το κλίμα αντιμετωπίζοντάς τα ως αδιάσπαστους κρίκους της ίδιας αλυσίδας η οποία όμως επηρεάζεται από ασθένειες και τώρα περισσότερο από ποτέ χρειάζεται ισχυρότερους κανονισμούς και μηχανισμούς συνεργασίας. Βασισμένη σε 20 σημεία κλειδιά ή αλλιώς 20 καθοδηγητικές αρχές η στρατηγική αυτή εστιάζει στην προώθηση της αλληλεγγύης και της ισότητας στην υγειονομική περίθαλψη, την ενίσχυση των συστημάτων υγείας με τη συμπερίληψη όλων των ενδιαφερόμενων φορέων μέσω της προώθησης της βιωσιμότητας, της καινοτομίας και τη διεθνούς συνεργασίας.

1. Προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτιών της κακής υγείας, με έμφαση στα δικαιώματα των γυναικών και των κοριτσιών, καθώς και στους ευάλωτους πληθυσμούς και τις μειονεκτούσες ομάδες.
2. Βελτίωση της ισότιμης πρόσβασης στο πλήρες φάσμα των βασικών υπηρεσιών υγείας από την προαγωγή της έως την πρόληψη των ασθενειών και την προσιτή ποιοτική θεραπεία, την αποκατάσταση για την καταπολέμηση μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών.
3. Βελτίωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης με ενσωματωμένη ικανότητα αιφνιδιασμού και ενίσχυση των βασικών ικανοτήτων του συστήματος δημόσιας υγείας ώστε να είναι ικανό να ανταποκριθεί στον ΔΥΚ.
4. Προώθηση της ψηφιοποίησης ως θεμελιώδους παράγοντα.

5. Ενίσχυση της παγκόσμιας έρευνας στον τομέα της υγείας για την ανάπτυξη των τεχνολογιών και των σχετικών απαραίτητων αντισταθμιστικών μέτρων που απαιτούνται για τη βελτίωση της υγείας.
6. Αντιμετώπιση των ανισοροπιών μεταξύ του εργατικού δυναμικού και καλλιέργεια των επιδεξιότητων του.
7. Ενίσχυση της ικανότητας πρόληψης, ετοιμότητας και αντίδρασης για τον έγκαιρο εντοπισμό απειλών για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο
8. Στροφή προς την εγκαθίδρυση ενός σταθερού και διαρκούς μηχανισμού που θα προωθεί την ανάπτυξη και τη δίκαιη πρόσβαση σε εμβόλια και αντισταθμιστικά μέτρα στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο κατά κεφαλήν εισόδημα
9. Διαπραγμάτευση μίας αποτελεσματικής δεσμευτικής συμφωνίας για τις πανδημίες έχοντας κατά νου την προσέγγιση της «Ενιαίας Υγείας» με την παράλληλη ενίσχυση του ΔΥΚ.
10. Δημιουργία ενός συμπαγούς παγκοσμίου συνεργατικού δικτύου επιτήρησης για την καλύτερη ανίχνευση παθογόνων μικροοργανισμών και τη δράση έναντι αυτών.
11. Ολοκληρωμένη εφαρμογή της προσέγγισης «Ενιαία Υγεία» με εντεταμένη προσπάθεια καταπολέμησης της μικροβιακής ανθεκτικότητας.
12. Αποτελεσματική διασύνδεση όλων των πολιτικών και επιμέρους μέτρων που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην παγκόσμια υγεία εντός της Ευρωπαϊκής Επιτροπής καθώς και των οργανισμών και χρηματοδοτικών οργάνων της Ε.Ε.
13. Βελτιωμένη σύνδεση και συντονισμός πολιτικών και μέτρων της Ε.Ε. και των κρατών μελών της με στόχο την ενίσχυση της φωνής τους (ως μία και αδιάσπαστη φωνή) ώστε να αναλάβουν αποτελεσματική δράση σε παγκόσμιο επίπεδο.
14. Υποστήριξη ενός ισχυρότερου, αποτελεσματικού και υπεύθυνου Π.Ο.Υ.
15. Καθοδήγηση της νέας παγκόσμιας διαμορφωμένης διακυβέρνησης της υγείας με την κάλυψη των υπαρχόντων κενών και τη διασφάλιση συνεκτικού πεδίου δράσης.
16. Εξασφάλιση ενός ισχυρότερου ρόλου για την Ε.Ε. στα πεπραγμένα των διεθνών οργανισμών και φορέων.
17. Επέκταση των εταιρικών σχέσεων που βασίζονται στην ισοτιμία, τη συνιδιοκτησία, το αμοιβαίο συμφέρον και τις στρατηγικές προτεραιότητες.
18. Ενίσχυση των συμπράξεων με βασικούς εμπλεκόμενους φορείς στο πεδίο της παγκόσμιας υγείας
19. Ενίσχυση της χρηματοδότησης της Ε.Ε. για την παγκόσμια υγεία με το μέγιστο δυνατό αντίκτυπο.
20. Αξιολόγηση της προόδου και διασφάλιση των λογοδοτικών διαδικασιών επί της δράσης της Ε.Ε. για την παγκόσμια υγεία μέσω μόνιμης παρακολούθησης και αξιολόγησης.

(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2022).

Σε ίδιο χρόνο με την ανάπτυξη των 20 αυτών κατευθυντήριων αρχών η στρατηγική εμβαθύνει στη χάραξη γραμμών και πλαισίου δράσης για την εφαρμογή πολιτικών διαμορφώνοντας το πλαίσιο παρακολούθησης τόσο των ιδίων όσο και των χρηματοδοτικών τους πηγών. Ωστόσο παρά το ομολογουμένως καλυμμένο έδαφος μετά τις ανεπιτυχείς παρόμοιες στρατηγικές προσπάθειες της προηγούμενης δεκαετίας, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει να διανύσει μία μεγάλη απόσταση για να κατορθώσει να πετύχει το στόχο της. Ο κατακερματισμός των αρμοδιοτήτων αλλά και η ανάδυση νέων ζητημάτων (όπως η ενεργειακή κρίση, ο πόλεμος στην Ουκρανία, η πράσινη και η ψηφιακή κρίση) θέτουν σε μία συνεχή εσωστρέφεια το στρατηγικό σχεδιασμό και αναδύονται ως σημαντικές προκλήσεις για την επιτυχή εφαρμογή του. Συνεπώς οι εμπλεκόμενοι φορείς και παράγοντες καλούνται να συνδράμουν τα μέγιστα στο συντονισμό μεταξύ των θεσμικών οργάνων της Ένωσης με τα κράτη μέλη και να υπάρξει ουσιαστικά μία συντονισμένη ενιαία φωνή παρουσία ισχυρής πολιτικής βούλησης. Η πραγματική θεσμοθέτηση της στρατηγικής αποτελεί και το πιο κρίσιμο σημείο συμπαρασέροντας την εξασφάλιση της κατάλληλης χρηματοδότησης. Αναλύσεις όπως αυτή των Veron, Sergejeff και Ariko (2022) για το Κέντρο αφορο-ευρωπαϊκών σχέσεων επισημαίνουν και ένα ακόμα νευραλγικό σημείο όπου οι μακροχρόνιες ανάγκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να συμπορευτούν στρατηγικά με τους βραχυπρόθεσμους πολιτικούς στόχους της και θα χρειαστεί ισχυρότερες συνέργειες, περισσότερη ανθεκτικότητα αλλά και αυτονομία. Αυτό ασφαλώς σημαίνει πως θα πρέπει να λάβει περαιτέρω εξουσίες από τα κράτη μέλη.

Κεφάλαιο 6. Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα: Τρέχουσα κατάσταση και ιστορική αναδρομή

6.1. Ελληνική Δημοκρατία – Υφιστάμενη κατάσταση της υγείας και του συστήματος δημόσιας υγείας

Η Ελλάδα (επίσημως Ελληνική Δημοκρατία) βρίσκεται στο νοτιότερο άκρο της Βαλκανικής Χερσονήσου της ηπείρου της Ευρώπης, έχει έκταση 131.694 km² και πληθυσμό 10.394.055 κατοίκους. Αποτελεί μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1981 και μέλος της νομισματικής ζώνης του ευρώ από το 2001 (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2024).



Εικόνα 9. Η θέση της Ελλάδας εντός της Ευρώπης (Panagoroulous & Giannika, 2023)

Το πολίτευμα της χώρας είναι Προεδρευομένη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία με επικεφαλής του κράτους τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας και επικεφαλής της Κυβέρνησης τον Πρωθυπουργό. Το νομικό πλαίσιο του κράτους βασίζεται στο Ρωμαϊκό Δίκαιο και το δικαστικό σώμα διακρίνεται σε αστικά, ποινικά και διοικητικά δικαστήρια (Enterprise Greece, 2024).



Εικόνα 10. Η θέση της Ελλάδας (μπλε) εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (κίτρινο) (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2024).

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα είναι αρκετά υψηλό ξεπερνώντας αυτό του μέσου όρου της ηπείρου με την ποιότητα της υγείας των κατοίκων επίσης να θεωρείται ως αρκετά υψηλή. Παρά τις εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα ειδικότερα κατά τη δεύτερη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα έως και σήμερα εντοπίζονται μία σειρά από προκλήσεις και ερωτηματικά. Αρκετά από αυτά τα μελανά σημεία σχετίζονται άμεσα με την πρόσβαση και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Οι συνολικές κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία παραμένουν σταθερά αρκετά χαμηλότερα από τον ενωσιακό μέσο όρο (7,8% του

ΑΕΠ έναντι 9,9% του ΑΕΠ της Ε.Ε. για το 2019) ενώ παρά την ύπαρξη μεγάλου ποσοστού το οποίο καλύπτεται με μέριμνα του κράτους και εντάσσεται στον εθνικό προϋπολογισμό (περίπου 60%) υψηλό θεωρείται το ποσό που χρειάζεται να διαθέσουν από ιδίους πόρους τα νοικοκυριά ως συμμετοχή σε φάρμακα και επιπλέον ιατρικές υπηρεσίες οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στις ήδη παρεχόμενες από τα

ασφαλιστικά ταμεία (ΟΟΣΑ και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2021).

Αυτό που νοείται ως ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα μπορεί να θεωρηθεί σύμφωνα με τον Οικονόμου (2012) και κατά την ταξινόμηση των συστημάτων από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ως κράμα τριών διαφορετικών δημοσίων συστημάτων. Η κατηγοριοποίησή του όμως ως «μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης» φέρει σε συνδυασμό με την έλλειψη συντονιστικών οργάνων μία σύγχυση επί του σχεδιασμού και την εφαρμογή των επόμενων βημάτων της εθνικής πολιτικής υγείας. Εκτός αυτού ο Οικονόμου επιστά την προσοχή και στην ταυτόχρονη ενσωμάτωση οργανωσιακών στοιχείων του ιδιωτικού τομέα εντός του συστήματος υγείας.

Καίριας σημασίας για την κατανόηση της διάρθρωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και συγκεκριμένα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) είναι η οργάνωσή του κατά του πρότυπο Beveridge με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία που υπάγονται στο ΕΣΥ (δημόσια νοσοκομεία) και του ευρύτερου δικτύου κέντρων υγείας. Το πρότυπο Beveridge, όπως ονομάζεται αυτή η διάρθρωση, αφορά την προσφορά ενώ απ'την άλλη η ζήτηση διαρθρώνεται κατά το πρότυπο Bismarck και μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Το ασφαλιστικό σύστημα με τη σειρά του αποτελείται από πολλαπλά ταμεία και ασφαλιστικά σχήματα τα οποία διαχρονικά έχουν διαφοροποιήσεις που εν δυνάμει έχουν οδηγήσει και σε ανισοτιμίες στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αλλά και στην πρόσβαση σε αυτές (Πεχλιβανίδου, 2017).

Με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) να είναι σήμερα ο κεντρικός φορέας ασφαλίσεων το ΕΣΥ ταυτόχρονα λαμβάνει σημαντικό μέρος της χρηματοδότησής του και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το Υπουργείο Υγείας παραμένει υπεύθυνο για την ευρύτερη ρύθμιση του συνόλου του συστήματος το οποίο καλύπτει την προληπτική, την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Σε παράλληλο χρόνο ο ιδιωτικός τομέας λειτουργεί ως πάροχος πρωτοβάθμιας φροντίδας, διαγνωστικών και διάφορων άλλων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης (ΟΟΣΑ και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2023).

6.2. Μεταξύ πολλαπλών κρίσεων – Προβληματισμοί και δυσλειτουργίες για την υγεία στην Ελλάδα

Διαχρονικά η ποιότητα της υγείας στην Ελλάδα θεωρείται σε δείκτες από τις υψηλότερες στην Ευρώπη. Σε παρόμοιο μήκος κύματος κινείται η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αυτό όμως που κρίνεται ως μία αισθητή διαφορά σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες είναι η πλέον αργή βελτίωσή τους και συμπόρευση με τις τρέχουσες εξελίξεις. Οι προκλήσεις ωστόσο που κλήθηκε να

αντιμετωπίσει η Ελλάδα μέσα σε διάστημα μίας δεκαετίας σίγουρα δεν ήταν αμελητέες και διαδραμάτισαν έναν αρκετά σημαντικό ρόλο ώστε να οδηγήσουν σε αναχαίτιση της προβλεπόμενης προόδου αλλά και εμφανή όξυνση της ανισότητας με τα προπορευόμενα ευρωπαϊκά κράτη. Οι καταστάσεις παρατεταμένων κρίσεων σε πολλαπλά επίπεδα οδήγησαν σε σειρά καίριων πληγμάτων τόσο για το βιοτικό επίπεδο και τη δημόσια υγεία όσο και για το ίδιο το σύστημα (Π.Ο.Υ., 2016).

Από τη μία μεριά όπως συνοψίζει η Μαυρίκου-Γιαννάκου (2021) τα σημερινά προβλήματα της δημόσιας υγείας εδράζονται σε σύγχρονα ζητήματα όπως είναι η συνεχής γήρανση του πληθυσμού και οι επακόλουθες αλλαγές στο δημογραφικό, η ολόένα και μεγεθυνόμενη επίδραση των ψηφιακών τεχνολογιών και των παραγόμενων δεδομένων, η αναγκαιότητα εισαγωγής νέων τεχνολογιών οι οποίες έχουν ήδη φέρει μεγάλες εξελίξεις στην καινοτομία και την έρευνα αλλά έχουν υψηλό κόστος, η άνοδος της συχνότητας και του ποσοστού εμφάνισης των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων και η ανάγκη περιορισμού των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων τόσο στην υγεία όσο και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Καταλύτης και απαρχή πολλών εκ των προβλημάτων αυτών ασφαλώς αποτέλεσε και η χρηματοοικονομική κρίση με την έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και του τομέα ευρύτερα να στέκεται ως ακόμα μία κυρίαρχη τροχοπέδη που συντελεί σε δυσλειτουργία και περιορισμένες δυνατότητες. Ένα ακόμα πρόβλημα για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα που θα την έθετε σε ακόμα μεγαλύτερη πίεση ήταν ασφαλώς η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 στις αρχές της τρέχουσας δεκαετίας.

Συγκεκριμένα η πανδημία της νόσου COVID-19 και οι θάνατοι οι οποίοι καταγράφηκαν ως απότοκό της έφεραν ως αποτέλεσμα σε εξαιρετικά σύντομο χρονικό διάστημα να μειωθεί το προσδόκιμο ζωής στη χώρα στα επίπεδα όπου βρισκόταν μία δεκαετία νωρίτερα. Το 2020 οι θάνατοι από επιπλοκές της νόσου αποτέλεσαν την τέταρτη πιο συχνή αιτία θνησιμότητας μετά τις επικρατούσες διαχρονικά, παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, τον καρκίνο και τις επιπλοκές στο αναπνευστικό σύστημα (ΟΟΣΑ και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2023).

Η υγειονομική κρίση του 2020 ήρθε μόλις λίγα χρόνια μετά από την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 η οποία είχε δυσμενείς συνέπειες στην ελληνική οικονομία και ως φυσικό επακόλουθο στο σύνολο της ελληνικής πραγματικότητας αρχής γενομένης από το 2009 όπου οι συνέπειές της άρχισαν να γίνονται πιο εμφανείς. Παρότι η κρίση ήταν παγκόσμια, πλείστες χώρες της δύσης χώρες κατόρθωσαν να ανακάμψουν με ταχείς ρυθμούς ενώ η περίπτωση της Ελλάδας ήταν διαμετρικά αντίθετη με τους ρυθμούς ανάκαμψης να είναι πολύ πιο βραδείς. Οι πολιτικές λιτότητας που υπεβλήθησαν στην υπό συνεχή κατάρρευση οικονομία έφεραν σειρά αρνητικών επιπτώσεων τόσο απευθείας στην ευημερία των πολιτών με ταυτόχρονη αύξηση της κατάπτωσης της ψυχικής υγείας (άνοδος του ετησίου ποσοστού αυτοκτονιών, κρούσματα βίαιων εκδηλώσεων) όσο και στην επακόλουθη αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια

νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία ωστόσο λόγω των πολλαπλών περικοπών στον προϋπολογισμό από εκείνη τη στιγμή είχαν ελλείψεις σε προσωπικό αλλά και ιατρικό εξοπλισμό και άλλα υλικά. Ταυτόχρονα αυξήθηκε η πίεση στις πιο ευάλωτες κοινωνικά ομάδες όπως οι χρήστες ουσιών με αποτέλεσμα να απομονώνονται ακόμα περισσότερο ενώ ταυτόχρονα από το 2010 και έπειτα παρατηρήθηκε αύξηση των προσβεβλημένων ατόμων από τον ιό HIV (Kentikelenis et al., 2011).

Η ψυχική υγεία τέθηκε εκ νέου στο επίκεντρο μετά την έλευση της νόσου COVID-19. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας περισσότερο από το 25% των πολιτών ανέφεραν προβληματισμούς άμεσα συνδεδεμένους με εκείνη. Είναι φανερό εν γένει πως οι δυσμενείς συνέπειες των ζητημάτων ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές αλλά και η ραγδαία αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ ή ναρκωτικών και οι επακόλουθες συμπεριφορές που προκύπτουν ως απότοκο της χρήσης τους πλήττουν ιδιαίτερα τους ανθρώπους με χαμηλότερα εισοδήματα και αποτελούν έναν από τους βασικούς παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχική υγεία στη χώρα (ΟΟΣΑ και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2023).

Οι δύο κρίσεις είχαν παρεμφερείς δυσμενείς συνέπειες. Αν η τρωτότητα των κοινωνικοοικονομικά αδυνάτων (ανασφάλιστοι πολίτες, άνεργοι, μετανάστες, ηλικιωμένοι, παιδιά, ψυχικά ασθενείς και ασθενείς με χρόνιες παθήσεις) είναι ακόμα μεγαλύτερη σε περιόδους οικονομικής κρίσης (ΠΟΥ, 2009) κάτι το οποίο έγινε εμφανές και στην περίπτωση της Ελλάδας, οι συνθήκες διαβίωσης και συνολικά το επίπεδο υγείας τους βάλλεται ακόμα περισσότερο όταν προστίθεται μία ακόμα κρίση στην ήδη υπάρχουσα. Η υγειονομική κρίση του 2020 οδήγησε σε επιπλέον οικονομική δυσχέρεια αρκετές οικογένειες. Η ανεργία, η απώλεια εισοδήματος και η πείνα παρουσιάστηκαν ως κύρια προβλήματα που έρχονται για να προστεθούν στα ήδη υπάρχοντα ως αποτέλεσμα των μέτρων που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το ήδη υπάρχον χάσμα διευρύνθηκε και άλλο μεταξύ των ισχυρότερων και αδυνάτων κοινωνικών ομάδων (Malliarou et al., 2022).

Με το σύστημα υγείας να βρίσκεται υπό κατάρρευση μετά τις παρατεταμένες περιόδους κρίσεως οι ελλείψεις αναδείχθηκαν ακόμα περισσότερο, κυρίως στα υποστελεχωμένα και υποχρηματοδοτούμενα νοσοκομεία. Στον ίδιο χρόνο παύτηκαν πολλές τακτικές θεραπείες αναβαλλόμενες για μελλοντικό χρόνο ενώ υπήρξε ακόμα περισσότερη πίεση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία μετακύλησε και στα επόμενα επίπεδα. Επιπλέον, η ευρύτερη κατάσταση επέτεινε συνεχώς τα προβλήματα ψυχικής υγείας του πληθυσμού (Giannopoulou και Tsobanoglou, 2020). Σε αυτό το σημείο διαφαίνεται πως οι προσπάθειες ανασύνταξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και η εύρεση βιώσιμων λύσεων για την επόμενη ημέρα αποδεικνύονται ως ένας αρκετά δυσεπίλυτος γρίφος ειδικότερα μετά τα πλήγματα των τελευταίων ετών. Ως εκ τούτου και με στόχο την κατανόηση όλων των ιστορικών δεδομένων που σχημάτισαν την παρούσα εικόνα σε αυτό το κεφάλαιο επιχειρείται μία ανασκόπηση της κατάστασης του ελληνικού συστήματος

δημόσιας υγείας ανά τις δεκαετίες, με έμφαση στις σημαντικότερες εξελίξεις και παρεμβάσεις που επηρέασαν τον τομέα. Παράλληλα, παρέχεται μία αναλυτική ματιά στην εξέλιξη του θεσμικού πλαισίου στο χρόνο, στις συνθήκες που διαμόρφωσαν το πλαίσιο λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων και του Ε.Σ.Υ., τις συσσωρευμένες δυσκολίες που καλείται συνεχώς να αντιμετωπίσει, και τελικά στις προσεγγίσεις και στρατηγικές που επιχειρούνται για την επίλυσή τους και τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας.

6.3. Η υγεία στο πέρασμα των αιώνων – Η ιστορική διάσταση των πολιτικών δημοσίας υγείας στην Ελλάδα

6.3.1. Η Γένεση του κράτους και του κράτους πρόνοιας

Στο μεταίχμιο μεταξύ της ελληνικής επανάστασης και της ίδρυσης του ελληνικού κράτους στα τέλη της δεκαετίας του 1820 η δημόσια υγεία όπως γίνεται σήμερα αντιληπτή αποτελούσε καταφανώς μία άγνωστη έννοια στην ευρύτερη περιοχή. Εκτός της πλήρους απώλειας μίας τέτοιας πολιτικής οργάνωσης ή βούλησης στην πλειοψηφία των απολυταρχικών καθεστώτων της εποχής η ίδια η σύλληψη της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτη (Kotsiou, 2024). Η περίοδος του Διαφωτισμού και ο απόηχος της ωστόσο φέρνουν σε αυτά τα πρώτα βήματα της εθνικά ελεύθερης Ελλάδας ένα κύμα δομικών αλλαγών αφενός μεν μέσω της ταχύτατα εξελισσόμενης επιστήμης της ιατρικής και αφετέρου δε μέσω των μεταλαμπαδευόμενων αξιών που μετασχηματίζουν τη συνείδηση των πολιτών (Μπαρλαγιάννης, 2022). Σε αυτή τη χρονική στιγμή εντός του Οθωμανικού κράτους οι κάτοικοι της Ελλάδας αντιμετωπίζουν δυσχερείς συνθήκες διαβίωσης με έλλειψη καθαρού νερού και αποχέτευσης, κακή διατροφή, όντας αντιμετώπι με μία συνεχιζόμενη εμπόλεμη κατάσταση. Ένα ακόμα βασικό στοιχείο που χαρακτηρίζει την υγειονομική ένδεια όπως συνεχίζει στη μελέτη της η Kotsiou (2024) είναι ασφαλώς η έλλειψη ιατρών. Ως εκείνη τη στιγμή η πλειοψηφία των θεραπειών ασκεί κυρίως την εμπειρική ιατρική χρησιμοποιώντας βότανα και άνθη. Οι πτυχιούχοι ιατρικής από πανεπιστήμια της Δυτικής Ευρώπης είναι εξαιρετικά λίγοι σε αριθμό όπως και οι φιλέλληνες ιατροί που μετακινούνται αργότερα στην περιοχή προσφέροντας τις υπηρεσίες τους.

Στο επόμενο χρονικό διάστημα οι ιδέες περί εθνικού κράτους και η κατανόηση της ύπαρξης του ανθρώπινου δικαιώματος στην υγεία έχουν αρχίσει να αποκρυσταλλώνονται και στέκονται ως καταλυτικός παράγοντας για τη σταδιακή οργάνωση των πρώτων δομών υγείας αλλά και την κατάρτιση ενός συμπαγούς κεντρικού σχεδίου. Το 1928 ο Κυβερνήτης της Ελληνικής Πολιτείας Ιωάννης Καποδίστριας ιδρύει ορφανοτροφείο στην Αίγινα (προϋπήρχαν του Πόρου και του Ναυπλίου), ενώ στη Σύρο λειτουργεί το πρώτο δημοτικό νοσοκομείο (Μαστρογιάννης, 1960) ήδη από το προηγούμενο έτος όταν και ολοκληρώθηκε η κατασκευή του με πρωτοβουλία και προσωπική μέριμνα του αρχιτέκτονα Γ. Μηλιώνη με τη συνεισφορά εύπορων κατοίκων του νησιού (Γενικό Νοσοκομείο Σύρου, 2024). Με χρηματοδότηση από

ιδιωτικούς πόρους κινήθηκαν παρόμοιες πρωτοβουλίες σε όλη την επικράτεια θέτοντας τα θεμέλια για την ανέγερση περισσότερων δομών περίθαλψης και πρόνοιας για τις πλέον ευάλωτες πληθυσμιακές μονάδες (Μαυσιδής και Σακελλαρόπουλος, 2010).

Η ύπαρξη υγειονομικών δομών και υπηρεσιών ασφαλώς απαιτούσε την ύπαρξη καταρτισμένων επαγγελματιών με το κατάλληλο επιστημονικό υπόβαθρο. Έτσι το 1835 δύο χρόνια πριν την ίδρυση του πρώτου πανεπιστημιακού ιδρύματος της χώρας του Οθώνειου Πανεπιστημίου (σημερινό Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών) ιδρύονται τρεις ιατρικές σχολές (χειρουργικής, φαρμακευτικής και γενικής ιατρικής) λογιζόμενες εν τέλει περισσότερο ως προπαρασκευαστικές σχολές ή πρακτικά σχολεία αλλά και ως βάση για την ιδρυθείσα το 1837 πλέον ανώτατη Ιατρική Σχολή (Κούζης, 1939).

Ταυτόχρονα εγκαθιδρύθηκαν θεσμοί (στα πρότυπα των αντίστοιχων βουαρικών) (Δαρδαβέσης, 2008) όπως το Ιατροσυνέδριο που αποτέλεσε συμβουλευτικό όργανο της κυβέρνησης και ο νομαρχιακός γιατρός (νομιάτρος) ο οποίος ήταν επιφορτισμένος με το έργο της ιατρικής κάλυψης αλλά και της παροχής στήριξης στη Δημοτική Αστυνομία. Η Δημοτική Αστυνομία ως όργανο διέθετε το διττό ρόλο του ελεγκτή της σωστής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και του νομοθέτη σε θέματα σχετιζόμενα με λοιμώδη νοσήματα. Το συναφές νομοθετικό πλαίσιο που διαμορφώνεται αυτή την περίοδο ξεκινώντας πρακτικά να αποτελεί τη θεσμοθέτηση της δημόσιας υγείας χαρακτηρίζεται κατά κόρον από τις λοιμώδεις ασθένειες που ταλανίζουν τον πληθυσμό. Οι επιδημίες και τα μεταδιδόμενα νοσήματα γενικότερα (ελονοσία, λέπρα, ευλογιά) κυριαρχούν στην περιοχή και αποτελούν χαρακτηριστικό της εποχής (που συνεχίζεται ως και τις απαρχές του επόμενου αιώνα). Η θνησιμότητα είναι μεγάλη κυρίως στα παιδιά και οι προσπάθειες εμβολιασμού δεν είχαν εξαρχής τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Οι παγκόσμιες εξελίξεις στην ιατρική και οι προσπάθειες των επιστημόνων τις επόμενες δεκαετίες θα συνέδραμαν σημαντικά στην εξάλειψη των νοσημάτων αυτών στη χώρα (Μαυρίκου-Γιαννάκου, 2021).

6.3.2. Διαμόρφωση υγειονομικού νομικού πλαισίου «εκ του μηδενός» έως τις αρχές του 20ου αιώνα

Εκτός του Ιατροσυνεδρίου το 1934 από το προηγούμενο έτος με τη σύσταση του Υπουργείου Εσωτερικών θεσπίζεται ως ένα από τα έξι τμήματά του και το «Υγειονομικόν Τμήμα» η κεντρική διοικητική υπηρεσία του κράτους για τα ζητήματα δημόσιας υγείας. Οι αρμοδιότητες του τμήματος περιλάμβαναν την εφαρμογή νόμων για τον έλεγχο της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών και την επιβολή απολυμαντικών μέτρων, την ίδρυση και συντήρηση δημόσιων υγειονομικών ιδρυμάτων, τη σύσταση υγειονομικών αρχών, τη διαχείριση της μαιευτικής σχολής, την επιτήρηση της αγοράς τροφίμων, των σφαγείων και των συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης, την εφαρμογή των νόμων που αφορούσαν τα υγειονομικά επαγγέλματα και τη συνολική εποπτεία της δημόσιας υγείας (Δαρδαβέσης, 2008). Την επόμενη δεκαετία

και συγκεκριμένα το 1845 ψηφίζεται και τίθεται σε ισχύ ο πρώτος υγειονομικός κανονισμός ο «Υγειονομικός νόμος» ένα καθαρά διαμορφωμένο πλαίσιο που περιλαμβάνει διατάξεις για τη μείωση της διασποράς των λοιμωδών ασθενειών (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020, Δήμος Αλιάρτου-Θεσπιέων, 2017). Ο κανονισμός αυτός όμως όπως και ευρύτερα όλες οι πολιτικές που υιοθετούνταν κινούνταν κατά βάση στον άξονα της πρόληψης. Κάθε προσπάθεια κεντρικής παρέμβασης ή σχεδιασμού επικεντρώνονταν κυρίως στην αποφυγή των ασθενειών δεδομένου ότι η Ελλάδα όπως και τα περισσότερα κράτη κατά την περίοδο αυτή συνήθως δεν επιφορτιζόνταν με την οργάνωση ενός συστήματος περίθαλψης. Αντίθετα απείχαν αρκετά από αυτή τη σύλληψη αλλά και την ικανότητα να την πραγματοποιήσουν δεδομένων των μεγάλων ελλείψεων καταρτισμένου (ιατρικού και νοσηλευτικού) προσωπικού (Λιάκος, 1993).

Με την εξωτερική πολιτική στο προσκήνιο τις κατοπινές δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα η νομοθετική ρύθμιση των ζητημάτων δημοσίας υγείας λαμβάνει μία εξαιρετικά υποβαθμισμένη θέση στη σφαίρα του κυβερνητικού προγραμματισμού. Σαφώς από αυτή την εξέλιξη επηρεάζεται βαθμιαία και η χρηματοδότηση της υγείας η οποία υποβαθμίζεται ολοένα και περισσότερο παρά την (σε διάστημα μισού αιώνα) αύξηση του εθνικού προϋπολογισμού. Οι υπάρχοντες πόροι μετά το 1864 και μέχρι το πέρας των Βαλκανικών Πολέμων αξιοποιούνται για την αναδιάρθρωση και ενίσχυση των ενόπλων δυνάμεων σε μία εποχή ασφαλώς όπου οι πολεμικές συγκρούσεις δεν αποτελούν σπάνιο φαινόμενο. Αρκετές από τις δομές του παρελθόντος θα διακόψουν ριζικά τη λειτουργία τους και οι επόμενες που θα εγκαινιαστούν θα αποτελέσουν όπως και στις απαρχές της ίδρυσης του ελληνικού κράτους πρωτοβουλία των οικονομικά ισχυρότερων και εν γένει ιδιωτικής πρωτοβουλίας έμπνευση η οποία επικυρωνόταν σε ύστερο χρόνο από την πολιτεία (Μακρίδης, 1933, Λιάκος, 1993, Ράλλη, 2019).

Ο 20^{ος} αιώνας βρίσκει το διευρυμένο πλέον ελληνικό κράτος σε μία μακρά περίοδο «νεκροφάνειας των υγειονομικών υπηρεσιών». Το κατεξοχήν διοικητικό όργανο επί των υγειονομικών εξακολουθεί να υπάγεται στο Υπουργείο Εσωτερικών (Μακρίδης, 1933) ωστόσο υφίσταται μία δομική αλλαγή από τη δεκαετία του 1890 και για την επόμενη εικοσαετία με πολυδιάσπαση των αρμοδιοτήτων του και σε έτερα υπουργεία. Διατηρείται εν ολίγοις το 1894 το Υπουργείο Εσωτερικών ως το αρμόδιο υπουργείο με τη «Διεύθυνση Δημοσίας Υγιεινής και Αντιλήψεως» να αντικαθιστά το «Υγειονομικόν Τμήμα» (συνοδευόμενο από το Ιατροσυνέδριο το οποίο παραμένει ως συμβουλευτικό και συμπληρωματικό όργανο και το θεσμό του υγειονομικού επιθεωρητή) αλλά το «Τμήμα Σχολικής Υγιεινής» υπάγεται στο Υπουργείο Παιδείας, το «Τμήμα Ελονοσίας» στο Υπουργείο Συγκοινωνίας ενώ υπάρχουν και επιπλέον υπηρεσίες όπως επί παραδείγματα η «Υγιεινή της Εργασίας» και οι «Ιαματικές Πηγές» που υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας (Δαρδαβέσης, 2008).

Σειρά νόμων και βασιλικών διαταγμάτων (Πίνακας 3) που συγκεντρώνονται στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα και μέχρι τις αρχές των Βαλκανικών Πολέμων αφορούν υγειονομικά μέτρα, την οργάνωση υγειονομικών δομών και τη ρύθμιση της αγοράς φαρμάκων. Η πολιτική που διαμορφώνεται επικεντρώνεται στα φλέγοντα ζητήματα ψυχικής υγείας και στις μονάδες ή θεραπευτήρια για διάφορες σωματικές ασθένειες όπως η λέπρα, η λύσσα, η χολέρα και η ευλογιά που ταλανίζουν σε μεγάλο βαθμό τους πολίτες. Σε αυτό το χρονικό διάστημα αποφασίζεται η μετακίνηση των νοσοκόμετων από της Νόσο του Χάνσεν (λέπρα) στο νησί της Σπιναλόγκας στην Κρήτη μετά από σειρά προσπαθειών περιορισμού της μέσω της απομόνωσης τους ενώ ρυθμίζεται και η κατάρτιση του επαγγέλματος της μαιευτικής και των επαγγελματιών μαιών αλλά και των κτηνιάτρων (Μαλαγαρδής, 1932, Δαρδαβέσης 2008, Ράλλη, 2019).

Χρονολογία	Νομοθέτημα
1866	Νόμος περί ιδρύσεως Λωβοκομείου και Φρενοκομείου στη Σάμο
1866	Βασιλικό διάταγμα περί οργανισμού Φρενοκομείου Κερκύρας
1888	Νόμος περί ιδρύσεως Λωβοκομείου στο δήμο Μαραθώνος
1893	Βασιλικό διάταγμα περί υγειονομικών μέτρων προς απόκρουση της χολέρας
1895	Νόμος περί ανεγέρσεως Λυσοκομείου και Λυσιατρείου εν Αθήναις
1898	Νόμος περί προλήψεως μεταδόσεως της χολέρας εις Ευρώπην
1899	Νόμος περί ιδρύσεως Νοσοκομείου εις Ζάκυνθον
1901	Νόμος περί απομονώσεως των λεπρών
1903	Βασιλικό διάταγμα περί εγκαταστάσεως λεπρών εις Σπιναλόγκαν Κρήτης
1908	Νόμος περί πωλήσεων της κινίνης, περί απολυμαντών και απολυμαντηρίων
1909	Βασιλικό διάταγμα περί κτηνιάτρων
1909	Βασιλικό διάταγμα περί προσόντων και διδασκαλίας των αφιεμένων να μετέλθωσιν το επάγγελμα του επιστήμονος και πρακτικής μαίας
1910	Νόμος περί ελευθεροκοινωνίας πλοίων
1911	Βασιλικό διάταγμα περί υγειονομικών μέτρων κατά της ευφλογίας

Πίνακας 3. Νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα και στις αρχές του 20ου (Δαρδαβέσης, 2008, Ράλλη, 2019)

Σημαντική εξέλιξη εκείνης της περιόδου που θα διαδραματίσει μείζονα ρόλο τα κατοπινά έτη είναι η ίδρυση του Υγειονομικού Σώματος του στρατού (Νόμος ΩΠΘ/1880 ΦΕΚ Α/4/12.01.1881). Με τεχνογνωσία από την Ευρώπη και την επιστημονική συνδρομή Γάλλων αξιωματικών αλλά και συνέργειες με την πολιτεία κατά τα επόμενα χρόνια και δη στις ημέρες όπου η κατάσταση στα Βαλκάνια είναι έκρυθμη με σειρά εμπόλεμων συρράξεων, το Υγειονομικό Σώμα μαζί με τον πρόεδρο του Ιατροσυνεδρίου συμπράττει με στόχο τη διενέργεια μαζικών εμβολιασμών σε στρατιώτες αλλά και άμαχο πληθυσμό στις περιοχές της Μακεδονίας. Το εμβόλιο αυτό αφορούσε την ασθένεια της χολέρας και παρασκευάστηκε στο

εργαστήριο Μικροβιολογίας και Υγιεινής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η επιχείρηση στέφθηκε με μεγάλη επιτυχία παρά το γεγονός ότι αποτέλεσε ένα εγχείρημα μεγάλης κλίμακας και καθόλου βέβαιης έκβασης («Η ηυξημένη νοσηρότης», 2020). Τα επόμενα χρόνια μετά από συνεχείς πολεμικές συρράξεις, επιστρατεύσεις και τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού να είναι πασιφανές πως είναι συνώνυμες της πλήρους εξαθλίωσης, θα έχει αποκρυσταλλωθεί πλέον η ιδέα της μέριμνας για τη δημόσια υγεία και έτσι έναν αιώνα περίπου μετά την ίδρυση του ελληνικού κράτους θεσπίζεται το Υπουργείο Υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

6.3.3. Εθνικό σύστημα υγείας και πολιτικό πλαίσιο: Συγκρότηση, κατακερματισμός και ανασυγκρότηση

Η ύπαρξη μίας ενιαίας υγειονομικής στρατηγικής και η χάραξη συγκεκριμένων πολιτικών γραμμών για την υγεία αποτέλεσαν ζητούμενο για την Ελλάδα μετά το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1910 όταν και συστάθηκε και στελεχώθηκε επιφορτισμένο με το έργο της προάσπισης της δημόσιας υγείας για όλους τους πολίτες το καθ'όλα υπεύθυνο υπουργείο. Ήταν το έναυσμα για τη θέσπιση ενός κεντρικού εθνικού διοικητικού οργάνου. Τα επόμενα χρόνια ωστόσο θα γνώριζε νέες διχοτομήσεις και καταμερισμό των αρμοδιοτήτων του σε άλλα υπουργεία, θα άλλαζε επίσης συχνά ονομασία (αντανακλώντας τη γενική αστάθεια στο πραγματικό όραμα πίσω από την ύπαρξή του) ενώ και η λειτουργία του συχνά θα αναστελλόταν εξ ολοκλήρου προτού επανασυσταθεί (Ράλλη, 2019). Το «Υπουργείον Περιθάλψεως» ιδρύεται το 1917 με την έκδοση του νομοθετικού διατάγματος «Περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως» ΦΕΚ 112/14-6-1917. Είχε προηγηθεί η θέσπιση της υπηρεσίας «Ανωτάτης Διευθύνσεως Περιθάλψεως» στην πόλη της Θεσσαλονίκης μερικούς μήνες πριν, ωστόσο η ύπαρξη πλέον ενός πλήρως αυτόνομου υπουργείου σήμαινε τη μεταφορά όλων των υπηρεσιών υγείας αλλά και πρόνοιας σε αυτό.

Παρότι η κατανόηση της αναγκαιότητας ύπαρξης ενός ξεχωριστού υπουργείου που θα μεριμνήσει για την υγεία των κατοίκων της χώρας ήταν ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση, ύστερα από σειρά δεκαετιών ένδειας και έλλειψης όχι μόνο οποιασδήποτε κρατικής περίθαλψης και κεντρικού σχεδιασμού για ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αλλά και συλλογικής συνείδησης επί των γενεσιουργών αιτιών προβλημάτων όπως η ασφάλεια στην εργασία ή η ασθένεια με καταπονημένο τον πληθυσμό, την οικονομία του κράτους σε μεγάλη ύφεση και την εισροή εκατομμυρίων προσφύγων από τη Μικρά Ασία λίγο αργότερα, τα προβλήματα υγιεινής αλλά και πρακτικής διαβίωσης συνεχώς πολλαπλασιάζονταν (Κουρής, 2023). Το υπουργείο αρχικά θεωρήθηκε εσφαλμένα ως αρμόδιο μόνο για τη περίθαλψη των πληγέντων και των προσφύγων και η πραγματική επέκταση των αρμοδιοτήτων του για το σύνολο του πληθυσμού ήρθε με προσωπική παρέμβαση του πρωθυπουργού Ε. Βενιζέλου (Λιάκος, 1993, Βενιέρης, 1997).

Η κυβέρνηση Π. Πρωτοπαπαδάκη το 1922 θα ήταν εκείνη η οποία θα προχωρούσε στην πλέον ρηξικέλευθη τομή με το Νόμο 2882/1922 «Περί Μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγιεινής και Πρόνοιας». Ο νόμος αυτός προέβλεπε σειρά μεταρρυθμίσεων και θέσπιση γραφείων και διευθύνσεων (διοικητικής μέριμνας, κοινωνικής πρόνοιας, δημοσίας αντιλήψεως, θυμάτων πολέμου, δημοσίας υγείας, κοινωνικής υγιεινής) καθώς και την έναρξη της λειτουργίας της Γενικής Υγειονομικής Επιθεώρησης και τη μετονομασία του Ιατροσυνεδρίου σε «Ανώτατον Υγειονομικόν Συμβούλιον». Η Μικρασιατική καταστροφή το Σεπτέμβριο του ίδιου έτους ως επιστέγασμα της παρατεταμένης πολεμικής περιόδου (Gauin, 2017) φέρνει άλλες εξελίξεις και ο νόμος εν τέλει δεν εφαρμόζεται ποτέ. Με επόμενα νομοθετήματα από τις διάφορες κυβερνήσεις των ακολούθων ετών το υπουργείο θα εξακολουθούσε συνεχώς να αλλάζει ονομασία και εν μέρει χαρτοφυλάκιο. Δεν έλειψαν ασφαλώς οι διασπάσεις των τομέων ευθύνης του και περιπτώσεις όπου έπαψε τελείως η λειτουργία του στα πλαίσια του ευρύτερου περιβάλλοντος αναταραχής. Επί πρωθυπουργίας Σ. Γονατά το υπουργείο μετονομάζεται σε «Υπουργείο Υγιεινής και Πρόνοιας και Αντιλήψεως» προτού οι υγειονομικές υπηρεσίες του διαχωριστούν και κατανεμηθούν σε άλλα υπουργεία κατά τη διάρκεια της δικτατορίας Θ. Πάγκαλου. Η κατοπινή κυβέρνηση Γ. Κονδύλη επαναφέρει το «Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως» και ιδρύει το νέο «Υφυπουργείο Υγιεινής» το οποίο λίγο αργότερα θα αναβαθμιστεί σε αυτόνομο υπουργείο (Douki, Tzagkarakis, Karakatsani, 2021).

Κατά τις επόμενες δεκαετίες του μεσοπολέμου, την ταραχώδη περίοδο του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, της κατοχής και μέχρι το πέρας του εμφυλίου πολέμου το Υπουργείο θα υφίστατο (Πίνακας 4) περαιτέρω αλλαγές (Πίνακας 4).

Χρονολογία	Αλλαγές στη σύσταση του ελληνικού υπουργείου υγείας
1922	Υπουργείον Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας
1922	Υπουργείον Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως
1926	Κατάργηση του υπουργείου και κατάτμηση των υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων του σε διάφορα άλλα υπουργεία
1926	Επανασύσταση του ως Υπουργείον Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως και σύσταση Υφυπουργείου Υγιεινής
1928	Υπουργείον Υγιεινής
1932	Υπουργείον Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως
1935	Υπουργείον Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως
1940	Παράλληλη λειτουργία Υπουργείου Υγιεινής και Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως
1941	Υπουργείον Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντιλήψεως

1942	Υπουργείον Κρατικής Προνοίας και Αντιλήψεως
1942	Υπουργείον Εθνικής Προνοίας
1944	Υπουργείον Υγιεινής
1945	Υπουργείον Κοινωνικής Προνοίας (συγχώνευση των Υπουργείων Εθνικής Προνοίας και Υγιεινής)
1945	Εκ νέου διχοτόμηση των Υπουργείων Κοινωνικής Προνοίας και Υγιεινής
1951	Εκ νέου συγχώνευση των Υπουργείων Κοινωνικής Προνοίας και Υγιεινής

Πίνακας 4. Αλλαγές στη σύσταση και ονομασία του υπουργείου Ελλάδας στην Αθήνα από το 1922 ως το 1951 (Δαρδαβέσης, 2008)

Υψηλής σημασίας εξέλιξη της εποχής είναι η διάρθρωση του ασφαλιστικού συστήματος. Και πάλι καταλύτης για να εγκαθιδρυθεί αυτό το σύστημα είναι η συνεχής προσφυγικές ροές έπειτα από την καταστροφή του 1922. Ακολουθώντας την τάση της εποχής και κυρίως το γερμανικό πρότυπο κοινωνικοασφαλιστικής δομής θεμελιώνονται η ίδρυση πολλαπλών ταμείων, η υποχρεωτική ασφάλιση των μισθωτών υπαλλήλων και η ίση εισφορά μεταξύ εκείνων και του εργοδότη. Την επόμενη δεκαετία θα υπήρχε μία ακόμα πιο κρίσιμη μεταρρύθμιση η οποία ήλθε ως αποτέλεσμα της άναρχης ανάπτυξης όλου του εγκαθιδρυμένου συστήματος και των πολλαπλών ταμείων και φορέων οι οποίοι κρίθηκαν ασταθείς ως προς τη βιωσιμότητά τους στο διηνεκές. Ο Ελ. Βενιζέλος ως εκ νέου εκλεγμένος πρωθυπουργός το 1932 προτείνει μέσω νομοσχεδίου την ίδρυση ενιαίου εθνικού συστήματος ασφαλιστικής προστασίας το οποίο θα αναλάμβανε τον κεντρικό ρόλο της ασφάλισης όλων των εργαζομένων (πλην αγροτών και άλλων συγκεκριμένων κατηγοριών) με παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και επιδομάτων ασθένειας και ταυτόχρονα ανάληψη της μέριμνας για την ασθένεια, την αναπηρία, το γήρας και το θάνατο. Ο καινοτόμος νόμος 5733/1932 δε θα εφαρμοζόταν ποτέ με αυτή τη μορφή, αφού η κυβέρνηση Βενιζέλου θα έχανε την εξουσία το επόμενο διάστημα. Στη συνέχεια θα προτεινόταν ο αντίστοιχος αλλά εξαιρετικά τροποποιημένος νόμος 6298/1934, ο οποίος θα εφαρμοζόταν πιλοτικά το 1937 λόγω της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης της περιόδου που περιέγραφε το νομοσχέδιο ως εξαιρετικά φιλόδοξο. Αυτή ήταν η ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και εν αρχή περιέλαβε μόνον τα τρία μεγάλα αστικά κέντρα Αθηνών, Πειραιώς και Θεσσαλονίκης και τους υπαλλήλους μεγάλων επιχειρήσεων με σταδιακή ενσωμάτωση την επόμενη τριετία και στις παρυφές του Ελληνοϊταλικού πολέμου του 1940 των μικρότερων πόλεων, μικρομεσαίων επιχειρήσεων και βιοτεχνιών. Η παρατεταμένη αστάθεια όμως και η μη ουσιαστική κάλυψη των περισσότερων εκ των εργαζομένων της χώρας είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία και πάλι επιμέρους ταμείων διάφορων επαγγελματικών κλάδων και ομάδων αλλά και άλλων οργανισμών κοινωνικής μέριμνας και ασφάλισης με συχνά προοπτική για υψηλότερες συντάξεις και ταυτόχρονα της υποβάθμισης του ΙΚΑ (Κουρής, 2023).

Νομοσχέδιο του 1937 (Αναγκαστικός Νόμος 965/1937) φαίνεται πως επιχείρησε να θέσει τα θεμέλια για τη σύσταση κρατικών νοσηλευτικών δομών καθώς και να οργανώσει πλήρως το καθεστώς οικονομικής και διοικητικής λειτουργίας τους σε σύγχρονα πρότυπα. Πράγματι μία τέτοια βελτίωση παρουσιάζεται από τη Στατιστική Επετηρίδα επόμενου έτους η οποία παρουσιάζει σαφή άνοδο και των νοσοκομείων του 1939 σε σχέση με το 1934 (117 έναντι 111) και των κλινών σε αυτά (16.000 έναντι 13.000) όπως αναφέρουν οι Θεοδώρου, Σούλης και Σαρρής (2001).

Η μετεμφυλιακή κατάσταση της χώρας βρίσκει ξανά το σύστημα υγείας και την ίδια την έννοια της δημόσιας υγείας στην πλέον δυσχερή κατάσταση. Μεγάλες καταστροφές και ελλείψεις υποδομών και πόρων συμπληρώνουν την απώλεια της ανθρώπινης ζωής, τον κατακερματισμό κοινοτήτων ολόκληρων, την ένδεια, την πείνα και τις δυσμενέστατες συνθήκες διαβίωσης. Η δεκαετία του 1950 θα πρέπει να φέρει πολλές αλλαγές ώστε να ανατρέψει αυτή την κατάσταση (Κουρής, 2023).

Παρότι κυρίως πρόκειται για προτάσεις επί προτάσεων με την πλειοψηφία εξ αυτών να κατορθώνουν να σχηματίζουν κάποιες κοινές γραμμές (θέληση για εγκαθίδρυση εθνικού συστήματος υγείας, περαιτέρω ανάπτυξη των δημόσιων παροχών και της ισότιμης πρόσβασης για όλους, ενοποίηση των ετερόκλητων και πολλαπλών πηγών χρηματοδότησης, αντιμετώπιση των ελλείψεων της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού και θεμελίωση ενός ενιαίου συστήματος παραπομπών) όταν η κυβερνητική ηγεσία έχει πλέον ωριμάσει στο βαθμό όπου μπορεί να θέσει νέες βάσεις και να φέρει σειρά μεταρρυθμίσεων όπως σχολιάζουν οι Tragakes και Polyzos (1998) συχνά η ίδια είναι αυτή που θέτει και τα εμπόδια στην πραγματοποίησή τους. Μία πρώτη προσπάθεια για τη θεσμοθέτηση Εθνικού Συστήματος Υγείας λαμβάνει χώρα το 1953 σκοπεύοντας σε μία ουσιαστική αποκέντρωση του συστήματος και βελτίωση της ζωής των πολιτών σε όλη τη χώρα ανάλογα με τις τοπικές τους ανάγκες μέσω της εκχώρησης αρμοδιοτήτων στα περιφερειακά ιατρικά συμβούλια. Επίσης προβλεπόταν μία αναδιοργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων και η εγκαθίδρυση ενός συστήματος αποζημίωσης τους μέσω των ασφαλιστικών ταμείων. Η πρακτική ατομία όμως και η απουσία θεσμικού υποβάθρου σε εκείνη τη χρονική στιγμή συντέλεσαν στο να μην υπάρξουν αλλαγές με πραγματικό αντίκρυσμα, κάτι το οποίο συνεχίστηκε και τις επρόχρονες δεκαετίες όπου ενώ φαινομενικά το κράτος βρίσκεται σε μία συνεχή οικονομική άνοδο, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία παραμένουν περιορισμένες ενώ ο ιδιωτικός τομέας ακμάζει όσο αυξάνονται οι ιατροί (και τα ιδιωτικά ιατρεία τους) και τα μικρότερου μεγέθους ιδιωτικά νοσηλευτήρια κατά μήκος και πλάτος της χώρας.

Νευραλγικής σημασίας αποδεικνύεται στη συνέχεια και τη νέα δεκαετία του 1960 ο νόμος 4169/1961 (Ν. 4169/1961 (ΦΕΚ 81/Α/18.05.1961) και η σύσταση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) ο οποίος εισάγεται για την κάλυψη της πλειοψηφίας των πολιτών οι οποίοι απασχολούνται στη γεωργία. Επόμενες προτάσεις και σχεδιασμοί υπάρχουν πάντα στο τραπέζι αλλά δεν υλοποιούνται (όπως το

στρατηγικό σχέδιο «Εθνικής Πολιτικής Υγείας» του επί δικτατορίας Γ. Παπαδόπουλου Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών Λ. Πάτρα στα τέλη της δεκαετίας του 1960 (Πάτρας, 1970)). Η υπό ανάπτυξη στοχοθεσία αυτή κρίνεται εν μέρει ως αντικρουόμενη με το επικρατές οικονομικό μοντέλο της ελεύθερης αγοράς και οι προσπάθειες για περαιτέρω δημόσιες παροχές, επιπλέον νοσοκομειακές δομές, ανακατανομή των υπηρεσιών υγείας και εισαγωγή του συστήματος του οικογενειακού ιατρού αλλά και τη θέσπιση ενός ολοκληρωμένου και συμπαγούς μοναδικού φορέα χρηματοδότησης αποβαίνουν άκαρπες κατά τη διάρκεια της εφταετούς δικτατορίας (1967-1974). Η αποκατάσταση της δημοκρατίας το 1974 θα έφερνε στο προσκήνιο ίσως για πρώτη φορά τον άνθρωπο και τα κοινωνικά ζητήματα. Για δεκαετίες βασικά δικαιώματα ήταν καταστρατηγημένα και η ίδια η αξία της ανθρώπινης ζωής πλήρως απαξιωμένη. Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 πλέον υπάρχει ξεκάθαρη θέληση έπειτα από πίεση για άμεσες λύσεις στα θέματα που ταλανίζουν την Ελλάδα. Οι πολιτικές ωστόσο προτεραιότητες στρέφονται στους θεσμούς και την οικονομία προτού επικεντρωθούν στα υπόλοιπα θέματα κοινωνικής πολιτικής και καταλήξουν στη μεταρρύθμιση της υγείας λίγο αργότερα. Η πρόταση του Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (Κ.Ε.Π.Ε) το 1976 μελετά εις βάθος τα προβλήματα του συστήματος και της δημοσίας υγείας και συζητά λύσεις παρόμοιες με εκείνες που πρότεινε λίγα χρόνια νωρίτερα το εθνικό σχέδιο του Λ. Πάτρα δίχως όμως κάποια από αυτές να καρποφορεί και να υλοποιείται παραμένοντας «άσκηση επί χάρτου». Παρολαυτά αποτέλεσε το έναυσμα για τις μεταρρυθμίσεις που θα ακολουθούσαν και προλείανε το έδαφος συντελώντας στη διαμόρφωση μίας ευρύτατα κοινά αποδεκτής άποψης τόσο για τη φύση της διαμόρφωσης του στρατηγικού πεδίου όσο και για την κατεύθυνση που θα πρέπει αυτό να έχει (Tragakes & Polyzos, 1998).

Η δεκαετία του 1980 θα είναι εκείνη όπου θα λάβει χώρα η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας. Προηγουμένως σημαντικό ρόλο είχε διαδραματίσει ο Υπουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών (στην αρμοδιότητά του οποίου παρέμενε το πλήρες υγειονομικό χαρτοφυλάκιο και οι κοινωνικές ασφαλίσεις) Σ. Δοξιάδης της κυβέρνησης Κ. Καραμανλή στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Συγκροτώντας την Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ) συνέχισε τη διαρκή σύνθεση ιδεών συντελώντας στη διαρκή διαμόρφωση προτάσεων νομοθετικού χαρακτήρα έχοντας ως στόχο «την αναμόρφωση των υπηρεσιών υγείας πάνω σε βάσεις επιστημονικές και όχι πάνω σε εντυπώσεις, ευχές, επιθυμίες και περιστασιακά γεγονότα». Το επιστημονικό πρίσμα υπό το οποίο εξετάστηκαν τα ζητήματα υγείας τα επόμενα τέσσερα έτη έφερε στο προσκήνιο σειρά από ζητήματα προς επίλυση συντελώντας καταληκτικά και στη διαμόρφωση του σχεδίου νόμου «Μέτρα προστασίας της υγείας». Το σχέδιο περιλάμβανε τη σύσταση ενός ανώτατου οργάνου για θέματα πολιτικής πλησίον του υπουργείου (Εθνικό Συμβούλιο Υγείας), τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, την αναβάθμιση του εποπτικού ρόλου του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών επί των νοσοκομείων (πλην των νοσοκομειακών δομών των Ενόπλων Δυνάμεων), τη διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες με αντίστοιχα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας, τη

δημιουργία ενιαίου συστήματος υγείας σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, μέσω Κέντρων Υγείας και Αγροτικών Ιατρείων και το θεσμό του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους απασχόλησης, τη δημιουργία ενός ειδικού συμβουλίου ανάπτυξης στελεχών υγείας και την εισαγωγή βοηθών νοσοκόμων. Οι εργασίες που ανέδειξαν το σχέδιο δεν αποδείχθηκαν μάταιες ωστόσο το ίδιο ως στρατηγική χάρτα παρέμεινε παρομοίως μία πλήρως εμπειριστατωμένη μελέτη αλλά ανεφάρμοστη μελέτη (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981, Δαρδαβέσης, 1981). Δεν εισήχθη στο κοινοβούλιο προς ψήφιση, δείγμα της μη πολιτικής συναίνεσης (στον αντίποδα της επιστημονικής) ακόμα και εντός του κυβερνώντος κόμματος της Νέας Δημοκρατίας. Αυτό που χαρακτήρισε εν τέλει την περίοδο και πάλι ήταν οι αντιρρήσεις και κριτική του σχεδίου ως εξαιρετικά ριζοσπαστικού από σημαντικό μέρος όχι μόνον του πολιτικού αλλά και κοινωνικού φάσματος (Κουρής, 2023). «*Τα προβλήματα παρουσιάστηκαν στο στάδιο που μεσολαβεί ανάμεσα στο σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος και εντοπίζονται στην έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ σχεδιασμού και επεξεργασμένης πολιτικής υγείας σε κομματικό και κυβερνητικό επίπεδο*» σημειώνει ο Λ. Λιαρόπουλος (1992). Τα σχέδια επί σχεδίων οδήγησαν ουσιαστικά στη συλλογική, πολιτική και επιστημονική ωρίμανση και συνέδραμαν στην οικοδόμηση ενός πολύτιμου στρατηγικού υποβάθρου για την πλέον καταλυτική μεταρρύθμιση που θα ακολουθούσε το 1983 και δύο έτη μετά την αλλαγή πολιτικής ηγεσίας και της κυβέρνησης Α. Παπανδρέου. Ο νόμος 1397/1983 θέσπισε τελικώς το Εθνικό Σύστημα Υγείας επιφέροντας ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους (χρηματοδοτικά και σε βάθος παροχών), αποκέντρωση των σχεδιαστικών και οργανωτικών διαδικασιών, περαιτέρω ενίσχυση του δημόσιου τομέα και ρύθμιση των οικονομικών μηχανισμών και την εγκαθίδρυση του θεσμού του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο σύστημα και τις δημόσιες δομές. (Tragakes & Polyzos, 1998).

6.3.4. Διαφορετικές φιλοσοφίες και διαφορετικές κρίσεις: Στασιμότητα και μεταβαλλόμενες στρατηγικές

Οι επόμενες δεκαετίες χαρακτηρίζονται αρχικά από σταθερότητα και μετέπειτα από στασιμότητα όσον αφορά τους κρίσιμους δείκτες υγείας δίχως αυτό να σημαίνει πως λείπουν (ιδιαίτερα στην πρώτη περίοδο της οικονομικής ύφεσης μεταξύ 2010 και 2015) σημαντικές μεταρρυθμίσεις που θα επέφεραν επιπρόσθετες ριζικές αλλαγές (Π.Ο.Υ., 2016). Καταλύτης ασφαλώς για το σύνολο της δημόσιας υγείας και βασικότερη τομή ως και σήμερα παραμένει ο νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ Α'143/7.10.1983) προάγγελος του οποίου ήταν ο σχετικός νόμος 1278/1982 (ΦΕΚ Α'105/31.8.1982) «Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας». Ο νόμος 1397/1983 έθεσε τις βάσεις για κάτι ως εκείνη τη στιγμή ρηξικέλευθο αναφέροντας στο πρώτο άρθρο και τις γενικές αρχές που τον διέπουν πως «*το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών*» και «*οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας*».

Το πνεύμα του νόμου μετουσίωσε στην πράξη τη ρητορική της κυβέρνησης Α. Παπανδρέου η οποία περιστρεφόταν γύρω από τη σημασία των κοινωνικών μεταρρυθμίσεων, τη συμπερίληψη των αντιπροσώπων των σωματείων στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, την αποκέντρωση της διοικητικής εξουσίας και την ενίσχυση της τοπικής αυτοδιοίκησης αλλά και την ελεύθερη έκφραση των πολιτών για τα πολιτικά τους πιστεύω (Spanou & Sotiropoulos, 2011). Η «αλλαγή» που επέφερε το πρώτο σοσιαλιστικό κόμμα που κατόρθωσε να εκλεγεί ως κυβέρνηση στην Ελλάδα στις αρχές του 1980 εξέφραζε αφενός μεν τη δυσαρέσκεια τεράστιας μερίδας του πληθυσμού προς τις υπάρχουσες δομές και από την άλλη ενσάρκωσε σειρά από καθοριστικές μεταρρυθμίσεις σε νομοθετικό επίπεδο που εκσυγχρόνισαν το κράτος. Η ουσιαστική αναδιανομή του εισοδήματος αποτέλεσε την πραγματική έκφραση της «αλλαγής» (Κουρής, 2023) και η ευρεία συναίνεση και ομαλή διαδοχή που υπήρξε στη σκυτάλη της εξουσίας μετά από την πτώση του καθεστώτος της δικτατορίας και δεκαετίες επί δεκαετιών κοινωνικοπολιτικών αναταραχών και διακρίσεων επιβεβαίωσε και τη συνολική «παγίωση» της έννοιας της κοινοβουλευτικής δημοκρατίας και του ίδιου του κράτους δικαίου με τη συμπερίληψη του συνόλου των πολιτών με ισότιμους όρους και έμπρακτες και ταχείς αποδείξεις μεταρρυθμίσεις σε κομβικής σημασίας τομείς (Βενιέρης, 1997).

Η επόμενη εξαετία (1983-1989) φανερώνει τα αποτελέσματα της εφαρμογής του νόμου θέσπισης του Ε.Σ.Υ. τα οποία σύμφωνα με τους Κουρή, Σουλιώτη και Φιλαλήθη (2006) αντικατοπτρίζονται επιγραμματικά ως εξής:

- Σημαντική αύξηση των δημοσίων αλλά και ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π. με το κύριο μέρος των δημοσίων δαπανών να απορροφώνται εμπράκτως σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό, υποδομές και μισθούς.
- Μισθολογική αύξηση της τάξεως του 100% για τους ιατρούς που απασχολούνταν αποκλειστικά στο Ε.Σ.Υ.
- Νέα νοσοκομεία σε μεγάλα αστικά κέντρα (Πάτρα, Ηράκλειο, Ιωάννινα) και 156 κέντρα υγείας σε μικρότερες πόλεις και χωριά.
- Κατακόρυφη αύξηση των κέντρων παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών (ιδιωτικής φύσεως) εξαιτίας της απαγόρευσης δημιουργίας νέων κλινικών από ιδιώτες (ανακατεύθυνση της επιχειρηματικής δραστηριότητας στο σύνολο του τομέα υγείας).

Παρά τις τεράστιες θετικές αλλαγές που επήλθαν κατά τα πρώτα χρόνια αμέσως μετά ακολουθεί μία περίοδος στασιμότητας και τελικά λιγότερο από μία δεκαετία αργότερα αλλαγή φιλοσοφίας και κατεύθυνσης όταν το 1990 επανέρχεται στη διακυβέρνηση της χώρας το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας. Ως τότε έχει επικρατήσει:

- Η παγίωση των μισθών των ιατρών σε συγκεκριμένα επίπεδα δίχως μεγάλα περιθώρια εξέλιξης με αποτέλεσμα την έντονη διαχρονική δυσαρέσκειά τους
- Υποστελέχωση των πολλαπλών νέων μονάδων υγείας κατά μήκος της χώρας.
- Αμφίβολες υπηρεσίες εκτός ελέγχου σε πολλά διαγνωστικά κέντρα.
- Αδυναμία υποστήριξης της θέσπισης ενός ενιαίου χρηματοδοτικού μηχανισμού και ανεπαρκής πολιτική βούληση για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε ένα με επακόλουθη διατήρηση των οικονομικών ανισοτήτων, περαιτέρω ένδεια στις παροχές υγείας και άνοση της παραοικονομίας.
- Απουσία τελικά πραγματικής αποκέντρωσης και παραμονή της πλειοψηφίας των οργανωσιακών και διοικητικών λειτουργιών του συστήματος εντός του Υπουργείου Υγείας.

Ο Νόμος 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123/Α' 15.7.1992.) αποτελεί μία τροπή φιλελευθεροποίησης του τομέα της υγείας στην ελληνική πραγματικότητα. Τα πρώτα 2 άρθρα καταργούν τα αντίστοιχα του Νόμου 1397/1983 με τη ρητή αναφορά στις υποχρεώσεις του κράτους να *«μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών»* αλλά και να *«εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας»*. Η αντίληψη περί της υγείας αλλάζει εντελώς κατεύθυνση καθώς το κράτος από υπεύθυνο για την υγεία των πολιτών μετατρέπεται σε υπεύθυνο για την παρακολούθηση, οργάνωση, ρύθμιση και εποπτεία των οργανισμών που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας και ως ενεργός παράγοντας εξασφάλισης των πολιτών να διαβιώνουν σε συνθήκες καλής υγείας. Κατά συνέπεια τα κέντρα υγείας γίνονται αυτοδιοικούμενες μονάδες χρηματοδοτούμενες από τις νομαρχίες, οι αποκλειστικά απασχολούμενοι στο Ε.Σ.Υ. καταργούνται και θεσπίζονται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Η περίοδος αυτή αποτελεί τη συνειδητοποίηση του ρόλου της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας (όπως εξετάστηκε ενδελεχώς σε παγκόσμιο επίπεδο στο 4^ο κεφάλαιο και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο στο 5^ο) και της παρέμβασής της στη χάραξη πολιτικής (Ρομπόλης, 1997).

Η επιστροφή του κόμματος του ΠΑΣΟΚ στον κυβερνητικό θώκο δύο χρόνια αργότερα επαναφέρει στο ακέραιο τις διατάξεις του Νόμου 1397/1983 που καταργήθηκαν με το Νόμο 2071/1992 και το κράτος επανακτά τη θέση του ως υπεύθυνο για την υγεία των πολιτών και την παροχή όλων των υπηρεσιών υγείας σε όλους με το Νόμο 2194/1994 (ΦΕΚ 34/16.03.1994) *«Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»*. Η διαφορά στη νοοτροπία για το ρόλο του κράτους στη δημόσια υγεία ανάμεσα στις δύο εναλλασσόμενες πολιτικές ηγεσίες φανερώνει και τις δύο επικρατούσες φιλοσοφίες μεταξύ των οποίων θα κινούταν η Ελληνική Δημοκρατία τα επόμενα χρόνια και δη στη στρατηγική για τη δημόσια υγεία.

Τη δεκαπενταετία που ακολουθεί εκπονούνται σειρά στρατηγικών ενώ επιχειρούνται τομές όπως ο νόμος 2519/1997 «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*» (ΦΕΚ Α' 165/21.8.1997) της επόμενης κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ και πλέον υπό την πρωθυπουργία του Κ. Σημίτη, ο νόμος 2889/2001 «*Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*» (ΦΕΚ Α' 37/3.2.2001) και οι επακόλουθοι νόμοι 2955/2001, 2920/2001, 3106/2003, 3172/2003 και 3235/2004 που κύριο στόχο έχουν τη βελτίωση της χρηματοδότησης των δομών και υπηρεσιών, την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και τη συνολική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας σε όλα τα επίπεδα, από την έρευνα ως τους μηχανισμούς ανατροφοδότησης και τη διαίρεση της χώρας υγειονομικά σε 17 περιφέρειες. Το πλούσιο νομοθετικό έργο στο μεταίχμιο των δύο αιώνων φανέρωνε την επιτακτική ανάγκη και τη λαϊκή επιθυμία για εκσυγχρονισμό (εξού και οι πολλαπλές ανά τα έτη προσπάθειες). Αυτή όμως η επιταγή δε μετουσιώθηκε ποτέ εμπράκτως σε υψηλής κλίμακας μεταρρυθμίσεις και περιορίστηκε σε άτολμες και ασαφείς προσπάθειες πρώτα και ύστερα θεσμικού τύπου παρεμβάσεις και εξακριβώσεις (Κουρής, Σουλιώτης, Φιλαλήθης, 2006).

Πριν την οικονομική ύφεση στα τέλη της δεκαετίας του 2000 και τους ήδη από το 2007 οικονομικούς περιορισμούς που είχαν επέλθει στον υγειονομικό τομέα (Κουρής, 2023) το Εθνικό Σύστημα Υγείας κρίνεται ως ένα από τα αρτιότερα παγκοσμίως με σειρά μελετών να συνηγορούν για την αποτελεσματικότητά του. Η ποιότητα του συστήματος σε συνάρτηση με την ποιότητα ζωής, τις συνθήκες διαβίωσης, το εκπαιδευτικό σύστημα και τα επίπεδα μόρφωσης αλλά και άλλους συναφείς δείκτες όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή και η ρύπανση του περιβάλλοντος καθιστούν σε εκείνο το χρονικό σημείο την Ελλάδα ως μία από τις προπορευόμενες χώρες-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. όσον αφορά την καλή υγεία του πληθυσμού (Joumard et al, 2008, Afonso et al., 2003). Ωστόσο κατοπινή μελέτη των Economidou και Giorno (2009) καταδεικνύει δύο σοβαρά προβλήματα που δε λαμβάνονται υπόψη στις πρότερες και παρεμφερείς ποσοτικές μετρήσεις ξεκινώντας από την αδυναμία συμπερίληψης αξιόπιστων δεικτών για την ποιότητα ζωής αυτή κάθε αυτή (και σε συνάρτηση με την εξακρίβωση του ισόποσου διαμοιρασμού των υπηρεσιών υγείας) και τη χρόνια διαπίστωση πως ο ελληνικός πληθυσμός παραμένει εξαιρετικά μη ικανοποιημένος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες παρά τις θετικές ενδείξεις. Ως κύριοι παράγοντες αυτού του αισθήματος και της ευρύτερης δυσλειτουργίας κρίνονται οι υπέρογκες ιδιωτικές δαπάνες παρά τη δημόσια προσφορά υπηρεσιών, η ανεπαρκής αξιοποίηση του προσωπικού, η προβληματική διοίκηση και έλλειψη μηχανισμών για την αποδοτική κατανομή των πόρων στα νοσοκομεία της χώρας ως απόρροια του κατακερματισμού του συστήματος.

Οι ανεπιτυχείς μεταρρυθμίσεις των δεκαετιών 1990 και 2000 δεν κατόρθωσαν να επιλύσουν τα βασικά αυτά ζητήματα οργανωσιακής και οικονομικής φύσης ενώ οι δύο κυβερνήσεις Κ. Καραμανλή ενίσχυσαν

την κατάσταση στασιμότητας με περισσότερες σπασμωδικές κινήσεις δίχως επαρκές επιστημονικό υπόβαθρο και τελικώς έμειναν ατελείς εν όψει της παγκόσμιας και ύστερα ελληνικής οικονομικής κρίσης. Ως εκ τούτου οι επόμενες κυβερνήσεις κινήθηκαν σε έναν άξονα πολιτικής λιτότητας και λήψη μέτρων περιορισμού δαπανών που είχαν ως απότοκο επιπλέον προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και συνάμα πτώση της ποιότητάς τους. Ακόμα υπήρχαν δυσμενείς εξελίξεις στην πρόσληψη προσωπικού αλλά και τη συγχώνευση μονάδων. Σημαντική παρέμβαση ωστόσο μπορεί να θεωρηθεί η ίδρυση του ΕΟΠΠΥ (Νόμος 3918/2011 ΦΕΚ Α' 31/2.3.2011) ως του ενιαίου ασφαλιστικού φορέα της χώρας με τη συγχώνευση των διαφόρων υπαρχόντων ταμείων και ως εκ τούτου τη συγκέντρωση όλων των πόρων σε αυτόν (Econoμου & Giorno, 2009, Τάσσης, 2015, Κουρής, 2023). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν παρόμοιες διαρθρωτικές κινήσεις με τους νόμους 4238/2014 (ΦΕΚ Α' 38/17.2.2014), 4461/2017 (ΦΕΚ 38/28.3.2017) και 4486/2017 (ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017) και την πλήρη αλλαγή του τοπίου μέσω της ένταξης των υγειονομικών υπηρεσιών του ΙΚΑ στο Ε.Σ.Υ., τη θέσπιση Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.) και την καθιέρωση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλιών (ΚΕΝ) ενός συστήματος που υιοθέτησε πρακτικές του εξωτερικού για τη βελτίωση της τιμολόγησης, αποζημίωσης και αποδοτικότητας τελικά των νοσοκομείων. Την ίδια περίοδο στο ίδιο πλαίσιο λαμβάνουν χώρα και μεταρρυθμίσεις που αφορούν την ψυχική υγεία κυρίως διοικητικά, ενώ σημαντική είναι και η θέσπιση του Εθνικού Οργανισμού Δημοσίας Υγείας (ΕΟΔΥ) το 2019 (Νόμος 4600/2019 ΦΕΚ Α' 43/09.03.2019 και Νόμος 4633/2019 ΦΕΚ Α' 161/16.10.2019)

Οι περισσότερες από αυτές τις κινήσεις αποτέλεσαν περιεχόμενο δημοσιονομικών διαρθρωτικών σχεδίων με συγκεκριμένους στόχους προς επίτευξη για την Ελλάδα στο πλαίσιο των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής της δεκαετίας. Ως απότοκο πέραν των διοικητικών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία παρέμειναν συνεχώς μειωμένες και αντίστοιχα αυξήθηκαν οι πληρωμές από ιδιωτικούς πόρους. Η συνεχιζόμενη κρίση και οι πολιτικές λιτότητας (όπως της αναλογίας πρόσληψης και αποχώρησης εργαζομένων να βρίσκεται στο 1 προς 5) επέφεραν επίσης πέρα από πρακτικές ελλείψεις και τη μετανάστευση πολλών επιστημόνων υγείας σε άλλες χώρες ειδικότερα από το 2011 ως το 2016 αλλά και αργότερα με χαμηλότερους ρυθμούς, λόγω της μη επαρκούς απορρόφησής τους. Ως αποτέλεσμα η συνέχεια επιφέρει νέες προκλήσεις για τις προσλήψεις του μέλλοντος και ενδεχόμενες αλλαγές στην ανακατανομή του προσωπικού στο σύνολο του τομέα (Ο.Ο.Σ.Α., 2019).

6.4. Στρατηγικές της επόμενης ημέρας για την ανθεκτικότητα της υγείας και της ευημερίας

Η αναγνώριση της υγείας ως πυλώνα της ζωής στην Ελλάδα σε ταύτιση με την παγκόσμια νοοτροπία ασφαλώς αποτέλεσε μία μακροχρόνια διαδικασία. Στο βάθος του χρόνου η κατανόηση και η διαχείριση της δημόσιας υγείας άλλαξε πολλές φορές προσωπείο και απέκτησε διαφορετικό νόημα ξεκινώντας από

τον 19^ο αιώνα και τις αρχές του 20^{ου} όταν πρώτιστο και συχνά μοναδικό μέλημα ήταν ο περιορισμός των λοιμωδών ασθενειών. Αλλαγές και εξελίξεις των επόμενων χρόνων και κυρίως μετά το 1950 θα επέφεραν μεταστροφή του ενδιαφέροντος προς την περαιτέρω μελέτη της υγείας και την απαρχή προαγωγής της σε κοινωνικό ζήτημα και αντικείμενο ασφαλώς πολιτικής στοχοθεσίας της εκάστοτε ηγεσίας. Αυτομάτως ομιλώντας για πολιτική διάσταση η φύση της ίδιας της δημόσιας υγείας ανάλογα με τη σκοπιά που προσεγγίζεται ανά τα χρόνια εμφανώς επιφέρει πολλαπλές διαφορετικές επιστημονικές ή ιδεολογικές ερμηνείες (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020)

Όπως κάθε σύστημα εξάλλου έτσι και το ευρύτερο πλαίσιο που τοποθετούνται οι διαμορφωμένες τελικά πολιτικές δημοσίας υγείας και ο έμπρακτος αντίκτυπός τους στη συνέχεια σε αυτή για το σύνολο του πληθυσμού συνιστούν αμάλαγμα διαφορετικών παραγόντων. Επηρεαζόμενες από το επιστέγασμα των ιστορικών και τρεχουσών συνθηκών, του κοινωνικοπολιτικού γίνεσθαι και των οικονομικών δυνατοτήτων και επιλογών οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα κινήθηκαν μέσα στο χρόνο και ιδιαίτερα τις τελευταίες πέντε δεκαετίες στη σφαίρα της βούλησης αλλά συχνά μη πραγμάτωσης των στόχων και ανεπάρκεια ολοκλήρωσης των μεταρρυθμίσεων που για καιρό σχεδιάζονταν λόγω συνεχούς πολιτικής ασυνέχειας και ατολμίας (Κουρής, 2023).

Από το αμιγώς οργανωσιακό και πολιτικό φάσμα, που κατά κύριο λόγο αφορά τη διοικητική μέριμνα και την διάρθρωση υπηρεσιών και δομών της δημόσιας υγείας και του συστήματός της στους δείκτες που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού η Ελλάδα βρίσκεται στο σταυροδρόμι της χάραξης ευρύτερων στρατηγικών ενταγμένων στο πλαίσιο ολικών ανακατατάξεων στο παγκόσμιο και ευρωπαϊκό τοπίο που δίνουν έμφαση στην ανθεκτικότητα και την ενίσχυση του τομέα ευρύτερα αλλά και την ψυχική υγεία, την ελάττωση του καπνίσματος και τη μικροβιακή αντοχή ειδικότερα (ΟΟΑΣΑ, 2023).

Κεφάλαιο 7. Προοπτικές βιωσιμότητας για τις πολιτικές δημόσιας υγείας στην Ελλάδα – Από τον τρίτο στόχο στις θεσμικές αλλαγές του αύριο

Εξαρχής η παρούσα διπλωματική εργασία έθεσε το ερώτημα για την έννοια της υγείας στο σύγχρονο πλαίσιο και τη σύνδεσή της με τις αρχές της βιώσιμης ανάπτυξης. Η δημόσια υγεία αλλά και η ευημερία αποτελούν ζητούμενα αν όχι προαπαιτούμενα για την ύπαρξη οποιουδήποτε μέλλοντος και συνέχειας σε όλα τα μήκη και τα πλάτη του κόσμου. Αυτή η πτυχή της βιώσιμης ανάπτυξης που ταυτόχρονα αποτελεί και αυτονόητο στόχο οποιασδήποτε στρατηγικής και ταυτόχρονα από μία άλλη οπτική η βιωσιμότητα της ίδιας της υγείας ως τομέα εξετάζονται σήμερα από ένα ευρύ διεπιστημονικό πεδίο στηριζόμενες σε νευραλγικούς άξονες οι οποίοι εδράζονται κατά κύριο λόγο στην ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, στη συνεχή μελέτη των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών του δημογραφικού της χώρας και τη σχέση ασθενών και εργαζομένων του συστήματος υγείας (Gavurova & Megyesi, 2022).

Κάνοντας ευθεία αναφορά στη σημαντικότητα της υγείας ως πυλώνα κάθε είδους ανάπτυξης του ανθρώπου σε αρμονία με τους τρεις άξονες της βιωσιμότητας ο Ο.Η.Ε. την ενέταξε μέσω του τρίτου στόχου στο πλαίσιο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης. Έπειτα από τη δέσμευση σε αυτό το επίπεδο ακολούθησε η δέσμευση των πλείστων εκ των κρατών μελών του Π.Ο.Υ. της περιοχής της Ευρώπης για την επίτευξη του στόχου ως τον τιθέμενο χρονικό ορίζοντα του 2030 (Menne et al., 2020) και κατόπιν η ενσωμάτωση των προτεραιοτήτων αυτών και στην Ευρωπαϊκή Ένωση για τη χάραξη πολιτικής αποκλειστικά κινούμενης σε αυτές τις γραμμές (von der Leyen, 2020, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020). Αυτή η συνειδητοποιημένη στροφή της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την τρέχουσα οδήγησε οδήγησε τη στοχοθεσία προς τις εξής κατευθύνσεις:

- Πρόληψη και θεραπεία των μη μεταδοτικών νόσων (προβλήματα ψυχικής υγείας, καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης, χρόνιες παθήσεις αναπνευστικού, νευρολογικές διαταραχές αλλά και διατροφή και άσκηση)
- Καταπολέμηση μεταδοτικών ασθενειών (σε επίπεδο πρόληψης και ίασης)
- Καταπολέμηση του καρκίνου
- Απομείωση ατμοσφαιρικής ρύπανσης και ενίσχυση οδικής ασφαλείας

Με τη συμπερίληψη όλων των εμπλεκόμενων μερών στον τομέα της υγείας στις σχεδιαστικές διαδικασίες από τα όργανα της Ε.Ε. και τους οργανισμούς για την υγεία όπως το ECDC και η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Φαρμάκων, τον ιδιωτικό τομέα, την κοινωνία των πολιτών και ασφαλώς τα κράτη μέλη και την ενίσχυση και προώθηση των κατάλληλων σταθερών χρηματοδοτικών εργαλείων για την κατανομή των πόρων σε αυτά. Η ενιαία στοχοθεσία αυτή προσεγγίζει με σαφώς πιο ολιστικό τρόπο το ζήτημα της χάραξης

ανθεκτικής στρατηγικής και εντάσσει στις υγειονομικές (και αυτομάτως αμιγώς κοινωνικές) αλλαγές στο διηνεκές του χρόνου τις διαστάσεις του περιβάλλοντος και της οικονομίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2024).

Σαφώς την τρέχουσα δεκαετία διαφαίνεται η έλευση μίας καινοτόμου ρητορικής μετά και την πρωτόγνωρη για τις σημερινές κοινωνίες πανδημία της COVID-19. Ως αποτέλεσμα συντελούνται σειρά σημαντικών αλλαγών στο στρατηγικό σχεδιασμό για την υγεία. Στο ίδιο μήκος κύματος με τις παγκόσμιες και ευρωπαϊκές τάσεις κινείται και η Ελλάδα διερχόμενη ειδικότερα από σειρά κρίσεων και πολλαπλών βεβαίως διαρθρωτικών νομοσχεδίων τα αμέσως προηγούμενα χρόνια. Το 2021 εκδίδεται το «Εθνικό Σχέδιο Δημόσιας Υγείας 2021-2025» καταρτισμένο με γνώμονα τις αρχές της Ατζέντας 2030. Το σχέδιο εστιάζει στην *«ταυτόχρονη συνεργασία όλων των αρμοδίων θεσμών και φορέων για τη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, την αποτροπή των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για τη σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία, την πρόληψη της ασθένειας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών»* (Υπουργείο Υγείας, 2021α) και αποτελεί προάγγελο και μετέπειτα σχεδίων που θα ακολουθήσουν στη συνέχεια (Υπουργείο Υγείας 2023, Γεωργαντά, 2024). Από αυτό το εκπονημένο σχέδιο μέλλει να εξαρτηθεί η πορεία των πολιτικών δημόσιας υγείας για τα αμέσως επόμενα χρόνια και σαφώς η ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα αυτών.

7.1. Ο υγειονομικός στρατηγικός σχεδιασμός της Ελλάδας για την επόμενη δεκαετία

7.1.1. Εθνικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025

Με το Νόμο 4675/2020 (ΦΕΚ Α' 54/11.03.2020) «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις» ορίζονται εκ νέου οι αρχές στις οποίες θα βασιστεί η εθνική στρατηγική δημόσιας υγείας και οι ευθύνες της πολιτείας απέναντι στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία των πολιτών με καθαρή αναφορά στους πυλώνες της αειφορίας και τα πολυεπίπεδα συστήματα που αλληλοεπιδρούν με εκείνο της δημόσιας υγείας και της ευημερίας των πολιτών. Στον ψηφισμένο νόμο και το 2^ο άρθρο του ξεχωρίζει σαφώς ο διαχωρισμός μεταξύ των πολιτικών δημοσίας υγείας και των υπηρεσιών και δράσεων δημόσιας υγείας. Έτσι δομείται από τη μία ένα στρατηγικό πλαίσιο στηριγμένο στη μελέτη, την παρακολούθηση, την πρόληψη ασθενειών και το σχεδιασμό για το αύριο και από την άλλη τίθεται ο τρόπος υλοποίησής του μέσω της τήρησης διεθνών πρωτοκόλλων και συμφωνιών και με επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο με την ταυτόχρονη μελέτη όλων των πτυχών. Παράλληλα στο αμέσως επόμενο άρθρο θεσπίζεται η εκπόνηση του πενταετούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία ως *«επιχειρησιακό»* στρατηγικό εργαλείο που θα περιλαμβάνει όχι μόνο την επικαιροποιημένη στοχοθεσία (χάρη στο βραχυχρόνιο ορίζοντα του συνεχώς επανακαταρτιζόμενου σχεδίου) αλλά και τον προϋπολογισμό των επόμενων βημάτων καθώς και τη μνεία των φορέων υλοποίησής του συμπεριλαμβάνοντας σε αυτούς πέραν των υγειονομικών κρατικών υπηρεσιών και νομικά πρόσωπα

ιδιωτικού δικαίου, Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, πανεπιστήμια, διεθνείς φορείς, ερευνητικά κέντρα, ερευνητικά ιδρύματα και Μ.Κ.Ο.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία για την περίοδο 2021-2025 παρουσιάστηκε στη Βουλή το 2021. Εκπονημένο από τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής με τη σύμπραξη έμπειρων επιστημόνων στον τομέα της υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2021β) και με βάση τη συμπεριληπτική αρχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «*δεν αφήνουμε κανέναν πίσω*» (leave no one behind) το σχέδιο αυτό αποτέλεσε σε πρώτο επίπεδο μία καινοτόμα στρατηγική χάρτα του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας. Κινητήριοι μοχλός για αυτή την εξέλιξη στάθηκε ασφαλώς η πρόσφατη εμπειρία της πανδημίας CoVid-19 και η ανάγκη διαχείρισής της η οποία έθεσε σε βαθύ προβληματισμό τα πλείστα από τα κράτη του κόσμου. Δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στη διατομεακή φύση που αποκτά σήμερα ο στρατηγικός σχεδιασμός στην πολιτική υγείας παρατηρείται μία απομάκρυνση από μοτίβα του παρελθόντος (Υπουργείο Υγείας, 2019) ενώ ενσωματώνονται ρητά ως βαρόμετρα για την υγεία και την ευημερία οι παράγοντες του περιβάλλοντος, της κοινωνίας, της οικονομίας και του τρόπου ζωής (συμπεριφοράς). Κατά αυτό τον τρόπο διαμορφώνονται έξι άξονες προτεραιότητας για την επόμενη πενταετία:

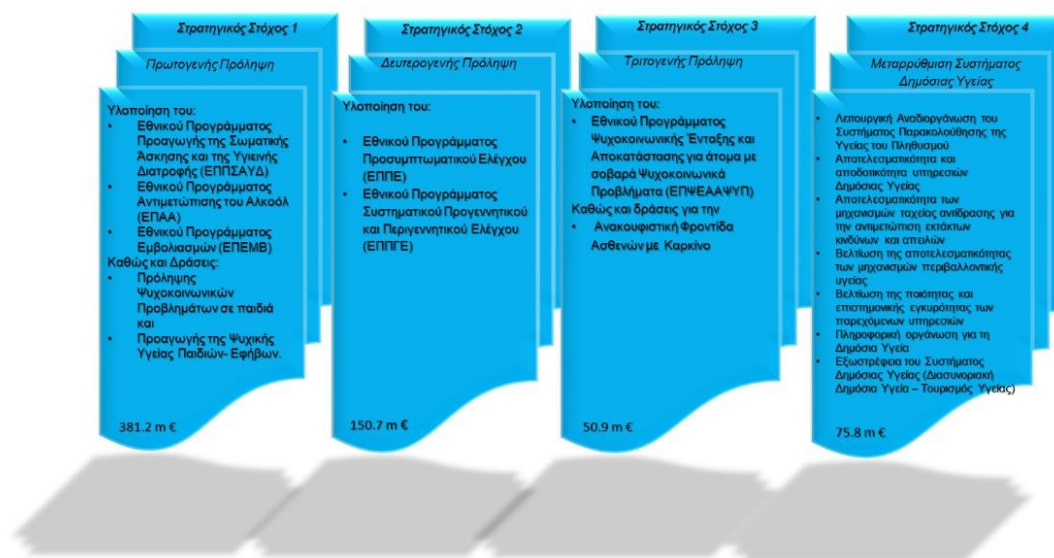
- Πρώτος άξονας: Η πρωτογενής πρόληψη (ενθάρρυνση και προάσπιση ενός υγιέστερου τρόπου ζωής)
- Δεύτερος άξονας: Η δευτερογενής πρόληψη (δωρεάν διενέργεια εξετάσεων πριν την κλινική εκδήλωση της ασθένειας)
- Τρίτος άξονας: Η τριτογενής πρόληψη (ανακούφιση και πρόληψη επιπλοκών ασθενών)
- Τέταρτος άξονας: Προστασία του πληθυσμού σε έκτακτες υγειονομικές καταστάσεις
- Πέμπτος άξονας: Εγγύηση και αύξηση της χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας μέσω της διηνεκούς εξασφάλισης των χρηματικών ροών για όλους τους πολίτες της χώρας
- Έκτος άξονας: Αναβάθμιση συστήματος παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας (επαναπροσέγγιση και βελτίωση ως προς τη διάρθρωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και του τρόπου παροχής της μέσω επανασχεδιασμένων μοντέλων διοίκησης)

Ταυτόχρονα εκτός από τη συγκεκριμένη στοχοθεσία για εξασφάλιση των πόρων το σχέδιο αναφέρει πως θα χρηματοδοτηθεί κάθε στάδιο (με κυριότερα εργαλεία το Πρόγραμμα ΕΣΠΑ της εφταετίας 2021-2027, το ταμείο ανάκαμψης 2021-2025, το Εθνικό πρόγραμμα πρόληψης «*Σπύρος Δοξιάδης*» (βλ. υποκεφάλαιο 7.1.2) και τον κρατικό προϋπολογισμό) και μέσω ποιων δράσεων θα υλοποιηθεί κάθε επιμέρους πεδίο του άξονα. Με το ίδιο σκεπτικό αναλύονται στο παράρτημα του σχεδίου και άλλα σχέδια δράσης που στοχεύουν στη θέσπιση μίας εθνικής διατροφικής πολιτικής από την καταγραφή των συνηθειών του

πληθυσμού ως τη δράση για βελτίωσή τους, ενός σχεδίου δράσης κατά του καπνίσματος, ενός σχεδίου δράσης πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και ανακουφιστικής φροντίδας του καρκίνου καθώς και σχεδίων που αφορούν το αλκοόλ και τις εξαρτήσεις (Υπουργείο Υγείας, 2021α).

7.1.2. Πρόγραμμα Πρόληψης της Δημόσιας Υγείας «Σπύρος Δοξιάδης»

Με το όνομα του Σπύρου Δοξιάδη, ενός εκ των οραματιστών του σύγχρονου Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας και υπουργό τη δεκαετία του 1970 (Δασκαλόπουλος, 2015), αναφέρεται στο Εθνικό Σχέδιο Δημόσιας Υγείας το 2021 το εθνικό πρόγραμμα πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης του υπουργείου «Σπύρος Δοξιάδης» το οποίο εκκίνησε την αμέσως επόμενη χρονιά (ΕΟΠΥΥ, 2022). Αποτελώντας σε οικονομικά μεγέθη τον κορμό του Εθνικού Σχεδίου, το πρόγραμμα απαρτίζεται με τη σειρά του από επιμέρους προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη πρόληψη και κινούνται με γνώμονα την αναγκαιότητα άμεσης παρέμβασης και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού. Στην περιγραφή του περιλαμβάνονται ο προϋπολογισμός για τις προγραμματισμένες δράσεις και η ανάληψή τους από διάφορους φορείς (δημόσιους ή ιδιωτικούς) ώστε οι δράσεις να παρέχονται δωρεάν μέσω των ασφαλιστικών φορέων (Εικόνα 11). Εντός του προγράμματος περιγράφονται οι εθνικές στρατηγικές για



Εικόνα 11. Περιεχόμενα του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" (Υπουργείο Υγείας, 2021α)

τον περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ και των συνέπειών της, για την υποστήριξη των εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού, προσυμπτωματικού ελέγχου, συστηματικού προγεννητικού και περιγεννητικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής ένταξης και αποκατάστασης για άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα αλλά και για παιδιά και εφήβους καθώς και περαιτέρω δράσεων για την ανακουφιστική φροντίδα ασθενών με καρκίνο. Πέραν της στρατηγικής για την πρόληψη στο πρόγραμμα περιλαμβάνονται διαρθρωτικές επιχειρησιακές κινήσεις για τη λειτουργικότητα και διοίκηση του

συστήματος υγείας, ενώ αναφέρονται δείκτες και μετρήσιμοι στόχοι για την επίτευξη της (Υπουργείο Υγείας, 2021α, Vouliwatch, 2020). Ακολούθως και στα πλαίσια του ευρύτερου προγράμματος ξεκίνησαν δράσεις όπως το «Προλαμβάνω» (πρακτικά συνέχεια του προγράμματος «Φώφη Γεννηματά» με διεύρυνση στο αντικείμενο) που αφορά τον έγκαιρο εντοπισμό χρόνιων νοσημάτων και την καθιέρωση σειράς δωρεάν εξετάσεων για τις ασθένειες του καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο με μέριμνα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και της Η.ΔΙ.Κ.Α. (Πρόγραμμα Προλαμβάνω, 2024, Κωστάρα, 2024).

7.1.3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030

Ένα ακόμα σχέδιο δράσης που εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και την υποστήριξη του Π.Ο.Υ. της περιοχής της Ευρώπης αυτή τη φορά εννεαετούς διάρκειας αφορά την «*προάσπιση της ψυχικής υγείας των πολιτών και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα*». Με χρόνο εκκίνησης των εργασιών για τη διαμόρφωση του στρατηγικού σχεδίου «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030» το 2021 η επόμενη μεταρρύθμιση της νέας κυβέρνησης Ν. Δημοκρατίας (Ζορμπάς, 2021) συμπεριλαμβάνει μία ανασκόπηση της ιστορικής διάστασης των μεταρρυθμίσεων στην ψυχική υγεία στη χώρα διανθισμένη παράλληλα με αναφορές στην κρισιμότητα διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών εντός των συνόρων αλλά και παγκοσμίως στην τρίτη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα. Στη συνέχεια, αναλύεται η μέθοδος κατάρτισης του σχεδίου ενώ παρουσιάζονται τα συμβαλλόμενα μέρη αλλά και οι επιστήμονες που συντέλεσαν στο σχέδιο με την παροχή πλήρους επισκόπησης της κοστολόγησης των αναπτυσσόμενων προτάσεων. Στο σχέδιο περιλαμβάνονται 10 βασικοί άξονες δράσεις οι οποίοι αφορούν κυριότερα την ολοκλήρωση των μεταρρυθμίσεων του παρελθόντος για την κατάργηση της ιδρυματικής περιθάλψης, την αναδιαμόρφωση του ψυχογηριατρικού αλλά και παιδικού κι εφηβικού πλαισίου (με τη δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας για αυτό τον πληθυσμό), της αξιοποίησης των σύγχρονων καινοτομιών και τεχνολογιών στον τομέα. Σε ίδιο χρόνο δίνεται προτεραιότητα στη μείωση των ακούσιων νοσηλείων, στην εύρυθμη ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στην αγορά εργασίας και στην ψυχική υγεία στην εργασία για όλους, στην ενίσχυση των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και την αναβάθμιση της ανθεκτικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο διηνεκές του χρόνου (Υπουργείο Υγείας, 2023).

7.2. Η πραγματικότητα της βιωσιμότητας - Πρόοδος και αποκλίσεις από τον τιθέμενο στόχο για το 2030

7.2.1. Αποτίμηση των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων και ανθεκτικότητα της Δημόσιας Υγείας στον 21ο αιώνα στην Ελλάδα

Στα μέσα πλέον της δεκαετίας του 2020 η Ελληνική Δημοκρατία έχει ουσιαστικά χαράξει μετά από δύο κρίσεις (υγειονομική και οικονομική) μία νέα στρατηγική πορεία για τα επερχόμενα έτη με την

αναδιαμόρφωση του σχετικού θεσμικού πλαισίου και τη συμπόρευση με διεθνείς φορείς και εμπειρογνώμονες και παγκόσμιες στοχοθεσίες (Υπουργείο Υγείας, 2021, Νόμος 4675/2020 ΦΕΚ Α' 54/11.03.2020, Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2024).

Εμπράκτως όλη την περασμένη δεκαετία οι πολιτικές για τη δημόσια υγεία περιστρέφονται γύρω από τους δημοσιονομικούς παράγοντες οι οποίοι παράλληλα κυριαρχούν σε όλο το φάσμα της πολιτικής και δημοσίας ζωής. Οι δυσχερείς κοινωνικές ανάγκες που δημιουργήθηκαν ως απότοκο της οικονομικής κρίσης, σχολιάζει η Σαραφίδου (2024) στη διατριβή της, θα απαιτούσαν με μεγάλη ένταση σε λίγα μόλις έτη και ανάλογα μέτρα από μεριάς της πολιτείας για το μετριασμό τους. Παρ' όλα αυτά ο μετριασμός αυτός δεν επήλθε ποτέ με αποτέλεσμα με την ταυτόχρονη πτώση του μέσου εισοδήματος, την πτώση του βιοτικού επιπέδου και τη συνεπακόλουθη ριζική πτώση του επιπέδου των κοινωνικών παροχών. Η ήδη αναποτελεσματική προσπάθεια ετών για αναδιοργάνωση του συστήματος ακολουθήθηκε από συρρίκνωση του τομέα. Σε νομολογικό επίπεδο οι δημοσιονομικές επιταγές της εποχής κρίθηκαν ως συνταγματικές στα πλαίσια των δύο εκ των τριών συμφωνηθέντων μνημονίων που όρισαν το τοπίο καθώς η έννοια του δημοσίου συμφέροντος και της κοινωνικής πρόνοιας ταυτίστηκε σε ανώτατο επίπεδο συνταγματικότητας με την προάσπιση της ευρωπαϊκής πορείας της χώρας και το οικονομικό λέγειν που απέκτησε κατ' ουσίαν η Ευρωπαϊκή Ένωση. Στο πνεύμα αυτό συνηγόρησε και το Συμβούλιο της Επικρατείας το οποίο εξέτασε μεν τους περιορισμούς στο δικαίωμα υγείας, διαπιστώνοντας τις περιορισμένες δυνατότητες λόγω αυτών των διακρατικών και ενωσιακών οικονομικών δεσμεύσεων.

Τα μέτρα λιτότητας οδήγησαν σε θετικούς δείκτες ανάπτυξης και υπό το πρίσμα αυτό πραγματοποιήθηκαν τομές σε κείριους μηχανισμούς όπως των φαρμάκων και των προμηθειών υλικών με εμφανείς βελτιώσεις στη διαφάνεια, ωστόσο ο δείκτης ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης δε βελτιώθηκε με τη δυσαρέσκεια των πολιτών να παραμένει υψηλή (Ζερβέα, Αποστολάκης & Παύλος, 2020, Keramidou & Triantafyllopoulos, 2018, Παναγιωτόπουλος, Καρατζά & Παπαβασιλείου, 2020). Η Σαραφίδου (2024) συμπληρώνει σε αυτό το σημείο πως η αιτία για την περαιτέρω δυσχέρεια του συστήματος αλλά και της ευρύτερης εικόνας της δημόσιας υγείας είναι κατεξοχήν οικονομική, σε πλήρη συνάρτηση ασφαλώς με το ευρύτερο οικονομικό πλαίσιο που καθόριζε τις εξελίξεις και τις αποφάσεις. Καθώς το σύστημα διεπόταν ήδη από ευρεία δυσλειτουργία σε χρηματοδοτικό και οργανωσιακό επίπεδο (Burki, 2018) και δεν είχε επέλθει κάποια διαθρωτική αποτελεσματική κίνηση, ούτε σε εκείνο το πιο ασφαλές περιβάλλον δε θα μπορούσαν τα ριζικά μέτρα να επιφέρουν θετικές αλλαγές υπό καθεστώς αυστηρής οικονομικής επιτήρησης και ασφυκτικών χρονικών χρονοδιαγραμμάτων. Η θεώρηση αυτή συνηγορεί στη μετατόπιση του πυρήνα των αποφάσεων από το οικονομικό πρίσμα στο κοινωνικό για την εξυπηρέτηση ενός διττού σκοπού. Από τη μία την τοποθέτηση του ανθρώπου στο επίκεντρο των πολιτικών και της διάρθρωσης του

συστήματος δημόσιας υγείας για την παροχή υπηρεσιών σε αυτόν και από την άλλη για την τήρηση του θεμελιώδους δικαιώματος και του σεβασμού στη δημοκρατία.

Η εγκαθιδρυμένη κατάσταση ανατράπηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας CoVid-19 όπου σύμφωνα με τον ΟΑΣΑ (2021) λόγω του αναζωπυρωμένου ενδιαφέροντος για τη δημόσια υγεία η οποία τέθηκε στο επίκεντρο της κρατικής πολιτικής, εξασφαλίστηκε πρόσκαιρα μία πηγή χρηματοδότησης. Αυτή η στροφή θα συνοδευόταν και από την περιγραφόμενη στο προηγούμενο κεφάλαιο μεταβολή στις κυβερνητικές αποφάσεις και πρωτοβουλίες οι οποίες επέφεραν και μία έμπρακτη ενίσχυση τόσο σε σχεδιαστικό αλλά και σε χρηματοοικονομικό επίπεδο. Αυτή τη φορά η Ευρωπαϊκή Ένωση διαδραμάτισε σημαντικό (ασφαλώς οικονομικό) ρόλο για την εξασφάλιση πόρων μέσω του Μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, με αποτέλεσμα την εκπόνηση των επακόλουθων σχεδίων για την τρέχουσα δεκαετία.

Η προτεραιοποίηση των θεμάτων υγείας και η ενίσχυσή τους διακρατικά ακολουθεί (ως είθισται βάσει του ρόλου που κατέχει η Ε.Ε.) τη δημοσιονομική και υποδομική επανεισχύση τους στο ανώτατο επίπεδο αποφάσεων με τα κράτη, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, να δίνουν πράγματι περισσότερη έμφαση στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και την πρόληψη. Ταχέως δόθηκε έμφαση στην ενσωμάτωση περισσότερων νέων τεχνολογιών στα εγκαθιδρυμένα συστήματα και την ανάληψη πρωτοβουλιών σε παγκόσμιο επίπεδο με πρώτο μέλημα τη θωράκιση και τη βελτίωση της ανθεκτικότητας σε μελλοντικές κρίσεις (Κουλούρη & Μαρής, 2024). Κατά τη σύνοψη του Τσιτσάνη (2023) η ήδη πολυετής διαχείριση κρίσεων στην Ελλάδα και οι χρόνιες συνθήκες υψηλών περιορισμών και ανεπάρκειας σε πολλαπλά επίπεδα αποτέλεσαν παρακαταθήκη και για την καλύτερη διαχείριση της δημοσιονομικής κρίσης κατά την περίοδο της πανδημίας. Οι Waitzberg et al. (2022) προσθέτουν αναφορικά με την απόδοση της χώρας σε εκείνη τη χρονική στιγμή (καταλύτη των επόμενων αλλαγών) πως σε αυτό συνέβαλε και η κεντρική διαχείριση της πανδημίας λόγω του κεντρικά δομημένου συστήματος υγείας (το ίδιο παρατηρείται και σε άλλες χώρες της Μεσογείου και της Νοτίου Ευρώπης), και των ταχέων αποφάσεων και δράσεων που αυτό μπορούσε να λάβει. Στο εγγύς μέλλον δύναται να υπάρξουν περαιτέρω δοκιμασίες ως προς την ανθεκτικότητα του ελληνικού συστήματος λόγω χάρη από τις επερχόμενες κλιματολογικές αλλαγές εξ αιτίας της ραγδαίας μεταβολής της θερμοκρασίας που λαμβάνει χώρα την παρούσα στιγμή ως επιστέγασμα των αυξανόμενων ανθρώπινων δραστηριοτήτων που παραλλάσσουν τη σύσταση της βιόσφαιρας (Καραγιαννοπούλου, 2021).

7.2.2. Δημόσια Υγεία και Ενημερία για τους κατοίκους της Ελλάδας: Μία ανασκόπηση της προόδου της χώρας όσον αφορά τον τρίτο στόχο του Ο.Η.Ε. για το 2030

Η Ελληνική Δημοκρατία δεσμευμένη στην Ατζέντα 2030 κινείται σε παράλληλο χρόνο με τα εκπονημένα εθνικά στρατηγικά σχέδια και στην πορεία προς την επίτευξη των διεθνώς τιθέμενων 17 στόχων

παρουσιάζοντας ανά λίγα έτη την πρόοδο σε αυτούς. Μέσω της Εθελοντικής Εθνικής Αξιολόγησης (Voluntary National Report – VNR) της Ελλάδας που παρουσιάστηκε στο Πολιτικό Φόρουμ Υψηλού Επιπέδου του ΟΗΕ για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη (High-Level Political Forum on Sustainable Development – HLPF) στη Νέα Υόρκη το καλοκαίρι του 2022 (ΠΦΥΕ, 2022) τέθηκε σε δημοσιότητα η πορεία της χώρας όσον αφορά τους επιδιωκόμενους επιμέρους στόχους που αναφέρονται στον τρίτο στόχο «Δημόσια Υγεία και Ευημερία». Σύμφωνα με την αναφορά αυτή που αποτέλεσε τη δεύτερη αναφορά (και πλέον πρόσφατη) μετά την αναφορά του 2018 (Γενική Γραμματεία Συντονισμού, Θεσμικών, Διεθνών και Ευρωπαϊκών Θεμάτων, 2018) στο αντίστοιχο Πολιτικό Φόρουμ Υψηλού Επιπέδου η Ελλάδα σύστησε μία ομάδα εργασίας παρά τον πρωθυπουργό η οποία συνεργάστηκε με σειρά από φορείς (κυβερνητικούς και υπηρεσιακούς) για τη συνολική προσέγγιση των ελληνικών θεμάτων κατά την τρέχουσα περίοδο και την καταγραφή των πολλαπλών προκλήσεων του χθες και του σήμερα και χαρακτηρισμένων στρατηγικών για το αύριο (Hellenic Aid, 2022).

Στην παρούσα αναφορά προλογιζόμενη από τον Πρωθυπουργό Κ. Μητσοτάκη επανεπιβεβαιώνεται η δέσμευση της χώρας στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης με την Ατζέντα 2030 οι οποίοι θέτονται ως κεντρική πυξίδα για κάθε υπό διαμόρφωση πολιτική απόφαση. Συνάμα εντός αυτής δίνεται μεγάλη έμφαση σε ένα ζήτημα δημόσιας υγείας το οποίο δεν είναι άλλο από την καθοριστική για τις μετέπειτα εξελίξεις πανδημία CoVid-19. Σε αυτή τη σφαίρα κινούμενη η αναφορά ορίζει τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης ως κινητήρια δύναμη για την υπερκέρωση των προβλημάτων που επέφερε η πανδημία σε όλα τα φάσματα της καθημερινότητας. Αμέσως μετά αναλύονται τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επίτευξη των στόχων αναλυόμενα σε ληφθέντα πολιτικά μέτρα, νομοθετικές πρωτοβουλίες, αξιοποίηση χρηματοδοτικών εργαλείων, διαμόρφωση συνεργειών και απαραίτητες θεσμικές αλλαγές που απαιτούνται για την ταχύτερη μετάβαση σε ένα βιώσιμο μέλλον. Ιδιαίτερη βάση δίνεται ασφαλώς στους τρεις πυλώνες της βιωσιμότητας στους οποίους στηρίζεται η ευρύτερη στοχοθεσία της κυβέρνησης σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης, το οποίο στηρίζεται στην πράσινη και ψηφιακή μετάβαση σε συνάρτηση με την προάσπιση της κοινωνικής συνοχής, την παρόθηση των δεξιοτήτων και της απασχόλησης εργατικού δυναμικού με κινητήριο μοχλό τις ιδιωτικές επενδύσεις και το μετασχηματισμό της οικονομίας. Τέλος, η εθελοντική αναφορά του 2022 κάνει μνεία στα παραπάνω και εντάσσει κάθε πρωτοβουλία και σχέδιο που εκπονείται για τα επόμενα έτη ως αναφαίρετο κομμάτι για την πρόοδο στους 17 Στόχους (Προεδρία της Κυβέρνησης, 2022).

Κάθε στόχος εκ των 17 αναλύεται διεξοδικά στο αντίστοιχο υποκεφάλαιο. Για τον τρίτο στόχο «Καλή Υγεία και Ευημερία» παρουσιάζεται εξ αρχής η πρόοδος σε τέσσερις σχετικούς με την υγεία ποσοτικούς δείκτες οι οποίοι είναι:

- Τα υγιή χρόνια ζωής για κάθε φύλο (με σταδιακή άνοδο εντός της περιόδου 2015-2019 από τα 64 έτη στα 66)
- Το ποσοστό ατόμων που χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή» (με ανύψωση εντός της δεκαετίας από 75,7% του πληθυσμού σε 78,6%)
- Το ποσοστό του πληθυσμού που καπνίζει σε καθημερινή βάση από την ηλικία των 15 ετών και άνω (το οποίο κυμάνθηκε γύρω στο 40% για όλη τη δεκαετία)
- Το ποσοστό θανάτων από ασθένειες όπως το HIV, η υπατίτιδα και η φυματίωση (το οποίο παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα)

Στη συνέχεια γίνεται μία ευρεία μνεία στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας και τα τρωτά του σημεία που έγιναν ακόμα πιο εμφανή κατά τη διαχείριση της πανδημίας. Πέραν των ζητημάτων σχετιζόμενων με πόρους, χρηματοδότηση και οργάνωση αναφέρονται και σημαντικοί παράγοντες αναχαίτισης της βελτίωσης της δημόσιας υγείας όπως η πρόληψη, η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και η καλύτερη παροχή κατ'οίκον φροντίδας. Συνάμα αναφέρεται ρητά ο στόχος της ενίσχυσης της ανθεκτικότητας του συστήματος σε συνθήκες συνεχώς γηραιότερου πληθυσμού και λιγοστών μακροχρόνια εργαζομένων στον τομέα της φροντίδας. Το μεγαλύτερο ωστόσο μέρος της αναφοράς αφιερώνεται στη συγκέντρωση των επιτευγμάτων για την πρόοδο των 13 υποστόχων. Συνοπτικά για κάθε επιμέρους στόχο (target) του SDG 3 η Ελλάδα ως το 2022 έχει διανύσει την εξής πορεία:

- Για τον επιμέρους στόχο 3.1. σχετιζόμενο με τη μείωση του ποσοστού της μητρικής θνησιμότητας δεν αναφέρεται κάποια σχετική πρόοδος ως τη στιγμή της συγγραφής της αναφοράς.
- Για τον επιμέρους στόχο 3.2. ο οποίος σκοπεύει στη μείωση της νεογνικής και παιδικής θνησιμότητας η Ελλάδα έχει εντάξει από τη μία στη φαρέτρα της το Εθνικό Μητρώο Ασθενών Παιδικής Ηλικίας για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών νεοπλασματικών νοσημάτων μικρής ηλικίας (Υ.Α. 9692/2021) κατά μήκος της χώρας και από την άλλη ενσωματώσει στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού τρεις νέες ψηφιακές υπηρεσίες (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή και Ψηφιακό Βιβλιάριο Υγείας Παιδιών). Επίσης από το 2019 συστάθηκε όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας ως υπεύθυνος φορέας για την υγεία, την πρόληψη χρόνιων νόσων, και την ανακούφιση από μη μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Ο επιμέρους στόχος 3.3. αναφέρεται στον τερματισμό των επιδημικών ασθενειών. Σε αυτό το σημείο η αναφορά της Ελλάδας αναφέρει την αύξηση των κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ως αποτέλεσμα των προσπαθειών διαχείρισης της πανδημίας CoViD-19) και σειρά μέτρων που ελήφθησαν για τον περιορισμό των ασθενειών του Ιού του Δυτικού Νείλου (Υπουργείο Υγείας, 2024) και της ελονοσίας.

- Για τον επιμέρους στόχο 3.4. και τη μείωση των θανάτων των μη-μεταδοτικών ασθενειών στη χώρα ως το 2030 αναφέρονται αρκετά εκτενώς ως δείκτες της προόδου τόσο το 5ετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης που εκπονήθηκε το 2021 όσο και το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης». Γίνεται επίσης μνεία στο Εθνικό Μητρώο Ασθενών Παιδικής Ηλικίας και στις ψηφιακές αναβαθμίσεις του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού. Επιπρόσθετα σημειώνεται η δράση της Ελλάδας για την ευαισθητοποίηση των πολιτών επί του θέματος του μητρικού θηλασμού με τη συμμετοχή στην πρωτοβουλία της Παγκόσμιας Συμμαχίας Δράσης για το Μητρικό Θηλασμό (World Alliance for Breastfeeding Action – WABA) κάθε πρώτη εβδομάδα του Νοεμβρίου (Ιλαρίδου, 2021) με τη χρήση υλικού της καμπάνιας Breastfeeding Action και την προβολή του σε ευρύ κοινό υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας. Εκτός αυτού αναφέρεται και η σύσταση της Εθνική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία προΐστατο του προαναφερθέντος στο υποκεφάλαιο 7.1.3. 10ετούς Εθνικού Σχεδίου για την Ψυχική Υγεία όπως και η αύξηση του προϋπολογισμού για υπηρεσίες και υποδομές ψυχικής υγείας στη χώρα. Τέλος περιγράφεται η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας ακόμα και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές (όπως οι μικρές απομακρυσμένες νήσοι) μέσω αέρος είτε από το ΕΣΥ είτε από το στρατό (ο οποίος παρέχει σε δικά του νοσοκομεία επίσης υπηρεσίες υγείας συμπληρώνεται έπειτα), η ύπαρξη του Κέντρου Ημέρας για την Υποστήριξη Ασθενών με Καρκίνο (Κ.Η.ΨΥ.Α.Κ.) (Φωτόπουλος, 2020) και η έναρξη του προγράμματος «Κανένας Μόνος στην Πανδημία» που περιελάμβανε ψυχολογική υποστήριξη μέσω διαδικτύου για εργαζομένους του τομέα υγείας, νοσούντες με τη νόσο του κορωνοϊού, οικείους τους και ευάλωτα στρώματα του πληθυσμού (Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού Ταμείου Ανάκαμψης, 2022).
- Επί του επιμέρους στόχου 3.5. και τη χρήση και κατάχρηση ουσιών καταγράφεται κατά πρώτον η υπογραφή μνημονίου συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη και του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) για την παροχή εκπαιδευτικής φύσης προγραμμάτων προς τους εργαζόμενους της αστυνομίας και την ανάπτυξη κοινών δράσεων (Σιάρκος, 2016) πρόληψης, θεραπείας, απομείωσης αρνητικών συνεπειών και κοινωνικής επανένταξης των χρηστών ναρκωτικών ουσιών. Κατά δεύτερον καταγράφεται η πρωτοβουλία από τις αρχές της δεκαετίας του Χώρου Εποπτευόμενης Χρήσης με τον πρώτο εποπτευόμενο χώρο να ξεκινά τη λειτουργία του στην Αθήνα ως «STEKI 46» (ΟΚΑΝΑ, 2021).
- Ο επιμέρους στόχος 3.6. θέτει στο προσκήνιο την οδική ασφάλεια και τη μείωση των τραυματισμών και θανάτων από ατυχήματα στο δρόμο. Εδώ η αναφορά παρουσιάζει την υιοθέτηση ενός ακόμα στρατηγικού σχεδίου με 10ετή καταρχάς ορίζοντα ως το παγκόσμιο χρονικό όριο του 2030 και προχωρώντας έπειτα με ακόμα πιο μακροχρόνιο πλάνο στον καθορισμό και του έτους 2050 ως έτος πραγμάτωσης του «Οράματος Μηδέν» ενός εθνικού στόχου για μηδενικούς

θανάτους από οδικά ατυχήματα. Το στρατηγικό σχέδιο εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υποδομών και Μεταφορών με τη συμβουλευτική επιστημονική συνδρομή του Τομέα Μεταφορών και Συγκοινωνιακής Υποδομής της σχολής Πολιτικών Μηχανικών του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου (Υπουργείο Υποδομών και Μεταφορών, 2022). Σε παράλληλο χρόνο αναφέρονται οι επερχόμενες θεσμικές αλλαγές τόσο στο επίπεδο του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (Κ.Ο.Κ.) όσο και των εξετάσεων για απόκτηση διπλώματος αλλά και το νέο νομοσχέδιο για την οδική ασφάλεια το οποίο επικεντρώνεται στην απομείωση των οδικών ατυχημάτων μέσω ολιστικής προσέγγισης που περιλαμβάνει και μελετά τη διάδραση μεταξύ οχημάτων, οδικής συμπεριφοράς, ταχύτητας και υποδομών (Νόμος 4850/2021 ΦΕΚ Α 208/5.11.2021). Η αναφορά προσθίεται στο σχεδιασμό της για την οδική ασφάλεια και το στόχο 3.6. και την απομακρυσμένη παροχή υπηρεσιών υγείας όπως αυτή σχολιάστηκε στο στόχο 3.4 όπως και η πλατφόρμα “e-Drive Academy” του Υπουργείου Υποδομών και Μεταφορών (Γαμβρούλης, 2018) και την παροχή οδικής εκπαίδευσης στους μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

- Για τον επιμέρους στόχο 3.7. και την αναπαραγωγική υγεία, εκπαίδευση και ενημέρωση σημειώνονται πολλαπλές πρωτοβουλίες και παρεμβάσεις που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια σε μία μορφή καμπάνιας ευαισθητοποίησης για την προφύλαξη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την εισαγωγή των παιδιών και εφήβων σε θέματα των σχέσεων και σεξουαλικής αγωγής.
- Ο επιμέρους στόχος 3.8. έχει καθαρά οικονομικό πλαίσιο και αφορά την καθολική πρόσβαση του πληθυσμού σε υγειονομικές υπηρεσίες αλλά και φάρμακα και εμβόλια. Εδώ παρατίθεται μία πλειάδα παραγόντων που συντελούν στη βελτιστοποίηση του συστήματος. Εκκινώντας από το θεσμό του Οικογενειακού Ιατρού (Νόμος 4486/2017 ΦΕΚ Α' 115.07.2017) και των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας που έχουν λάβει ήδη χώρα από την προηγούμενη κυβέρνηση Α. Τσίπρα το 2017 (και περιλαμβάνουν ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα, φροντίδα μητέρας και παιδιού και σειρά εμβολιαστικών προγραμμάτων), συνεχίζοντας με την παρουσίαση των Ειδικών Κινητών Μονάδων Υγείας, την ανάπτυξη ενός δικτύου τηλεψυχιατρικής και του προγράμματος Πρόληψη στο Σπίτι (ως υπηρεσίες παροχής βοήθειας σε απομακρυσμένες περιοχές και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες) και καταλήγοντας στην αναδιοργάνωση της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) για τον εξορθολογισμό των δαπανών και τη βέλτιστη και βιώσιμη διαχείριση των πόρων για το ΕΣΥ (Νόμος 4865/2021 ΦΕΚ Α 238/4.12.2021) και τη δημιουργία του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ) (Νόμος 4715/2020) η Ελλάδα παραθέτει πλούσιο έργο για το συγκεκριμένο υποστόχο.

- Αν ο επιμέρους στόχος 3.8. επαφίεται αρκετά στην οικονομική διάσταση της βιωσιμότητας της δημόσιας υγείας στη χώρα, ο επιμέρους στόχος 3.9. αφορά την περιβαλλοντική ρύπανση και τους κινδύνους υγείας από χημικά παραπροϊόντα στην ατμόσφαιρα. Σύμφωνα με την αναφορά έχουν ξεκινήσει σειρά διαβουλεύσεων με τη συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων φορέων για την αναδιαμόρφωση του σχετικού θεσμικού πλαισίου και την εξασφάλιση αποτελεσματικού ελέγχου για την πρόληψη περιβαλλοντικών ατυχημάτων και των διαδικασιών αντιμετώπισης μετά την εκδήλωση ενός μεγάλου ατυχήματος με σκοπό τον περιορισμό των επιπτώσεών του.
- Οι επιμέρους στόχοι 3.α., 3.β., 3.γ. και 3.δ. καταπιάνονται με την παγκόσμια στοχοθεσία επί του ελέγχου του καπνού, την υποστήριξη της έρευνα και ανάπτυξης στον τομέα της υγείας, την εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης και συνεχούς ενίσχυσης για το υγειονομικό προσωπικό και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και ταχύτητας αντίδρασης των κρατών στους σχετικούς κινδύνους αντίστοιχα. Η Ελλάδα σημειώνεται πως έχει αυστηροποιήσει τους ελέγχους επί της χρήσης του τσιγάρου σε συγκεκριμένους (κλειστούς και ανοιχτούς) χώρους ενώ αναπτύσσει υπηρεσίες και κατάλληλο ρυθμιστικό πλαίσιο για τον έλεγχο και τη διακοπή του καπνίσματος ευρύτερα με τις κατάλληλες υπηρεσίες παροχής βοήθειας και συνεχιζόμενες καμπάνιες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης. Συνάμα αναφέρεται και πάλι η ίδρυση του ΟΔΠΥ, το καταρτισμένο Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2019-2023) για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής (Κοντοπίδου κ.α., 2019) και η σύμπραξη με το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος για την υποστήριξη του έργου της Δημόσιας Υγείας (που καρποφόρησε έπειτα με το Πανελλήνιο Πρόγραμμα για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και της Μικροβιακής Αντοχής (GRIPP-SNF)) (Νόμος 4564/2018 ΦΕΚ Α' 170/21.09.2018 και Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων, 2024).

Εκτός της αναλυτικής παράθεσης της προόδου της Ελλάδας σε κάθε υποστόχο στην αναφορά εμπεριέχεται ως παράδειγμα καλής πρακτικής η εγκαθίδρυση μονάδων Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση και δομών για ασθενείς με αυτισμό με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Μονάδων (Προεδρία της Κυβέρνησης, 2022).

Η πρόοδος της Ελλάδας επί του τιθέμενου τρίτου στόχου παρουσιάζεται εκτενώς στην ετήσια και λεπτομερή μελέτη «*The SDGs and the UN Summit of the Future. Sustainable Development Report 2024*» των Sachs, Lafortune και Fuller (2024) όπου αναλύεται η πρόοδος όλων των κρατών σε σχέση με του Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης. Συνολικά στους στόχους η Ελλάδα βρίσκεται στην 29^η θέση παγκοσμίως το 2024 όσον αφορά την κατάταξή της σχετικά με τους δείκτες βιωσιμότητας. Στη μελέτη καθώς και στον ιστότοπο της καταγράφεται λεπτομερώς με μετρήσιμα μεγέθη και η πρόοδος στους δείκτες για τον τρίτο στόχο (Εικόνα 11) με κατηγοριοποίησή τους ως εξής:

- Επίτευξη (πράσινη κατηγορία)
- Παραμένουν προκλήσεις για την επίτευξη (κίτρινη κατηγορία)
- Παραμένουν σημαντικές προκλήσεις για την επίτευξη (πορτοκαλί κατηγορία)
- Παραμένουν μεγάλες προκλήσεις για την επίτευξη (κόκκινη κατηγορία)
- Μη διαθέσιμες πληροφορίες (γκρι κατηγορία)



Εικόνα 12. Δείκτες προόδου για την επίτευξη του Στόχου 3 "Καλή υγεία και Ενημερία" (Sustainable Development Report, 2024, Sachs, Lafortune & Fuller, 2024)

Με παρόμοιο τρόπο σε 5 κατηγορίες παρουσιάζονται και οι τάσεις της προόδου για κάθε δείκτη ως ακολούθως:

- Σε σταθερή τροχιά διατήρησης της επίτευξης (πράσινη κατηγορία)
- Σε σταδιακή βελτίωση (κίτρινη κατηγορία)
- Σε στασιμότητα (πορτοκαλί κατηγορία)
- Σε καθοδική πορεία (κόκκινη κατηγορία)
- Μη διαθέσιμη πληροφορία για την τάση (γκρι κατηγορία με σύμβολο δύο τελείες για το συμβολισμό ανεπαρκών δεδομένων)

Κατά αυτό τον τρόπο επιβεβαιώνεται συνοπτικά η πορεία της δημόσιας υγείας στη χώρα έξι έτη πριν το έτος 2030. Η Ελλάδα έχει κατορθώσει σημαντικά βήματα διατηρώντας υψηλά το επίπεδο στις περισσότερες ηλικίες ωστόσο όπως καταδεικνύει η ποσοτική μελέτη υπολείπεται ακόμα όσον αφορά τον περιορισμό των καπνιστικών συνηθειών, την αίσθηση ευεξίας, ευημερίας και καλής ψυχικής υγείας, στην υγειονομική κάλυψη για όλους με ίσους όρους και στην αναχαίτιση των δυσμενών συνθηκών των αέριων ρύπων. Ταυτόχρονα παρατηρείται χάσμα ανάμεσα στο προσδόκιμο ζωής των περιφερειών της χώρας (Sustainable Development Report, 2024).

7.3. Προκλήσεις και προοπτικές για βιώσιμες πολιτικές δημόσιας υγείας

Ευρισκόμενη σε ένα κρίσιμο σταυροδρόμι η Ελλάδα διατηρεί το προβάδισμά της σε παγκόσμιους δείκτες για την υγεία και δη στην πρόοδο για την επίτευξη του παγκόσμιου οράματος της Ατζέντας 2030. Έχοντας διανύσει μία μεγάλη πορεία ανά τις δεκαετίες και έχοντας μπορέσει σε κομβικά σημεία να δείξει την ανθεκτικότητά του το Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης στη χώρα εξακολουθούν να έχουν πολλαπλά δυνατά σημεία δίχως όμως να λείπουν οι παράγοντες που οδηγούν σε πρόσκρουση σε στεγανά για τη δημόσια υγεία των κατοίκων της Ελλάδας (Κουρής, 2023, Sachs, Lafortune & Fuller, 2024).

Οι πρόσφατες εξελίξεις υποδηλώνουν μία συνεχή δυσαρέσκεια των εργαζομένων υγείας με ταυτόχρονη δυσλειτουργία του συστήματος εξαιτίας της διαχρονικής υποστελέχωσης του ΕΣΥ και ταυτόχρονα μία διαφαινόμενη προσπάθεια επίλυσης των υπαρχόντων ζητημάτων μέσω της ιδιωτικοποίησης σειράς εκ των καλυπτόμενων ως τώρα υπηρεσιών. Υποδηλώνεται κατά αυτό τον τρόπο η ανάγκη επένδυσης περισσότερων χρημάτων για υποδομές και προσωπικό που θα μπορεί να εκτελεί ορθά τα καθήκοντά του μέσω της αύξησης του προϋπολογισμού ο οποίος βρίσκεται και πάλι στο 5,5%, πολύ πιο κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που τοποθετείται στο 7,5 % (Δεβετζόγλου, 2024α, Δεβετζόγλου, 2024β, Αθανασίου, 2024). Τα προβλήματα που προκύπτουν και συσσωρεύονται όπως παρουσιάζει η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζόμενων Δημοσίων Νοσοκομείων (2024) είναι ακόμα πιο ενταταμένα εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων. Εξίσου ευάλωτοι και με χειρότερες συνθήκες ως προς την υγεία τους παραμένουν μετά την οικονομική κρίση οι πιο ασθενείς κοινωνικά και οικονομικά ομάδες και τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης (Χαντζάρας, 2021).

Στο πλαίσιο προτάσεων που έχουν κατατεθεί για να υπερκεραστούν τα προβλήματα και να υλοποιηθούν ταχύτερα ουσιαστικές αλλαγές που θα εδράζονται στο τρίπτυχο της αειφορίας το Ίδρυμα Μποδοσάκη (2022) εκπόνησε ένα σχέδιο δράσης με την σύμπραξη πολλών επιστημόνων το οποίο περιλαμβάνει προτάσεις προς την πολιτεία για τις επόμενες κινήσεις της χώρας για τη χάραξη πολιτικής δράσης στη

δημόσια υγεία. Κεντρικός στόχος είναι η εξέταση της εξέλιξης του συστήματος υπό ευρύ επιστημονικό πρίσμα και με τις ακόλουθες κύριες κατευθύνσεις:

- Ενσωμάτωση της έννοιας της υγείας και συμπερίληψη της έννοιας της ευεξίας σε όλες τις πολιτικές αποφάσεις (υπό τη λογική του Health in All Policies) και διατομεακή διακυβέρνηση (στηριζόμενη ταυτόχρονα στις οικονομικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές παραμέτρους της υγείας αλλά και τις συμπεριφορικές απολήξεις της) , με ισχυρό συντονισμό και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επιπέδων και ουσιαστική αναβάθμιση των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης.
- Πλήρης εναρμόνιση των εθνικών στρατηγικών υγείας με τον τρίτο και τους υπόλοιπους στόχους της Ατζέντας 2030 για σύμπνοια των πολιτικών κατευθύνσεων στα προσδοκώμενα αποτελέσματα της.
- Ταυτόχρονη δημιουργία «ενιαίου στρατηγικού πλαισίου αναφοράς» για την εναρμόνιση των διαφόρων εκπονημένων και μελλοντικών σχεδίων για την υγεία και καθαρότερη στοχοθεσία και παρακολούθηση των τιθέμενων στόχων.
- Επανασύσταση και αναβάθμιση του Εθνικού Συμβουλίου Δημοσίας Υγείας, δημιουργία ενός Ανώτατου Διυπουργικού Συμβουλίου για την Υγεία και την Ευεξία και επαναπροσδιορισμός του ΕΟΔΥ ως σύγχρονου Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας.
- Επένδυση στην εκπαίδευση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων όλων των επαγγελματιών υγείας, καθώς και δημιουργία δομών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Επένδυση στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας ως βασικές στρατηγικές παραμέτρους έναντι της θεραπείας εκ των υστέρων και με ιδιαίτερη μέριμνα για τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες και τους απομακρυσμένους πληθυσμούς.
- Επιχειρησιακή αναδιάρθρωση με βελτίωση του συντονισμού μεταξύ των φορέων, βιώσιμη συνεχή χρηματοδότηση και ριζική μείωση των γραφειοκρατικών αναχαιτιστικών παραγόντων.
- Ενσωμάτωση των παραμέτρων περιβαλλοντικής υγιεινής και επαγγελματικής υγείας, καθώς και ενίσχυση των μηχανισμών για την αντιμετώπιση κρίσεων, όπως πανδημίες και φυσικές καταστροφές.

Οι προτάσεις βελτίωσης προχωρούν παραπέρα και υπό το φακό της βιωσιμότητας δεν αφορούν απλώς μία χάραξη πολιτικής υγείας. Αντίθετα στη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και εκ της ίδιας της εις βάθος μελέτης των 17 Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης ο χαρακτήρας της υγιούς κοινωνίας στηρίζεται εξίσου σε πολιτικές σχετιζόμενες με τη διατροφή, την εκπαίδευση, την κατοικία, τις μεταφορές και το περιβάλλον, με τη συνηγορία ότι για να είναι η κοινωνία υγιής πρέπει να μη βασίζεται απλώς σε ένα μοντέλο «πολιτικής για τη δημόσια υγεία» αλλά ένα μοντέλο «υγείας στη δημόσια πολιτική». Η παραμονή του εγκαθιδρυμένου μοντέλου εκπορευόμενου από τη λογική της εκβιομηχάνισης συντελεί τα μέγιστα στη μέχρι τώρα προσέγγιση. Η μετάβαση σε ένα άλλο σύστημα λήψης αποφάσεων απαιτεί πρωτίστως κατανόηση των

παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε βελτιωμένες στρατηγικές. (White, 2015).

Σε αυτό το σημείο είναι κρίσιμο για την Ελλάδα να κατανοήσει καταγράφοντας όλους τους σκοπέλους και τα τρωτά σημεία του συστήματος με μία εκ βαθέων ανασκόπηση του θεσμικού και νομοθετικού πλαισίου και την ταυτόχρονη στοχοθεσία επί των ευκαιριών και των κινδύνων του αύριο, των τρωτών και δυνατών σημείων του σήμερα, με τη συμπερίληψη των διαστάσεων της οικονομίας, της κοινωνίας και των περιβαλλοντικών συνθηκών αλλά και την υλοποίηση έργων και συνεχούς εκπαίδευσης και επανακατάρτισης των εργαζομένων στη λογική του συντονισμού μίας νέας πνοής πολιτικής. Η συμμετοχή των πολιτών μέσω συμμετοχικών διαδικασιών καθιστά μία τέτοια διαδικασία πραγματικά βιώσιμη με τη σύμπραξη έπειτα και των υπόλοιπων ενδιαφερόμενων και εμπλεκόμενων μερών, εξουσιοδοτημένων φορέων και τη συνδρομή της επιστημονικής κοινότητας για την πλήρη οπτική της κατάστασης και του διαμορφωμένου μέλλοντος που μελετάται (Nabatchi και Blomgren Amsler, 2014, Arnstein, 1969, Αλεξανδροπούλου, 2023).

Κεφάλαιο 8. Συμπεράσματα

Οι έννοιες της υγείας και της ευεξίας δεν είναι καθόλου εύκολο να οριστούν σε ένα κοινά αποδεκτό πρίσμα. Οι απόψεις επί του πραγματικού νοήματος ποικίλουν ανά τους αιώνες. Ποτέ άλλοτε η γη και πιο συγκεκριμένα ο άνθρωπος και οι κοινωνίες του δεν είχαν επιτύχει ωστόσο να φτάσουν σε τέτοια πληθυσμιακά μεγέθη και σε καθολικά υψηλότερο από ποτέ επίπεδο ζωής όσο σήμερα. Με γνώμονα αυτή την εξέλιξη οι έννοιες της υγείας και της ευεξίας είναι πιο άρρηκτα συνδεδεμένες από ποτέ. Εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με προβλήματα υγείας και εκατομμύρια άνθρωποι παραλλήλως δεν αντιμετωπίζουν νοσήματα με τη σημασία που αυτά νοούνταν μόλις μερικές δεκαετίες πριν. Η συνολική ρητορική και προσέγγιση στον πλανήτη για τις πολιτικές που αφορούν την υγεία, την προάσπισή της και τελικώς την ευεξία και ευημερία των πολιτών συνεχώς διαμορφώνεται και εξελίσσεται.

Μαζί με την υγεία δημιουργείται και ένα πολύ μεγαλύτερο πλαίσιο που αφορά κάθε άλλο κομμάτι της καθημερινότητας και της ζωής. Η συμπόρευση της κοινωνίας, της οικονομίας και του περιβάλλοντος στο ίδιο μονοπάτι για το αύριο έχει μεν στον πυρήνα της την υγεία ως άξονα της ζωής αλλά και η ίδια η υγεία όπως και η ζωή δεν μπορεί να υπάρξει δίχως να βασίζεται σε αυτούς τους τρεις πυλώνες. Συνδυαστικά κάθε παράγοντας που διαμορφώνει τον κόσμο μας δομεί και ένα κομμάτι που εσαεί παραμένει αναλλοίωτο. Υπό αυτό το πρίσμα και την ύπαρξη μίας τριπλής διάστασης κοινωνικού, περιβαλλοντικού και οικονομικού χαρακτήρα προκύπτει και η έννοια της βιωσιμότητας.

Ακολουθώντας αυτή τη συλλογιστική πορεία η Ελλάδα ως μέλος του ΟΗΕ είναι παρούσα στη σύγχρονη εποχή στη δέσμευση των 193 κρατών μελών του για συντεταγμένη προσπάθεια επίτευξης 17 Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης ως μέρος ενός οράματος που σκοπεύει στη μετάβαση προς ένα αειφόρο μέλλον για όλα τα κράτη και όλους τους ανθρώπους ως το 2030. Υιοθετώντας από το 2015 (έτος ορόσημο και έτος έναρξης για την παγκόσμια αυτή δεκαπενταετούς ορίζοντα πρωτοβουλία) η Ελλάδα συμμετέχει ενεργά στην προώθηση των 17 Στόχων και χαράσσει τα βήματά της στην προσπάθεια προόδου σε κάθε έναν από αυτούς.

Οι στόχοι δύναται να διακριθούν σε κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς ανάλογα με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα ενώ υπάρχουν και στόχοι που παρατηρείται πως εδράζονται σε πάνω από έναν πυλώνα ως κοινωνικοοικονομικοί, κοινωνικοπεριβαλλοντικοί και περιβαλλοντοοικονομικοί ή και στους τρεις αλλά και στην εξωτερική διάσταση και μοχλό των εξελίξεων της διακυβέρνησης και της πολιτικής βούλησης. Υπό έτερο πρίσμα κατά τον καταμερισμό των στόχων μπορεί να σχηματιστούν τρεις ομόκεντροι κύκλοι που περιγράφουν σε τρεις κατηγορίες τους στόχους ανάλογα με τον τρόπο που αυτοί αλληλοεπιδρούν. Ο πρώτος κύκλος αναφέρεται στους στόχους που στοχεύουν στη βιωσιμότητα της ευημερίας των ανθρώπων στην καθημερινότητά τους, περικλειόμενοι και σε πλήρη αλληλεπίδραση με

στους στόχους σχετιζόμενους με τις υποδομές και το ανθρωπογενές υλικό περιβάλλον το οποίο με τη σειρά του περικλείεται από τους στόχους που σχετίζονται με το φυσικό περιβάλλον. Υπό αυτή τη θεώρηση ο κατεξοχήν αναφερόμενος στην υγεία στόχος είναι ο τρίτος «*Καλή Υγεία και Ευημερία*» και αποτελεί έναν πρώτον εξόχως κοινωνικό στόχο και δεύτερον ένα στόχο εξ ορισμού επικεντρωμένο στην ευημερία στον πυρήνα κάθε ανθρωπογενούς δραστηριότητας σε οποιοδήποτε περιβάλλον.

Η υγεία αποτελεί το δομικό στοιχείο της ζωής και ταυτόχρονα καθορίζει αρκετούς από τους υπόλοιπους 16 στόχους οι οποίοι με τη σειρά τους καθορίζουν αμφίδρομα και εκείνη. Την ίδια σχέση αναπτύσσουν όλοι οι στόχοι με το νόημα της βιώσιμης ανάπτυξης να καταδεικνύει πως κανένας παράγοντας και συνεπώς κανένας στόχος δεν μπορεί να υπάρξει δίχως τους υπόλοιπους ενώ για κάθε στόχο ξεχωριστά παρατηρούνται συνεχώς εντός του ψήγματος και των άλλων. Ταυτόχρονα για να επιτευχθεί ένας πρέπει να επιτευχθούν όλοι ταυτόχρονα ώστε η επόμενη ημέρα να είναι πραγματικά βιώσιμη στο χαρακτήρα της ανάπτυξής της.

Κάθε στόχος της Ατζέντας 2030 απαρτίζεται από επιμέρους μικρότερους στόχους που αφορούν ένα συγκεκριμένο κομμάτι του ενώ για την ποσοτική μέτρηση της συναφούς προόδου τα κράτη χρησιμοποιούν δείκτες οι οποίοι επίσης συνοδεύουν κάθε υποστόχο και κάθε στόχο ως σύνολο. Ο τρίτος στόχος αφιερωμένος στη δημόσια και καλή υγεία και την ευημερία των πληθυσμών στα 193 κράτη της γης απαρτίζεται από 13 επιμέρους στόχους και 18 δείκτες οι οποίοι περιγράφουν μία ευρεία καθολική και παγκόσμια στοχοθεσία που περιλαμβάνει τη μετρίαση της παιδικής και μητρικής θνησιμότητας, την καταπολέμηση των μεταδοτικών νοσημάτων, την προώθηση της ψυχικής υγείας και μείωση της θνησιμότητας από μη μεταδιδόμενα νοσήματα, τον περιορισμό της χρήσης εθιστικών ουσιών, τη μείωση των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων και δυστυχημάτων αλλά και την μετρίαση των δυσμενών συνεπειών από ρύπανση και επικίνδυνες χημικές ουσίες. Στο ίδιο μήκος κύματος επικεντρώνεται στην παροχή καθολικής υγειονομικής περίθαλψης σε όλους όπως και στη διασφάλιση της πρόσβασης στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγειονομική περίθαλψη αλλά και την τήρηση των διεθνών συμβάσεων για το κάπνισμα, την προώθηση της έρευνας και ανάπτυξης εμβολίων και φαρμάκων, την εξασφάλιση ολόενα και μεγαλύτερης χρηματοδότησης για την υγεία και τις θέσεις εργασίας στον τομέα της και ενίσχυση της ανθεκτικότητας.

Αυτό που απαιτείται για κάθε στόχο ώστε να πραγματοποιηθεί είναι μία ταυτόχρονη διερεύνηση της σχέσης του με τους άλλους στόχους. Η πραγμάτωση του τρίτου στόχου και κάθε επιμέρους στόχου του ενδέχεται να πραγματοποιεί ταυτόχρονα και έναν έτερο στόχο της στρατηγικής. Παρ'όλα αυτά δε λείπουν και οι περιπτώσεις που ισχύει η αντίστροφη υπόθεση και ένας στόχος απαιτεί κάποιους συμβιβασμούς στη στοχοθεσία του για να μπορέσει να συμβαδίσει ταυτόχρονα με κάποιον άλλον.

Τα κράτη μέλη του ΟΗΕ αλλά και διεθνείς φορείς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συντάσσουν τις στρατηγικές ή συμβουλευτικές χάρτες που εκπονούν για τα επόμενα χρόνια εμπεριέχοντας συχνά αναφορές ως προς τη δέσμευσή τους για μία κατεύθυνση συμπορευόμενη με το πνεύμα των 17 τιθέμενων στόχων. Η Ευρωπαϊκή Ένωση ιδιαίτερα μετά το ξέσπασμα της πανδημίας CoVid 19 συντονισμένη σε αυτό το μήκος κύματος εκπόνησε τη δική της στρατηγική για τη δημόσια υγεία θέλοντας να πρωτοστατήσει στις εξελίξεις της επόμενης ημέρας.

Η Ελλάδα παρομοίως ευρισκόμενη σε ένα κρίσιμο σημείο εκτεταμένων και πολυετών αλλαγών στη δημόσια υγεία ακριβώς στις αυγές της δεκαετίας του 2020 έπειτα από οικονομική δυσμένεια και καθεστώς δημοσιονομικών περιορισμών και λιτότητας κατόρθωσε να αντιμετωπίσει την πανδημία με ιδίες δυνάμεις και στη συνέχεια με τη συνδρομή ευρωπαϊκών πόρων. Η επόμενη ημέρα της πανδημίας βρήκε την πολιτική βούληση για τη χάραξη νέων πολιτικών στηριγμένες στις αρχές της βιωσιμότητας και των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης.

Παρά τις εκτεταμένες αλλαγές και τα πολλαπλά στρατηγικά σχέδια που εκπονήθηκαν μετά το 2020 για την επόμενη δεκαετία και με μεσοπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο ορίζοντα τα προβλήματα που αντιμετώπιζε το Εθνικό Σύστημα Υγείας παραμένουν οξυμένα και ο κρατικός προϋπολογισμός δεν αυξάνεται επιφέροντας προβλήματα όπως η έλλειψη προσωπικού και η έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού. Αυτό φέρνει σε περαιτέρω δυσχέρεια τον ελληνικό πληθυσμό ο οποίος ήδη από δεκαετίες καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα υγείας παρότι η κάλυψη της υγείας από το δημόσιο τομέα και τα ασφαλιστικά ταμία είναι καθολική. Η οικονομική βιωσιμότητα του τομέα υγείας και δη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης διέρχεται και πάλι από κρίση καθιστώντας αβέβαιο το μέλλον. Παράλληλα πολλαπλές δομές και υπηρεσίες υγείας προσφέρονται με αυξανόμενους ρυθμούς από μη δημόσιους φορείς, είτε σε σύμπραξη με το κράτος και το Υπουργείο Υγείας είτε μεμονωμένα. Όσες εξ αυτών παρέχονται με ίδια δαπάνη των ασθενών προστίθενται στις ήδη υψηλές εισφορές που επίσης πληρώνονται από τις ασφαλιστικές εισφορές τους.

Το πρόβλημα αυτό προκαλεί ρωγμές στην ανθεκτικότητα του συστήματος και δρα εις βάθος στην κοινωνία με τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και τα ασθενέστερα οικονομικά στρώματα να πλήττονται ακόμα περισσότερο. Οι προβληματισμοί αυτοί εντείνονται ακόμα περισσότερο μακριά από τα αστικά κέντρα. Παρά τις αναγραφόμενες υπηρεσίες υγείας στις περιοχές αυτές το χάσμα στην ποιότητα ζωής και τελικά στο προσδόκιμο ζωής όπως καταγράφεται αυξάνεται έναντι άλλων περιφερειών.

Παράλληλα στις κοινωνικές και περιβαλλοντικές εκφάνσεις της βιωσιμότητας της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα ελλοχεύουν ακόμα πολλοί κίνδυνοι από την υποβάθμιση του αέρα σε δημόσιους αλλά και ιδιωτικούς χώρους ενώ παραμένει σε υψηλά επίπεδα το κάπνισμα. Συνάμα η ψυχική υγεία και η έννοια της

ευημερίας κυμαίνονται σε στάσιμα επίπεδα δίχως να βελτιώνονται με μεγάλους ρυθμούς με τα έτη και παρά το φαινομενικό πέρας πλέον των δύο κρίσεων που χαρακτήρισαν τη χώρα.

Παρά τις παραινέσεις ειδικών υγείας και τη σύσταση επιτροπών με μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας μέσω στρατηγικών σχεδίων και προτάσεων για θεσμικές μεταβολές, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα όπως εξάλλου και σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση κρίνεται αυστηρά υπό το πρίσμα της οικονομίας. Μία πραγματική θεσμική αλλαγή στην Ελλάδα για ένα βιώσιμο αύριο για την υγεία απαιτεί ένα ακόμα πιο συντονισμένο αλλά και ενιαίο σχέδιο και πολιτική βούληση για ρηζικέλευθες τομές που θα υλοποιήσουν μέσω της νομοθεσίας αλλαγές σε όλο το μήκος της χώρας. Οι παραινέσεις υπάρχουν αλλά δεν έχουν καρποφορήσει ως τώρα.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση διέρχεται επίσης από ένα παρόμοιο σταυροδρόμι. Η πανδημία CoVid19 παρουσίασε όλα τα τρωτά σημεία των συστημάτων υγείας αλλά και της συνολικής ανθεκτικότητας των θεσμών της Ε.Ε. Ωστόσο γεγονός παραμένει πως η ισχύς της Ε.Ε. παραμένει πρωτίστως οικονομική. Τα κράτη μπορούν να συνεργαστούν για την υγεία σε επίπεδο μετακίνησης φαρμακευτικής βοήθειας κατά κύριο λόγο. Οι κανονισμοί που μπορεί να επιβάλει η Ε.Ε. πάντοτε χαρακτηρίζονται από την οικονομική οπτική και δεν έχει παραχωρηθεί καμία σχετική διαφορετική εξουσία επί του τομέα της υγείας. Έτσι παρατηρείται σταδιακά μία συγκέντρωση φωνών γύρω από την ιδέα μίας «*Ευρωπαϊκής Υγειονομικής Ένωσης*» που θα φέρει ακόμα περισσότερο υπό μία κεντρική αμιγώς κοινωνική πολιτική ατζέντα την Ευρωπαϊκή Ένωση. Προς το παρόν τα κράτη παραμένουν αυτόνομα στο να καταναίμουν τους πόρους τους. Η Ελλάδα καταναίμει σειρά των ευρωπαϊκών πόρων που δόθηκαν μετά το πέρας της πανδημίας προς το Ταμείο Ανάκαμψης και τον τομέα της Υγείας κυρίως εστιάζοντας στην Πρόληψη κατά την παρούσα φάση με αιχμή του δόρατος να αποτελεί το «*Εθνικό Πρόγραμμα Σπύρος Δοξιάδης*».

Απομένουν πολλά βήματα ακόμα ώστε να επιτευχθεί η μακροχρόνια και ουσιαστική βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και της Δημόσιας Υγείας γενικότερα με χαρακτήρα πλήρους ανθεκτικότητας αλλά και με το αίσθημα της ευημερίας για όλους τους κατοίκους. Η Ατζέντα 2030 του ΟΗΕ και ο τρίτος στόχος πιο συγκεκριμένα δίνει αυτές τις κατευθύνσεις αλλά παρομοίως το κάθε κράτος πρέπει να χαράξει το αύριο κατά το δικό του τρόπο. Για να πραγματωθεί αυτό και να είναι πράγματι βιώσιμη η επόμενη ημέρα σε περιβαλλοντικό, οικονομικό και κοινωνικό άξονα θα πρέπει να κατανοηθούν, να καταγραφούν και να αξιολογηθούν οι πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού σε όλα τα μήκη και πλάτη της χώρας αλλά και να γίνουν οι σωστές συνέργειες με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και τομείς. Απαιτείται συγκεκριμένη πολιτική βούληση εστιασμένη σε αυτό το όραμα και η χρήση των κατάλληλων εργαλείων για να μελετηθούν εις βάθος οι δυνατότητες του συστήματος, ασφαλώς με τη συνδρομή μακροχρόνια εγκαθιδρυμένων χρηματοδοτικών εργαλείων και βέβαια τη συμμετοχή των ίδιων των πολιτών μαζί με τους εμπειρογνώμονες.

Αν η βιώσιμη ανάπτυξη αποτελεί την επιταγή για αυτό το αύριο και το ορόσημο του 2030 όσο και πέρα από αυτό, η υγεία αδιαμφισβήτητα αποτελεί κεντρικό άξονα που δίχως αυτόν δεν μπορεί να ευσταθεί η ζωή του ανθρώπου και ύστερα όλες οι δραστηριότητές του. Η καλή υγεία και η ευημερία σε βάθος χρόνου είναι ο πυρήνας όλων των πεπραγμένων στο διηνεκές από την αρχή της ανθρωπότητας ως σήμερα και από σήμερα ως το μέλλον. Εκ νέου όμως όλα αποτελούν έναν αέναο κύκλο. Πώς μπορεί να ευσταθεί η πρόταση οποιασδήποτε αλλαγής αν δεν υπάρχει ένα συνολικό περιβάλλον υγείας και ευημερίας; Οι στρατηγικές, οι θεσμικές αλλαγές και οι πολιτικές που λαμβάνονται σε οποιοδήποτε επίπεδο στέκονται απλώς ως εφαλτήριο για την επόμενη ημέρα και αποκρυσταλλώνονται μονάχα όταν γίνονται εμπράκτως εφαρμόσιμες με αληθινό θετικό αντίκτυπο για όλους.

Βιβλιογραφία

- Abuelaish, I., Goodstadt, M. S., & Mouhaffel, R. (2020). *Interdependence between health and peace: a call for a new paradigm. Health Promotion International*, 1-11. doi:10.1093/heapro/daaa023
- Acheson, E. D. (1988). *On the state of the public health [the fourth Duncan lecture]. Public Health*, 102(5), 431–437.
- Afonso, A., Schuknecht, L., Tanzi, V. (2003). *Public sector efficiency: an international comparison, European Central Bank, Working Paper No. 242*. Φρανκφούρτη αμ Μάιν: Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
- Ahmed, A.U., Hill, R.V., Smith, L.C., Wiesmann, D.M., Frankenberger, T., Gulati, K., Quabili, W., Yohannes, Y. (2007). *The World's Most Deprived*. Ουάσινγκτον: International Food Policy Research Institute.
- Andriukaitis, V.P., Cerniauskas, G. (2023). Scenarios for the EHU's evolution: Legislative process, resources, narrative, and political will. Σε Andriukaitis, V.P. & Cerniauskas, G. (Επιμ.) *A European Health Union - A Blueprint for Generations*. Βρυξέλλες: Foundation for European Progressive Studies. Βίλνιους: The European Institute of Health and Sustainable Development.
- «Η «ηρξημένη νοσηρότης της εργατικής τάξεως». Δημόσια Υγεία και περίθαλψη στο ελληνικό κράτος. Απαρχές και μεσοπόλεμος (Μέρος Α')». *Περιοδικό Antifa*, 40, 22-24. Ανακτήθηκε από https://autonomeantifa.gr/wp-content/uploads/2020/04/40_ygeia.pdf
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. doi:10.1080/01944366908977225
- Baeten, R., Vanhercke, B. (2017). *Inside the black box: The EU's economic surveillance of national healthcare systems. Comparative European Politics*, 15, 478-497. doi:10.1057/cep.2016.10
- Berkman, L. F., Kawachi, I., Glymour, M.M. (2014). *Social Epidemiology second edition*. Νέα Υόρκη: Oxford University Press
- Blaxter, M. (2010). *Health: Key Concepts*. Κέιμπριτζ: Polity Press.
- Brandeau, M. L., Sainfort, F., & Pierskalla, W. P. (2004). *Health Care Delivery: Current Problems and Future Challenges. International Series in Operations Research & Management Science*, 1–14. doi:10.1007/1-4020-8066-2_1
- Bullinger, M. (2003). International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches. Σε A. Noskov, C. Gudex (Επιμ.) *EUROHIS: Developing Common Instruments or Health Surveys*. Άμστερνταμ: IOS Press.

- Bulmer, E., Riera, M., de la Rosa, J.A. (2022). *Analysing SDG 17, a critical approach*. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*, 25(4), 1-7. Ανακτήθηκε από <https://www.abacademies.org/articles/analysing-sdg-17-a-critical-approach.pdf>
- Burki, T. (2018). *Health under austerity in Greece*. *The Lancet*, 391(10120), 525–526. doi:10.1016/s0140-6736(18)30242-3
- Buse, k., Mays, N., Colombini, M., Fraser, A., Khan, M., Walls, H. (2024). *Making Health Policy*. Μείντενχεντ: Open University Press.
- Carlisle, S. & Hanlon, P. (2008). “*Well-being*” as a focus for public health? *A critique and defence*. *Critical Public Health*, 18(3), 263–270. doi:10.1080/09581590802277358
- Chan, S., Weitz, N., Persson, A., Caspar, T. (2018). *SDG 12: Responsible Consumption and Production – A review of research needs*. (Ερευνητική εργασία, Περιβαλλοντικό Ινστιτούτο της Στοκχόλμης). Ανακτήθηκε από <https://www.sei.org/wp-content/uploads/2018/11/review-sdg12-research-needs-final.pdf>
- Charlier, P., Coppens, Y., Malaurie, J., Brun, L., Kepanga, M., Hoang-Opermann, V., ... Hervé, C. (2017). *A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO*. *European Journal of Internal Medicine*, 37, 33–37. doi:10.1016/j.ejim.2016.06.027
- Cheo, A.E., Tapiwa, K.A. (2021). *SDG 2 – Zero Hunger: Food Security, Improved Nutrition and Sustainable Agriculture (Concise Guides to the United Nations Sustainable Development Goals)*. Λιντς: Emerald Publishing Limited. doi:10.1108/978-1-78973-803-220201005
- CIHR IIPH. (2022). *Public Health is the Future. IPPH Impact Report 2016-2022*. Τορόντο: CIHR Institute of Population & Public Health.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation*. Γενεύη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- Daulaire, N. (2012). *The Importance of the Global Health Strategy from the U.S. Department of Health and Human Services*. *American Journal Tropical Medicine Hygiene*, 87(3), 382–384. doi: 10.4269/ajtmh.2012.12-0400.
- Delli Paoli, A., Addeo, F. (2019). *Assessing SDGs: A Methodology to Measure Sustainability*. *Athens Journal of Social Sciences*, 6 (3), 229-250. doi:10.30958/ajss.6-3-4
- Dockweiler, C., Fischer, F. (2019). *ePublic Health*. Γκότινγκεν: Hogrefe

- Doni, F., Gasperini, A. and Soares, J.T. (2020), What is the SDG 13?, *SDG13 – Climate Action: Combating Climate Change and its Impacts (Concise Guides to the United Nations Sustainable Development Goals)*. Αθήνα: Emerald Publishing Limited. doi:[10.1108/978-1-78756-915-720201006](https://doi.org/10.1108/978-1-78756-915-720201006)
- Douki, S., Tzagkarakis, S. I., Karakatsani, D. (2021). *Psychiatric Care Policy in Greece in the First Half of the 20th Century*. *HAPSc Policy Briefs Series*, 2(2), 289–297. doi:10.12681/hapscpbs.2951
- Duff, J. H., Liu, A., Saavedra, J., Batycki, J. N., Morancy, K., Stocking, B., Gostin, L.O., Galea, S., Berozzi, S., Zuniga, J.M., Alberto-Banatin, C., Dansua, A.S., Del Rio, C., Kulzhanov, M., Lee, K., Scaglia, G., Shahpar, C., Ullmann, A.J., Hoffman, S.J., Szapocznik, J. (2021). *A global public health convention for the 21st century*. *The Lancet Public Health*, 6(6), e428–e433. doi:10.1016/s2468-2667(21)00070-0
- Dugarova, E., Gülasan, N. (2017). *Global Trends - Challenges and Opportunities in the Implementation of the Sustainable Development Goals*. Νέα Υόρκη: UNDP, Γενεύη: UNRISD
- Ware, J.E. (1987). *Standards for validating health measures: Definition and content*. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 473–480. doi:10.1016/0021-9681(87)90003-8
- Eckermann, E. (2017). *SDG 3: a Missed Opportunity to Transform Understandings and Monitoring of Health, Well-Being and Development? Applied Research in Quality of Life*, 13(2), 261–272. doi:10.1007/s11482-017-9527-6
- Economou, C., Giorno, C. (2009). *Improving the performance of the public health care system in Greece*. *OECD Economics department working paper no. 722*. Παρίσι: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
- Edelman, B. (1997). *La dignité de la personne humaine, un concept nouveau*. *Recueil Dalloz de doctrine de jurisprudence et de legislation*, 23, 185-188.
- Elkinton, J. R. (1966). *Medicine and the Quality of Life*. *Annals of Internal Medicine*, 64(3), 711-714. doi:10.7326/0003-4819-64-3-711
- Enterprise Greece. (2024). Η Ελλάδα με μια ματιά. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από <https://www.enterprisegreece.gov.gr/h-ellada-shmera/zoi-stin-ellada/me-mia-matia>
- Etse, D., McMurray, A., & Muenjohn, N. (2020). *Comparing Sustainable Public Procurement in the Education and Health Sectors*. *Journal of Cleaner Production*, 123959. doi:10.1016/j.jclepro.2020.123959
- European Institute of health and sustainable development. (2020). Manifesto for a European Health Union. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από <https://eihsd.eu/manifesto-for-a-european-health-union/>

- Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16*(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fernandez, R.M. (2020). SDG3 Good Health and Well-Being: Integration and Connection with Other SDGs. *Good Health and Well-Being*. Σε Leal Filho, W., Wall, T., Azul, A. M., Brandli, L., & Özuyar, P. G (Επιμ.) *Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals*. doi:10.1007/978-3-319-95681-7
- Fischer, F., Carow, F. (2022). Impact of Public Health and Sustainability of Global Health Action for Achieving SDG 3. Σε Flahault, A. (Επιμ.), *Transitioning to Good Health and Well-Being*. Βασιλεία: MDPI.
- Frey, D. F., & MacNaughton, G. (2016). *A Human Rights Lens on Full Employment and Decent Work in the 2030 Sustainable Development Agenda*. *SAGE Open, 6*(2), 215824401664958. doi:10.1177/2158244016649580
- Gauin, M. (2017). *Revisiting the Fire of Izmir*. *Journal of South Asian and Middle Eastern Studies*. Villanova University, *41* (1), 31-53. doi:[10.1353/jsa.2017.0014](https://doi.org/10.1353/jsa.2017.0014)
- Gavurova, B., Megyesiova, S. (2022). *Sustainable Health and Wellbeing in the European Union*. *Frontiers in Public Health. Sec. Health Economics, 10*, 851061. doi:10.3389/fpubh.2022.851061
- Giannoccolo, P. (2009). *The Brain Drain: A Survey of the Literature*. (Ερευνητική Εργασία, Università degli Studi di Milano -Bicocca, Ιταλία). Ανακτήθηκε από <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1374329>
- Giannopoulou I., Tsobanoglou, G.O. (2020). *COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system*. *Irish Journal of Psychological Medicine, 37*(3), 226-230. doi:10.1017/ipm.2020.35
- Goniewicz, K., Khorram-Manesh, A., Burkle, F.M., Hertelendy, A.J., Goniewicz, M. (2023). *The European Union's post-pandemic strategies for public health, economic recovery, and social resilience*. *Global Transitions, 5*, 201-209. doi: 10.1016/j.glt.2023.10.003
- Greer, S. (1984). *The psychological dimension in cancer treatment*. *Social Science & Medicine, 18*(4), 345–349. doi:10.1016/0277-9536(84)90124-2
- Greer, S. L. (2006). *Uninvited Europeanization: neofunctionalism and the EU in health policy*. *Journal of European Public Policy, 13*(1), 134–152. doi:10.1080/13501760500380783
- Greer, S.L., Rozenblum, S., Fahy, N., Brooks, E., Harman, H., de Ruijter, A., Palm, W., Wismar, M. (2022). *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask – Third, revised edition*. Κοπεγχάγη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

- Guégan J-F, Suzán G, Kati-Coulibaly S, Bonpamgue DN, Moatti J-P. (2018). *Sustainable Development Goal #3, “health and well-being”, and the need for more integrative thinking. Veterinaria México OA, 5(2).*
doi:10.21753/vmoa.5.2.443
- Gulseven, O. (2020). *Measuring achievements towards SDG 14, life below water, in the United Arab Emirates. Marine Policy, 103972.* doi:10.1016/j.marpol.2020.103972
- Hagenaars, A.J.M. (2014). *The Perception of Poverty.* Άμστερνταμ: Elsevier Science Publishers B.V.
- Halkos, G. & Gkampoura, E.C. (2021). *Where do we stand on the 17 Sustainable Development Goals? An overview on progress. Economic Analysis and Policy, 70, 94–122.* doi:10.1016/j.eap.2021.02.001
- Haybron, D.M. (2008). *Philosophy and the Science of Subjective Well-Being.* Σε Eid, M., Larsen, R.J. (Επιμ.), *The Science of Subjective Well-Being.* The Guilford Press, Νέα Υόρκη.
- He, J., Yang, Y., Liao, Z., Xu, A., Fang, K. (2022). *Linking SDG 7 to assess the renewable energy footprint of nations by 2030. Applied Energy, 317, 119167.* doi:[10.1016/j.apenergy.2022.119167](https://doi.org/10.1016/j.apenergy.2022.119167)
- Hellenic Aid. (2016, 6 Απριλίου). *Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης.* Hellenic Aid – Ministry of foreign affairs of Greece. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από <https://hellenicaid.mfa.gr/stochoi-viosimis-anaptyxis/>
- Hellenic Aid. (2022, 27 Ιουνίου). *Δεύτερη Εθελοντική Εθνική Αξιολόγηση Ελλάδας (VNR) – HLPF2022.* Hellenic Aid – Ministry of foreign affairs of Greece. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου από <https://hellenicaid.mfa.gr/defteri-ethelontiki-ethniki-axiologisi-elladas-vnr-hlpf2022/>
- Hoffman, S.J. (2014). *Making the International Health Regulations matter: promoting universal compliance through effective dispute resolution.* Σε: Rushton S., Youde, J. (Επιμ.). *Routledge Handbook on Global Health Security.* Οξφόρδη: Routledge
- Hope Sr., K. R. (2019). *Peace, justice and inclusive institutions: overcoming challenges to the implementation of Sustainable Development Goal 16. Global Change, Peace & Security, 1–21.*
doi:10.1080/14781158.2019.1667320
- Hopwood, B., Mellor, M. & O’Brien G. (2005). *Sustainable Development: Mapping Different Approaches. Sustainable Development, 13, 38-52.* doi:10.1002/sd.244
- Howden-Chapman, P., Siri, J., Chisholm, E., Chapman, R., Doll, C.N.H., Capon, A. (2017). *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.* Παρίσι: International Council for Science.

- Huber, M. (2010). *Advisory Report Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health'*. Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health': Report of the meeting December 10-11, 2009. Χάγη: ZonMw
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. M. v. d., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v. Smid, H. (2011). *How should we define health? BMJ*, 343(jul26 2), d4163–d4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Jaenecke, S., Coombe, L., Harrison, R., King, L.R., Robinson, P. (2023). *Education of the public health workforce and the Sustainable Development Goals: An analysis of existing competency sets. Public Health in Practice*, 5, 100374. doi:[10.1016/j.puhip.2023.100374](https://doi.org/10.1016/j.puhip.2023.100374)
- Joumard, I., André, C., Nicq, C., Chatal, O. (2008). *Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency, OECD Economics Department Working Papers No. 627*. Παρίσι: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
- Kaplan, R. M., & Bush, J. W. (1982). *Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. Health Psychology*, 1(1), 61–80. doi:10.1037/0278-6133.1.1.61
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). *Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? PharmacoEconomics*, 34(7), 645–649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- Katila, P., Colfer, C.J.P., de Jong, W., Galloway, G., Pacheco, P., Winkel, G. (2019). *Sustainable Development Goals: Their Impacts on Forests and People*. Κέμπριτζ: Cambridge University Press
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. The Lancet*, 378 (9801), 1457-1458. doi:[10.1016/S0140-6736\(11\)61556-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61556-0)
- Keramidou, I., & Triantafyllopoulos, L. (2018). *The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece. Health Policy*, 122(4), 352–358. doi:10.1016/j.healthpol.2017.12.008
- Kickbusch, I. (2014). *Governance for health, wellbeing and sustainability – what is at stake. Global Health Promotion*, 21(1_suppl), 83–83. doi:10.1177/1757975914521352
- Klein, M. (2020). *SDG: Life on Land. Jean Monnet Sustainable Development Goals Network Policy Brief Series*. (Ερευνητική Εργασία, RMIT University, Αυστραλία). Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2020 από <https://www.rmit.edu.au/content/dam/rmit/au/en/about/schools-colleges/guss/eu-centre-of-excellence/Sustainable-Development-Goal-15-Life-on-Land-Policy-Brief.pdf>

- Kökény, M. (2023). What are Progressives standing for? Left-wing initiatives to advance the European Health Union. Σε Andriukaitis & Cerniauskas. (Επιμ.) *A European Health Union - A Blueprint for Generations*. Βρυξέλλες: Foundation for European Progressive Studies. Βίλνιους: The European Institute of Health and Sustainable Development.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). *Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case*. *American Journal of Public Health*, 103(6), 973–979. doi:10.2105/ajph.2012.301126
- Kotsiou, A. (2024). *Public health and medical care conditions during the Greek Independence War (1821)*. *Acta Medico-Historica Adriatica*, 22 (1), 129-138. doi:10.31952/amha.22.1.6
- Krauss, J.E. (2022). *Unpacking SDG 15, its targets and indicators: tracing ideas of conservation*. *Globalizations*, 19 (8), 1179-1194. doi:10.1080/14747731.2022.2035480
- Kroll, C., Warchold, A., Pradhan, P. (2019). *Sustainable Development Goals (SDGs): Are we successful in turning trade-offs into synergies?* *Palgrave Communications*, 5:140. doi: 10.1057/s41599-019-0335-5
- Küfeoğlu, S. (2020). *Emerging Technologies: Value Creation for Sustainable Development*. Σαμ: Springer Nature Switzerland AG
- Kuhlman, T., & Farrington, J. (2010). *What is Sustainability?* *Sustainability*, 2(11), 3436–3448. doi:10.3390/su2113436
- Kuhn, H. (2020). Reducing Inequality Within and Among Countries: Realizing SDG 10—A Developmental Perspective. Σε Kaltenborn, M., Krajewski, M., Kuhn, H. (Επιμ.) *Interdisciplinary Studies in Human Rights Vol. 5*. Σαμ: Nature Switzerland AG
- Kumar, D., Singh, R. B., & Kaur, R. (2019). *SDG 9: Case Study – Infrastructure Assessment for Sustainable Development*. *Spatial Information Technology for Sustainable Development Goals*, 157–167. doi:10.1007/978-3-319-58039-5_12
- Kynčlová, P., Upadhyaya, S., & Nice, T. (2020). *Composite index as a measure on achieving Sustainable Development Goal 9 (SDG-9) industry-related targets: The SDG-9 index*. *Applied Energy*, 265, 114755. doi:10.1016/j.apenergy.2020.114755
- La Placa, V. & Knight, A. (2014). *Well-being: its influence and local impact on public health*. *Public Health*, 128(1), 38–42. doi:10.1016/j.puhe.2013.09.017

- Laaser, U., & Epstein, L. (2010). *Threats to Global Health and Opportunities for Change: A New Global Health*. *Public Health Reviews*, 32(1), 54–89. doi:10.1007/bf03391593
- Labrique, A., Vasudevan, L., Mehl, G., Roskam, E., Hyder, A.A. (2018). *Digital Health and Health Systems of the Future*. *Global Health: Science and Practice*, 6, 1, S1-S4. doi:10.9745/GHSP-D-18-00342
- Linnér, B.-O., & Selin, H. (2013). *The United Nations Conference on Sustainable Development: Forty Years in the Making*. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 31(6), 971–987. doi:10.1068/c12287
- Lister, John. (2008). *WHO Commission on Social Determinants of Health: Globalization and Health Systems Change*. Σε *Globalization and Health Knowledge Network Research Papers* (Επιμ.), Ορτάβα :Institute of Population Health.
- Long, D. (2022). *SDG:3 Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. Jean Monnet Sustainable Development Goals Network Policy Brief Series. (Ερευνητική Εργασία, RMIT University, Αυστραλία). Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2020 από <https://www.rmit.edu.au/content/dam/rmit/rmit-images/college-of-dsc-images/eu-centre/SDG3%20Policy%20Brief%20-%20Digital%20Version.pdf>
- Malliarou, M., Gagamanou, A., Bouletis, A., Tzenetidis, V., Papathanasiou, I., Theodoropoulou, M., Apostolidi, T.P., Grammatidis, V., Patsopoulou, A., Sarafis, P. (2023). COVID-19 Pandemic and Health and Social Inequalities Worldwide: Impact and Response Measures in Greece. Σε: Vlamos, P. (Επιμ.) *GeNeDis 2022. Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1425, 393-399. doi:10.1007/978-3-031-31986-0_38
- McCollum, D., Echeverri, L.G., Riahi, K., Parkinson, S. (2017). *SDG 7 – Ensure access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all*. Σε Griggs, D.J., Nilsson, M., Srevarance, A., McCollum, D. (Επιμ.), *International Council of Science (ICSU), A Guide to SDG Interactions: from Science to Implementation*. Παρίσι: International Council for Science.
- McInnes, C., Lee, K. (2012). *Global Health and International Relations*. Κέιμπριτζ: Polity
- McKee, M., de Ruijter, A. (2024). *The path to a European Health Union*. *The Lancet Regional Health – Europe*, 36:100794. doi:10.1016/j.lanepe.2023.100794
- McKee, M., Field, S., Vella, S., Legido-Quigley, H., Kazatchkine, M. (2023). *The EU has a global health strategy: the challenge will be in the implementation*. *The Lancet*, 402, 10407, 1025-1027. doi:[10.1016/S0140-6736\(23\)00328-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00328-8)
- McNaught, A. (2011). *Defining Wellbeing*. Σε Knight, A., McNaught, A. (Επιμ.), *Understanding Wellbeing: An Introduction for Students and Practitioners of Health and Social Care*. Μπάνμπουρι: Scion Publishing.

- Meadows, D. H. & Club of Rome. (1972). *The Limits to growth: A report for the Club of Rome's project on the predicament of mankind*. Νέα Υόρκη: Universe Books.
- Menne, B., Aragon de Leon, E., Bekker, M., Mirzikashvili, N., Morton, S., Shriwise, A., Tomson, G., Vracko, P., Wippel, C. (2020). *Health and well-being for all: an approach to accelerating progress to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) in countries in the WHO European Region*. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_1), i3–i9. doi:10.1093/eurpub/ckaa026
- Missoni, E. (2022). Global Health Determinants and Limits to the Sustainability of Sustainable Development Goal 3. Σε Flahault, A. (Επιμ.), *Transitioning to Good Health and Well-Being*. Βασιλεία: MDPI.
- Morton, S., Pencheon, D., & Bickler, G. (2019). *The sustainable development goals provide an important framework for addressing dangerous climate change and achieving wider public health benefits*. *Public Health*, 174, 65–68. doi:10.1016/j.puhe.2019.05.018
- Nabatchi, T., & Amsler, L. B. (2014). *Direct Public Engagement in Local Government*. *The American Review of Public Administration*, 44(4_suppl), 63S–88S. doi:10.1177/0275074013519702
- Panagopoulos, A., Giannika, V. (2023). *Study on the water resources and the opportunities for sustainable desalination & minimal/zero liquid discharge (MLD/ZLD) practices in Greece (Eastern Mediterranean)*. *Sustainable Water Resources Management*, 9(4), 106. doi:10.1007/s40899-023-00884-5
- Patrick D. L., Erickson P. (1993). *Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care*. Oxford University Press, Οξφόρδη.
- Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M.M., Marinis, M.G.D. (2011). *A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy*, *Clin Ter* 2011, 162(3), e99-103. Ανακτήθηκε από https://www.researchgate.net/profile/Marta-Bertolaso/publication/51455603_A_brief_history_of_the_Quality_of_Life_its_use_in_medicine_and_in_philosophy/links/5c9e0bcb299bf111694f3571/A-brief-history-of-the-Quality-of-Life-its-use-in-medicine-and-in-philosophy.pdf
- Pereira, M.A. & Marques, R.C. (2022). *The 'Sustainable Public Health Index': What if public health and sustainable development are compatible?* *World Development*, 149, 105708. doi:[10.1016/j.worlddev.2021.105708](https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2021.105708)
- Pigou, A.C. (1920). *The Economics of Welfare*. Λονδίνο: MacMillan.
- Power, T.M. (1980). *The Economic Value of The Quality Of Life*. Routledge, Νέα Υόρκη.

- Pradhan, P., Costa, L., Rybski, D., Lucht, W., & Kropp, J. P. (2017). *A Systematic Study of Sustainable Development Goal (SDG) Interactions. Earth's Future, 5(11), 1169–1179.* doi:10.1002/2017ef000632
- Prah Ruger, J., Yach, D. (2009). The Global Role of the World Health Organization. *Global Health Governance, 2(2), 1-11.* Ανακτήθηκε από <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24729827/>
- Russell, C. (2018). *Sustainable cities and communities from backyards to biolinks: Royal Botanic Gardens Victoria's role in urban greening. BGjournal, 15, No. 1, Botanic gardens and their contribution to the Sustainable Development Goals, 31-311.* Ανακτήθηκε από <https://www.jstor.org/stable/26597000>
- Sachs, J.D., Lafortune, G., Fuller, G. (2024). *The SDGs and the UN Summit of the Future. Sustainable Development Report 2024.* Παρίσι: SDSN, Δουβλίνο: Dublin University Press. doi:10.25546/108572
- Sadoff, C. W., Borgomeo, E., & Uhlenbrook, S. (2020). *Rethinking water for SDG 6. Nature Sustainability, 3, 346-347.* doi:10.1038/s41893-020-0530-9
- Sampaio, C., Macedo, E., Coelho, M.C., Bandeira, J.M. (2020). *Economic and environmental analysis of measures from a Sustainable Urban Mobility Plan – Application to a small sized city. Transportation Research, 48, 2580-2588.* doi:10.1016/j.trpro.2020.08.253
- Sayed, Y. & Moriarty, K. (2020). SDG 4 and the ‘Education Quality Turn’: Prospects, Possibilities, and Problems. Σε Wulf, A. (Επιμ.), *Grading Goal Four. Tensions, Threats, and Opportunities in the Sustainable Development Goal on Quality Education (194-213).* Λέιντεν: Brill
- Schmidt, H., Gostin, L. O., & Emanuel, E. J. (2015). *Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? The Lancet, 386(9996), 928–930.* doi:10.1016/s0140-6736(15)60244-6
- Schneider, M.J. (2021). *Introduction to Public Health.* Μπάρλινγκτον: Jones & Bartlett Learning.
- Seke, K., Petrovic, N., Jeremic, V., Vukmirovic, J., Kilibarda, B., Martic, M. (2013). *Sustainable development and public health: rating European countries. BMC Public Health, 13(1).* doi:10.1186/1471-2458-13-77
- Shastri, A. (2014). *Gender Inequality and Women Discrimination, IOSR Journal of Humanities and Social Science, 19, 11, VII, 27-30.* doi: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol19-issue11/Version-7/E0191172730.pdf>
- Soulis, S., Sarris, M., Pierrakos, G., Goula, A., Koutitsas, G., & Gkioka, V. (2015). *Public Health Policies in European Union: An Innovation Strategy—Horizon 2020. Cord Blood Stem Cells and Regenerative Medicine, 347–363.* doi:10.1016/b978-0-12-407785-0.00025-6

- Spanou, C., & Sotiropoulos, D. A. (2011). *The Odyssey of Administrative Reforms in Greece, 1981-2009: A Tale of Two Reform Paths*. *Public Administration*, 89(3), 723–737. doi:10.1111/j.1467-9299.2011.01914.x
- Sustainable Development Report. (2024). Greece – OECD Member. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από <https://dashboards.sdgindex.org/profiles/greece/indicators>
- Thomas, R., Hsu, A., & Weinfurter, A. (2020). *Sustainable and inclusive – Evaluating urban sustainability indicators' suitability for measuring progress towards SDG-11*. *Environment and Planning B: Urban Analytics and City Science*, 239980832097540. doi:10.1177/2399808320975404
- Tragakes, E., & Polyzos, N. (1998). *The evolution of health care reforms in Greece: charting a course of change*. *The International Journal of Health Planning and Management*, 13(2), 107–130. doi:10.1002/(sici)1099-1751(199804/06)13:2<107::aid-hpm508>3.0.co;2-o
- Tuan, Y.-F. (1979). *Space and Place: Humanistic Perspective*. *Philosophy in Geography*, 387–427. doi:10.1007/978-94-009-9394-5_19
- Unterhalter, E. (2019). *The Many Meanings of Quality Education: Politics of Targets and Indicators in SDG4*. *Global Policy*, 10, 39–51. doi:10.1111/1758-5899.12591
- Venkatesh, G. (2022). *A Brief Analysis of SDG 3 – Good Health and Well-being – and its Synergies and Trade-offs with the other Sustainable Development Goals*. *Problemy Ekorożwoju – Problems of Sustainable Development*, 17(2), 140-147. doi:10.35784/pe.2022.2.15
- Veron, P., Sergejeff, K., Apiko, P. (2022). *Briefing Note No.152 - The Eu Global Health Strategy: How to make it work*. Μάαστριχτ: ECDPM.
- Vervoort, D., van Daalen, K.R. (2021). *The European Union, economies and public health: not one without the other*. *Public Health*, 194, 1-3. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.020
- von der Leyen, U. (2020). *A Union that strives for more. My agenda for Europe. Political Guidelines for the next European Commission 2019-2024*. Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ανακτήθηκε από https://commission.europa.eu/system/files/2020-04/political-guidelines-next-commission_en_0.pdf
- von Schnurbein, G. (2020). *One for All—SDG 17 as a Driver to Achieve the Sustainable Development Goals*. Σε von Schnirbein, G. (Επιμ.), *Transitioning to Strong Partnerships for the Sustainable Development Goals*. Βασιλεία: MDPI, Page Range.

- Vouliwatch. (2020). Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας - Ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από <https://vouliwatch.gr/votewatch/voting/157faa62-886b-42fa-9a9b-e14355577c02>
- Waage, J., Yap, C., Bell, S., Levy, C., Mace, G., Pegram, T., ... Poole, N. (2015). *Governing the UN Sustainable Development Goals: interactions, infrastructures, and institutions*. *The Lancet Global Health*, 3(5), e251–e252. doi:10.1016/s2214-109x(15)70112-9
- Waitzberg R., Hernández-Quevedo C., Bernal – Delgado E. et al (2022). *Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges*. *Health policy* 126 (5), 465 – 475. doi:10.1016/j.healthpol.2021.10.007
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370. doi:10.1093/heapol/9.4.353
- Wang, W., Fan, L. W., & Zhou, P. (2022). *Evolution of global fossil fuel trade dependencies*. *Energy*, 238, 121924. doi:10.1016/j.energy.2021.121924
- Ware, J.E. Jr., Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993) *SF-36 Health Survey Manual & Interpretation Guide*. The Health Institute, Βοστώνη.
- White, F. (2015). *Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems*. *Medical Principles and Practice*, 24(2), 103–116. doi:10.1159/000370197
- Wild, L., Chambers, V., King, M., Harris, D. (2012). *Common constraints and incentive problems in service delivery*. Λονδίνο: Overseas Development Institute.
- Wingo, L. (1973). *The Quality of Life: Toward a Microeconomic Definition*. *Urban Studies*, 10(1), 3-18.
- Winslow, C.E.A. (1923). *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. Νιου Χέιβεν: Yale University Press
- Wood-Dauphinee, S. (1999). *Assessing Quality of Life in Clinical Research*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(4), 355–363. doi:10.1016/s0895-4356(98)00179-6
- Αθανασίου, Δ. (2024, 20 Ιουλίου). Ο Αδωνις Γεωργιάδης «εφ’όλης της ύλης» για τα προβλήματα της υγείας των νησιών. *Δημοκρατική*. Ανακτήθηκε από <https://www.dimokratiki.gr/20-07-2024/o-adonis-georgiadis-efolis-tis-yilis-gia-ta-provlimata-tis-ygeias-ton-nision/>

- Αλεξανδροπούλου, Α. (2023). Ο ρόλος του Αστικού Σχεδιασμού στη διαμόρφωση των Περιβαλλοντικών Παραμέτρων που Επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία. (Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://www.didaktorika.gr/eadd/bitstream/10442/53677/1/53677.pdf>
- Αναγκαστικός Νόμος 965/1937 (ΦΕΚ 476/Α/24.11.1937) Περί οργάνωσης των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών ιδρυμάτων
- Αργέντου, Α. (2009). *Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία*. *Ελευθώ*, 14(1), 25-30. Ανακτήθηκε από <http://ejournals.uniwa.gr/index.php/eleutho/article/view/3864/3576>
- Βενιέρης, Δ. (1997). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Η ιστορία της μεταρρύθμισης. Σε Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (Επιμ.) *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Γαβριήλ Έ., Παπασταύρου Ε., Καραγιάννης Γ. (2007). *Ευρωπαϊκοί Δείκτες Υγείας ECHI*. *Cyprus Nursing Chronicles*, 8(2), 25-32.
- Γαμβρούλης, Κ. (2018, 22 Ιανουαρίου). e-Drive Academy: Διαδικτυακή πλατφόρμα - Κυκλοφοριακή αγωγή και οδική ασφάλεια. *BikeIt!* Ανακτήθηκε από <https://www.bikeit.gr/nea-kosmou/item/14109-e-drive-academy-diadiktyaki-platforma-kykloforiaki-agogi-kai-odiki-asfaleia>
- Γενική Γραμματεία Συντονισμού, Θεσμικών, Διεθνών και Ευρωπαϊκών Θεμάτων. (2018). *Voluntary National Review on the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο
- Γενικό Νοσοκομείο Σύρου. (2024). Ιστορία. Ανακτήθηκε από: <https://vardakeio.gov.gr/history/>
- Γεωργαντά, Ν. (2024, 6 Απριλίου). Το πρόγραμμα που θέτει σε προτεραιότητα την Υγεία των Ελλήνων. *Ygeiamou.gr*. Ανακτήθηκε από <https://www.ygeiamou.gr/%ce%b5%ce%b9%ce%b4%ce%ae%cf%83%ce%b5%ce%b9%cf%82/384579/t-o-programma-pou-theti-se-protereotita-tin-igia-ton-ellinon/>
- Δαρδαβέσης, Θ. (2008). *Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981)*. *Ιατρικό Βήμα*, 115, 50-61
- Δασκαλόπουλος, Δ. (2015, 23 Φεβρουαρίου). Σπύρος Δοξιάδης (1917-1991). Γιατρός, δάσκαλος, οραματιστής και εκσυγχρονιστής - μια προσωπική οπτική. *Δημήτρης Α. Δασκαλόπουλος, Ιατρός Παιδοκαρδιολόγος*. Ανακτήθηκε από <https://www.athenspedcard.com/gia-goneis-and-astheneis/anthropoi-kai-istories/spuros-doxiades>

Δεβετζόγλου, Γ. (2024α, 15 Μαΐου). Εκτός ΕΣΥ το 25% του νοσηλευτικού προσωπικού – Οι συνέπειες για τους ασθενείς. *News 24/7*. Ανακτήθηκε από <https://www.news247.gr/ygeia/ektos-esi-to-25-tou-nosileftikou-prosopikou-oi-sinepeies-gia-tous-astheneis/>

Δεβετζόγλου, Γ. (2024β, 2 Σεπτεμβρίου). Τι ζητούν οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία ενόψει ΔΕΘ – Τι “βλέπει” ο Γεωργιάδης. *News 24/7*. Ανακτήθηκε από <https://www.news247.gr/ygeia/ti-zitoun-oi-ergazomenoi-sta-nosokomeia-enopsei-deth-ti-vlepei-o-a-georgiadis/>

Δήμος Αλιάρτων-Θεσπιδίων. (2017). Συνοπτική Ανασκόπηση της Νομοθεσίας για τη Δημόσια Υγεία.

Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από

<https://www.aliartos.gov.gr/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE/>

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020, 25 Φεβρουαρίου 2020). *Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός*.

Ανακτήθηκε από <https://eody.gov.gr/diethnis-ygeionomikos-kanonismos/>

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2022). *Πρόσκληση προς ιατρούς και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα , για τη συμμετοχή στην υλοποίηση της Δράσης για τη Δημόσια Υγεία: «Προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις μαστογραφίας κατά του καρκίνου του μαστού» κατ’ εφαρμογή της υπό στοιχεία Γ Π. οικ. 27866 / 2022 (Β’2459) Κοινής Υπουργικής Απόφασης/ ΚΥΑ*. Μαρούσι: Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων, Διεύθυνση Συμβάσεων. Ανακτήθηκε από

<https://eopyyfiles.blob.core.windows.net/eopyysite/ArticleFiles/da976dcb-8cac-4e0c-9a94-347e23382e9e/1467d8f6-f839-4cce-a18a-a3673c4b5e0f.pdf>

Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού Ταμείου Ανάκαμψης. (2022). *Ένταξη του Έργου με τίτλο «Δράσεις αντιμετώπισης των μακροπρόθεσμων συνεπειών της πανδημίας COVID-19 (long COVID-effect) στην Ψυχική Υγεία» (κωδικός ΟΠΣ ΤΑ 5165233) στο Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας*. Αθήνα: Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού Ταμείου Ανάκαμψης https://greece20.gov.gr/wp-content/uploads/2022/03/224.-Apofasi-entaksis-ergou_Antimetopisi-long-COVID-effect_16820_5165233.pdf

Έκθεση Αξιολόγησης της Χιλιετίας για τα Οικοσυστήματα. (2005). *Ecosystems and Human Well-being: Synthesis*. Ουάσινγκτον Ντι Σι: Island Press.

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (2024). Στόχος 3. Διασφαλίζουμε μια ζωή με υγεία και προάγουμε την ευημερία για όλους, σε όλες τις ηλικίες. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/sdg3>

Ευρωπαϊκή Ένωση. (2022). *Eu Global Health Strategy – Better Health for All in A Changing World*.

Λουξεμβούργο: Εκδόσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης

- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2024). Ελλάδα. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/greece_el
- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2024). Παγκόσμια υγεία. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_el
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2020). *Delivering on the UN's Sustainable Development Goals – A comprehensive approach*. Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2022). *Στρατηγική της ΕΕ για την παγκόσμια υγεία με σκοπό τη βελτίωση της παγκόσμιας υγειονομικής ασφάλειας και την εξασφάλιση καλύτερης υγείας για όλους*. Ανακτήθηκε από https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/ip_22_7153
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2023). *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ανακτήθηκε από https://commission.europa.eu/document/download/bb271be6-4370-4f9e-8dd6-3e4d92385986_en?filename=SDG-Report-03-MD.pdf
- Ζερβέα Ε., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π. (2020). *Δημοσιονομική κρίση στην Ελλάδα: Επιπτώσεις στο χώρο της υγείας. Χρήση των γενόσημων φαρμάκων ως μέτρο παρέμβασης*, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 19, 3, 219-236
- Ζορμπάς, Σ. (2021, 3 Ιουλίου). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία. *Ελληνικό Δίκτυο Φροντιστών ΕΠΙΟΝΗ*. Ανακτήθηκε από <https://epioni.gr/2469/>
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση: Αθήνα
- Ίδρυμα Μποδοσάκη. (2022). *Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στον 21^ο Αιώνα*. Αθήνα: Ίδρυμα Μποδοσάκη
- Ιλαρίδου, Α. (2021, 6 Νοεμβρίου). Η ψυχοσωματική και συναισθηματική φύση του θηλασμού. *Pillow Fights*. Ανακτήθηκε από <https://www.pillowfights.gr/psixaki-kai-psixoula/h-psuxosvmatikh-kai-sunaisthmatikh-fush-tou-thhlasmou/>
- Καλαντζής, Γ. (2023). *Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και Μετα-ανθρωπισμός*. (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/53937>
- Καλόγνωμου, Ε.Α. (2006). *Αειφόρος ανάπτυξη σε αστικές περιοχές: Ολοκληρωμένη αποτίμηση του προβλήματος ποιότητας αέρα*. (Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/25177#page/1/mode/2up>
- Καλόγνωμου, Ε.Α. (2006). *Αειφόρος ανάπτυξη σε αστικές περιοχές: Ολοκληρωμένη αποτίμηση του προβλήματος ποιότητας αέρα*. (Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/25177#page/1/mode/2up>

- Καραγιαννοπούλου, Μ. (2021). *Κλιματική αλλαγή και οι επιπτώσεις της στη Δημόσια Υγεία*. (Διδακτορική διατριβή, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://www.didaktorika.gr/eadd/bitstream/10442/49536/1/49536.pdf>
- Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων. (2024). Πανελλήνιο Πρόγραμμα για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και της Μικροβιακής Αντοχής. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2024 από <http://www.cleoresearch.org/el/work/gripp-snf-el>
- Κοντοπίδου, Φ., Καραϊσκού, Α., Καστελλάνου, Ε., Βαλκάνου, Ε., Ζαφειρίδης, Χ., Λιάκου, Ε., Καμπράγκου, Ε.. (2019). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στην Ελλάδα στο Πλαίσιο της Ενιαίας Υγείας 2019-2023*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων & Υπουργείο Περιβάλλοντος και Ενέργειας
- Κούζης, Α. (1939). *Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών - Εκατονταετηρίς 1837-1937 – Γ' Ιστορία της Ιατρικής Σχολής*. Αθήνα: Τύποις «Πυρσού»
- Κουλμπίντα, Ν. (2020). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και στην Δημοκρατία της Μολδαβίας*. (Μεταπτυχιακή διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα) Ανακτήθηκε από <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2917519/theFile>
- Κουλούρη, Φ., Μαρής, Γ. (2024). *Εξευρωπαϊσμός και Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση την Εποχή της Πανδημίας Covid-19. Η Περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. *Περιφέρεια*, 17(1), 65–93. ανακτήθηκε από <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/periphery/article/view/37717>
- Κουρής, Γ. (2023). *Εκθέσεις εμπειρογνομόνων για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα (1920-2004). Κοινωνικές συνθήκες και πολιτική πραγματικότητα των μεταρρυθμίσεων*. (Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://www.didaktorika.gr/eadd/bitstream/10442/54532/1/54532.pdf>
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006). *Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1, 35-67. Ανάκτηση από https://www.researchgate.net/publication/246044242_Oi_Peripeteies_ton_Metarrythmiseon_tou_Ellenikou_Systematos_Ygeias_mia_Istorike_Episkopese
- Κωστάρα, Σ. (2024, 26 Απριλίου). Παρουσίαση του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης «Προλαμβάνω». *Liberal*. Ανακτήθηκε από <https://www.liberal.gr/ygeia/paroysi-asi-toy-ethnikoy-programmatos-prolipsis-prolambano>

- Λαμπρίδη, Μ. & Μελλιού Χ. (2015). Η Γέννηση και η εξέλιξη της Βιώσιμης Ανάπτυξης. Σε Γονιάδης, Γ. & Λαμπρίδη Μ. (Επιμ.). *Εισαγωγή στη Βιώσιμη Ανάπτυξη*.
- Λέκα, Α.Κ. (2012). *Περιβαλλοντική αστική βιωσιμότητα σε μεσαίας κλίμακας παράκτιες πόλεις. Προσέγγιση με περιβαλλοντικούς δείκτες*. (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/28513#page/1/mode/2up>
- Λιάκος, Α. (1993). *Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*. Αθήνα: Νεφέλη
- Λιαρόπουλος, Λ. (1992). *Πολιτική Υγείας: Το νομοσχέδιο Δοξιάδη, Ιατρική, 61*, 367-371
- Λοπατατζίδης, Α., (1999). Δημόσια Υγεία - Επιδημιολογία. Σε Αγραφιώτης, Δ. (Επιμ.), *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Μακρίδης, Ν. (1933). *Αι υπηρεσίαι υγιεινής εν Ελλάδι: από της ιδρύσεως του ελληνικού Βασιλείου μέχρι των ημερών μας*. Αθήνα: Τυπογραφικά Καταστήματα Αδελφών Γεράρδων
- Μαλαγαρδής, Α. (1932). *Κώδηξ Θέμιδος 1821-1931. Θέμιδος Κώδηξ εκατονδεκαετίας ήτοι γενική κωδηκοποίησης ολοκλήρου της ισχυρούσης Ελληνικής Νομοθεσίας από της συστάσεως του Ελληνικού Κράτους μέχρι σήμερα*. Αθήνα: Ζαχαρόπουλος Ιωάννης-Δαίδαλος.
- Μαστρογιάννης, Ι. (1960). *Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδος (1821-1960)*. Αθήνα: Χωρίς εκδοτική.
- Μαυρίκου-Γιαννάκου, Μ. (2021). *Σχεδιασμός Πολιτικών Δημόσιας Υγείας*. (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://www.didaktorika.gr/eadd/bitstream/10442/50408/1/50408.pdf>
- Μπαμπάτσου, Χ.Α. (2009). *Η βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη υπό το πρίσμα της νεοκλασικής οικονομικής θεωρίας και της οικολογικής οικονομικής*. (Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/23420#page/1/mode/2up>
- Μπαρλαγιάννης, Θ. (2022). *Ιατρική ιστορία της Επανάστασης του 1821. Οι απαρχές της συγκρότησης της ελληνικής δημόσιας υγείας 1790-1831*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
- Μπαρμπόπουλος, Ν. (2002). *Προς τη βιώσιμη κινητικότητα στην Ευρωπαϊκή πόλη- Αποτίμηση πολιτικών και προσέγγιση μεθοδολογίας σχεδιασμού αστικών μεταφορών*. (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/13569#page/1/mode/2up>

Μωυσίδης, Α., Σακελλαρόπουλος, Σ. (2010). *Η Ελλάδα στον 19ο & 20ο αιώνα. Εισαγωγή στην Ελληνική Κοινωνία*. Αθήνα: Τόπος

Νόμος 4169/1961 (ΦΕΚ 81/Α/18.05.1961). Περί Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων

Νόμος 1278 (ΦΕΚ Α/105/31.8.1982). Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. Ανακτήθηκε από https://www.kodiko.gr/nomologia/download_fek?f=fek/1982/a/fek_a_105_1982.pdf&t=48e4e7a8cba8841360ab312917f5adf4

Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ Α/143/7.10.198). Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ανακτήθηκε από <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/283774/nomos-1397-1983>

Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/15.7.1992). Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. <https://www.venizeleio.gr/wp-content/uploads/2017/06/2071-1992-1.pdf>

Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34/16.03.1994.) Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/220371/nomos-2194-1994>

Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ Α/165/21.8.1997) Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/206122/nomos-2519-1997>

Νόμος 2882/1922 (ΦΕΚ 122/22.08.1922). Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζομένου εις Υπουργείον Υγιεινής και Προνοίας.

Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ Α/37/2.3.2001). Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/46458/nomos-2889-2001#google_vignette

Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ Α/31/2.3.2011). Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις <https://www.taxheaven.gr/law/3918/2011>

Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ Α/38/17.2.2014). Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. Ανακτήθηκε από <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/79167/nomos-4238-2014>

Νόμος 4461/2017 (ΦΕΚ 38/28.3.2017). Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις. Ανακτήθηκε από <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/256244/nomos-4461-2017>

- Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ Α/115/07.08.2017). Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Ανακτήθηκε από <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/274963/nomos-4486-2017>
- Νόμος 4564/2018 (ΦΕΚ Α/170/21.09.2018). Κύρωση της Σύμβασης Δωρεάς μεταξύ του Ιδρύματος «Κοινοφελές Ίδρυμα Σταύρος Σ. Νιάρχος» και του Ελληνικού Δημοσίου για την ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών στον τομέα της Υγείας και άλλες διατάξεις. Ανακτήθηκε από <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/390844/nomos-4564-2018>
- Νόμος 4600/2019 (ΦΕΚ Α/43/09.03.2019). Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις. Ανακτήθηκε από <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/501691/nomos-4600-2019>
- Νόμος 4633/2019 (ΦΕΚ Α/161/16.10.2019). Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/567597/nomos-4633-2019>
- Νόμος 4675/2020 (ΦΕΚ Α/54/11.03.2020). Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/607247/nomos-4675-2020>
- Νόμος 4715/2020 (ΦΕΚ Α/149/01.08.2020). Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Ίδρυση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. <https://www.taxheaven.gr/law/4715/2020>
- Νόμος 4850/2021 (ΦΕΚ Α/208/5.11.2021.) Οδηγώντας με ασφάλεια: Εκσυγχρονισμός πλαισίου εκπαίδευσης και εξέτασης υποψήφιων οδηγών και οδηγών για τη χορήγηση αδειών οδήγησης οχημάτων, διατάξεις σχετικά με την οδήγηση ατόμων με αναπηρία, ρυθμίσεις για την ταξινόμηση και την κυκλοφορία οχημάτων ιστορικού ενδιαφέροντος, λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υποδομών και Μεταφορών και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/756782/nomos-4850-2021>
- Νόμος 4865/2021 (ΦΕΚ Α' 238/4.12.2021). Σύσταση και οργάνωση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας», στρατηγική κεντρικών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πρόνοια. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/762542/nomos-4865-2021>

- Νόμος ΩΠΘ/1880 (ΦΕΚ Α/4/12.01.1881). Περί επικούρων ιατρών, φαρμακοποιών και νοσοκόμων. Ανακτήθηκε από <https://raptarchis.gov.gr/thema/ethniki-amyna-stratos-xiras/ygeionomiki-ypiresia-stratoy/thema-v-ygeionomiko-soma/>
- Οικονομικό και κοινωνικό συμβούλιο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (2016). Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. Ανακτήθηκε από <https://ggim.un.org/knowledgebase/KnowledgebaseArticle51479.aspx>
- Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (1945). Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών και Καταστατικό του Διεθνούς Δικαστηρίου. Ανακτήθηκε από <https://unric.org/el/%CF%87%CE%B1%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%83-%CE%BF%CE%B7%CE%B5/>
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (1992). *Διάσκεψη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη, Ρίο Ντε Τζανέιρο, Βραζιλία, 3 με 14 Ιουνίου 1992, Agenda 21*. Νέα Υόρκη: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. Ανακτήθηκε από <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Agenda21.pdf>
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (2013). *World leaders renew commitment to anti-poverty targets, agree to adopt new development Goals at 2015 Summit*. Παρουσίαση στο United Nations Private sector forum. Ανακτήθηκε από https://d306pr3pise04h.cloudfront.net/docs/news_events%2FSummit_2013%2FQuickMobile%2FPSF_2013commitments.pdf
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (2015). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Ανακτήθηκε από <https://www.un.org/en/conferences/environment/newyork2015>
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (2020). *The Sustainable Development Goals Report 2020*. United Nations Publications, Νέα Υόρκη.
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (2023α). Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης: 17 στόχοι για να αλλάξουμε τον κόσμο μας. Ανακτήθηκε από <https://unric.org/el/17-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%87%CE%BF%CE%B9-%CE%B2%CE%B9%CF%89%CF%83%CE%B9%CE%BC%CE%B7%CF%83-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B7%CF%83/#>

- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (2023β). What Is Goal 1 – No Poverty. Ανακτήθηκε από https://www.un.org/sustainabledevelopment/wp-content/uploads/2023/09/Goal-1_Fast-Facts.pdf
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (2023γ). Στόχος 6 – Καθαρό νερό και αποχέτευση. Ανακτήθηκε από <https://unric.org/el/%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%87%CE%BF%CF%83-6-%CE%BA%CE%B1%CE%B8%CE%B1%CF%81%CE%BF-%CE%BD%CE%B5%CF%81%CE%BF-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%87%CE%B5%CF%84%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7/>
- Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. (2021). Χώρος Εποπτευόμενης Χρήσης "STEKI 46". Ανακτήθηκε από <https://www.okana.gr/el/services/meiosi-blabis/horos-epopteyomenis-hrisis-steki-46>
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2019). Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ – Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019. Παρίσι: OECD Publishing, Βρυξέλλες: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ως οργανισμός φιλοξενίας και γραμματεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας)
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2021). *Greece: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*. Παρίσι: OECD Publishing, Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας.
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2023). *Greece: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. Παρίσι: OECD Publishing, Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018). *Facing the future: opportunities and challenges for 21st-century public health in implementing the Sustainable Development Goals and the Health 2020 policy framework*. Κοπεγχάγη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Ανακτήθηκε από <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2000). *The World health report 2000*. Γενεύη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2007). *Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes*. Γενεύη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Γενεύη: WHO Press. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01>

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2009). *The financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. Geneva, Switzerland, 19 January 2009. Παρουσίαση στο συνέδριο the high-level consultation on the financial crisis and global health. Ανακτήθηκε από https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70440/WHO_DGO_2009.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2010). *Key Components of a Well Functioning Health System*. Γενεύη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. 1998. *Programme on Mental Health: WHOQOL User Manual*. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- Παναγιωτόπουλος, Ν., Καρατζά, Α., Παπαβασιλείου, Λ., (2020). *Οικονομική ανάπτυξη και ευτυχία των Πολιτών – Ανθρώπινη ανάπτυξη και η θέση της Ελλάδας στον διεθνή χώρο – Ενδιάμεση Έκθεση*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων. (2024). *Μεγάλη έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ σε 29 νοσοκομεία και 14 κέντρα υγείας της Βορείου Ελλάδας με τα προβλήματα σε προσωπικό και υποδομές*. Παρουσίαση στην 88^η Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης
- Πάτρας, Λ. (1970). *Εισήγησις επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας*. Αθήνα: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Πεχλιβανίδου, Π. (2017). *Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Προβλήματα και προοπτικές*. (Μεταπτυχιακή διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/20105/3/PechlivanidouParthenaMsc2017.pdf>
- Πολιτικό Φόρουμ Υψηλού Επιπέδου. (2022). High-Level Political Forum 2022 - Under the auspices of ECOSOC. Ανακτήθηκε από <https://hlpf.un.org/2022>
- Πράπα, Π., Φακή, Μ. (2009). *Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγείας»*. *Info Respiratory*, 51, 40-42. Ανακτήθηκε από https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf
- Πρόγραμμα Προλαμβάνω. (2024). Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ. Ανακτήθηκε από <https://proliptikes.gov.gr/>
- Προεδρία της Κυβέρνησης. (2022). *Voluntary National Review 2022 on the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.

- Ράλλη, Ι. (2019). Δημόσια υγεία στην Αθήνα κατά την περίοδο 1870-1920. (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/46335>
- Ρομπόλης, Σ. (1997). Ενιαίος φορέας υγείας: Από τον κρατικό έλεγχο της προσφοράς στον κρατικό έλεγχο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Σε Κυριόπουλος, Γ., Σισσουράς, Α. (Επιμ.) *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Σαραφίδου, Ε. (2024). *Η δημόσια υγεία κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης – νομικές και κοινωνιολογικές επιπτώσεις*. (Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/46335>
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σιάρκος, Μ. (2016, 5 Μαΐου). Πρωτόκολλο συνεργασίας υπουργείου Προστασίας του Πολίτη και ΟΚΑΝΑ. *DNews*. Ανακτήθηκε από <https://www.dnews.gr/dhmosio/107659/protokollo-synergasias-ypourgeiou-prostasias-tou-politi-kai-okana>
- Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση και Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (2016). Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C202/01.
- Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση. (2001). Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 92/C 191/01.
- Τάσσης Χ. Δ. (2015). Πάνος Καζάκος, Από τον ατελή εκσυγχρονισμό στην κρίση. Μεταρρυθμίσεις, χρέη και αδράνειες στην Ελλάδα (1993-2010). *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 27, 198–204. doi:10.12681/sas.815
- Τσιτσάνης, Σ. (2023). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης 2008-2017 στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (διαρθρωτικές αλλαγές στις δαπάνες υγείας). (Μεταπτυχιακή διατριβή, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα). Ανακτήθηκε από https://polynoe.lib.uniwa.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4312/Tsitsanis_21033.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. (1981). Το νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της υγείας». Αθήνα: Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Υπουργείο Υγείας – Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας. (2021α). Εθνικό Σχέδιο Δημόσιας Υγείας 2021-2025. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας
- Υπουργείο Υγείας. (2019). Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022. Ανακτήθηκε από <https://socialpolicy.gr/2019/06/%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C->

[%CF%83%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF-%CE%B4%CF%81%CE%AC%CF%83%CE%B7%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CF%8C%CF%83%CE%B9%CE%B1-%CF%85.html](#)

Υπουργείο Υγείας. (2021β). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025. Ανακτήθηκε από <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/8776-ethniko-sxedio-drashs-gia-th-dhmosia-ygeia-2021-2025>

Υπουργείο Υγείας. (2023). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας

Υπουργείο Υγείας. (2024). Σχέδιο δράσης για τη λοίμωξη από ιό του δυτικού Νείλου. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας
Γενική Διεύθυνση Δημοσίας Υγείας και Ποιότητας ζωής Διεύθυνση Δημοσίας Υγείας και Υγιεινής Περιβάλλοντος Τμήμα Μεταδοτικών Νοσημάτων. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/noshmata-poy-metadidontai-me-diabibastes-ndash-koynoyopia/12254-sxedio-drashs-gia-th-loimwksh-apo-io-toy-dytikoy-neiloy>

Υπουργείο Υποδομών και Μεταφορών. (2022). Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Οδικής Ασφάλειας – Ελλάδα 2030. Αθήνα: Υπουργείο Υποδομών και Μεταφορών. Ανακτήθηκε από <https://www.nrso.ntua.gr/nrss2030/wp-content/uploads/2022/10/NationalRoadSafetyStrategicPlan.pdf>

Υπουργική Απόφαση 9692/2021 (ΦΕΚ Β/585/12.02.2021) Σύσταση Εθνικού Μητρώου Ασθενών Παιδικής Ηλικίας με Νεοπλασματικά Νοσήματα σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 83 του ν. 4600/2019 (Α΄ 43). Ανακτήθηκε από <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/671175/yp.-apofasi-9692-2021>

Υφαντόπουλος, Γ. (2003). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω/Δαρδανός

Φιλαλήθης, Α., Φωτόπουλος, Α., Τρομπούκης, Κ. (2020). *Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Ιατρική. Η ιστορία και η σημειολογία του όρου*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3), 395–405.

Φωτόπουλος, Α. (2020, 4 Φεβρουαρίου). Κέντρο Ημέρας: Δωρεάν υποστήριξη για ασθενείς με καρκίνο. *Έθνος*. Ανακτήθηκε από <https://www.ethnos.gr/health/article/86530/kentrohmerasdoreanyposthrixhgiaastheneismekarkino>

Χαντζάρας, Α. (2021). *Κοινωνικοοικονομικές διαστάσεις των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα: οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης*. (Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιον Αθηνών, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από <http://hdl.handle.net/10442/hedi/49202>