

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας:

*«Φτώχεια και ανισότητες στην υγεία σε συνθήκες πανδημίας
στην Ελλάδα και στην ΕΕ.»*

Συγγραφέας:

Γκιούρου Μαρία
Αρ. Μητρώου: 21016

Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ. Χρυσάκης Εμμανουήλ

Αθήνα, Μάρτιος 2023

UNIVERSITY OF
West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Title:

*«Poverty and health inequalities in a pandemic situation
in Greece and in E.U.»*

Student name and surname:

Gkiourou Maria
Registration Number: 21016

Supervisor name and surname:

Dr. Chrysakis Emmanouil

Athens, March 2023



Τίτλος εργασίας

**«Φτώχεια και ανισότητες στην υγεία σε συνθήκες πανδημίας
στην Ελλάδα και στην ΕΕ.»**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΧΡΥΣΑΚΗΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ	
2	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	
3	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Γκιούρου Μαρία του Λουκά, με αριθμό μητρώου 21016 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Γκιούρου Μαρία

Ο Επιβλέπον Καθηγητής



Δρ. Χρυσάκης Εμμανουήλ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών « Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες, στους καθηγητές και τους συνεργάτες του προγράμματος για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, η οποία υπήρξε πάντα ένα ανεκτίμητο στήριγμα για μένα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πανδημία COVID-19 προκάλεσε μια άνευ προηγουμένου αναστάτωση σε παγκόσμιο επίπεδο και ανέδειξε σημαντικές ελλείψεις στα συστήματα υγείας, αλλά και στους κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας αναδείχθηκε η ανάγκη για τη στήριξη των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, οι οποίες πλήττονταν περισσότερο από τις συνέπειες, τις οποίες προκάλεσε η πανδημία, συμπεριλαμβανομένων των ανισοτήτων στην Υγεία.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στον προσδιορισμό της συσχέτισης της COVID-19 σε σχέση με τη φτώχεια και τις ανισότητες στην Υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Επίσης, στην εργασία διερευνώνται οι ελληνικές και οι ευρωπαϊκές πολιτικές για τη μείωση των ανισοτήτων και της φτώχειας στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Μέθοδος: Στην παρούσα εργασία διεξάγεται βιβλιογραφική επισκόπηση με σκοπό τον εντοπισμό και την ανάλυση των επιστημονικών πηγών για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Στην εργασία κατά κύριο λόγο αξιοποιήθηκαν πηγές της τελευταίας τριετίας καθότι σκοπός μας είναι να αποτυπώσουμε τις συνέπειες της πανδημίας στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού που ζουν σε συνθήκες οριακής φτώχειας και αντιμετωπίζουν ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβαση τους σε δομές και υπηρεσίες υγείας.

Αποτελέσματα: Η βιβλιογραφική επισκόπηση, βασισμένη σε πρόσφατες μελέτες, ανέδειξε τη διεύρυνση των ανισοτήτων στην Υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς και την αύξηση του κινδύνου φτώχειας, κυρίως για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Συμπεράσματα: Η ανάδειξη των ανισοτήτων στην Υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας καθιστά επιτακτική την ανάγκη για συνεργασία και αλληλουποστήριξη μεταξύ των πληγέντων από την πανδημία χωρών, την ενδυνάμωση και ενίσχυση των συστημάτων Υγείας και την ανάγκη για επιπλέον δράση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Λέξεις – κλειδιά

Πανδημία, COVID-19, φτώχεια, ανισότητες στη Υγεία, ευάλωτες ομάδες.

ABSTRACT

Background: COVID-19 pandemic caused an unprecedented disruption at a global level and highlighted significant deficiencies in health systems, as well as in social institutions and welfare and social care services. The pandemic raised the need to support vulnerable groups of the population, who were most affected by the consequences caused by the pandemic, including health inequalities.

Purpose: Present study aims to determine the correlation of COVID-19 in relation to poverty and health inequalities during the pandemic in Greece and Europe. Also, the work explores the Greek and European policies for the reduction of inequalities and poverty in the vulnerable groups of the population.

Methods: In this work, a bibliographic review is conducted to identify and analyze the scientific sources to answer the research questions. The work mainly used sources from the last three years as our aim is to capture the consequences of the pandemic on the vulnerable groups of the population who live in conditions of borderline poverty and face inequalities in terms of their access to health structures and services.

Results: The literature review, based on recent studies, highlighted the widening of inequalities in Health during the pandemic, as well as the increase in the risk of poverty, especially for vulnerable groups of the population.

Conclusions: Highlighting inequalities in Health during the pandemic makes cooperation and mutual support between countries affected by the pandemic imperative, as well as the strengthening and reinforcement of Health systems and the need for additional action at the European level.

Keywords

Pandemic, COVID-19, poverty, health inequalities, vulnerable groups.

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή.....	7
Βιβλιογραφική επισκόπηση.....	12
Κεφάλαιο 1: Ορισμοί	12
1.1 Φτώχεια: ορισμός και μέτρηση	12
1.1.1 Η πολυδιάστατη και η πολύπλοκη φύσης της φτώχειας.....	14
1.2 Ορισμός “ευάλωτες ομάδες πληθυσμού”	16
1.3 Ορισμός: ανισότητες στην υγεία	18
Κεφάλαιο 2: Βασικές θεωρίες	21
2.1 Εξηγώντας τις ανισότητες στην υγεία: προσδιοριστικοί παράγοντες	21
2.2 Οι ανισότητες στην υγεία υπό το πρίσμα τεσσάρων θεωρητικών τοποθετήσεων.....	22
2.2.1 Οι ανισότητες στην υγεία υπό το πρίσμα της νεοματεριλιστικής θεωρίας	24
Κεφάλαιο 3: Στατιστικά στοιχεία για τον κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού την περίοδο της πανδημίας	25
3.1 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ευρώπη	26
3.1.1 Η έρευνα της Eurostat 2021 για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	27
3.1.2 Στατιστικές μελέτες για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ευρώπη σε συνθήκες πανδημίας	33
3.2 Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα - φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός.....	37
3.2.1 Η έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ 2021 για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα σε συνθήκες πανδημίας	37
3.2.2 Στατιστικές μελέτες για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα σε συνθήκες πανδημίας.....	47
Κεφάλαιο 4: Ευρωπαϊκές πολιτικές για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	50
4.1 Οι ανισότητες στο τομέα της υγείας τον καιρό της πανδημίας.....	50
4.1.1 Σύντομη ιστορική ανασκόπηση των ανισοτήτων στην υγεία κατά την διάρκεια προηγούμενων πανδημιών ανά τον κόσμο	52
4.2 Ομάδες πληθυσμού που βιώνουν ανισότητες πρόσβασης στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας	54
4.3 Η μείωση των ανισοτήτων στην Ευρώπη την εποχή της πανδημίας υπό το πρίσμα των 17 στόχων της βιώσιμης ανάπτυξης (ΣΒΑ).....	56
4.4 Πολιτικές-δράσεις Ευρώπης για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία τον καιρό της πανδημίας.....	60
4.4.1 Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.....	63
4.4.2 Ευρωπαϊκή χρηματοδότηση	64
4.4.3 Πρόγραμμα EU4Health 2021-2027 – ένα όραμα για μια πιο υγιή Ευρωπαϊκή Ένωση	65

4.4.4 Κοινή Δράση για την Ισότητα της Υγείας στην Ευρώπη (JAHEE).....	65
Κεφάλαιο 5: Το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας στη διάρκεια της πανδημίας.....	67
5.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας κατά το ξέσπασμα της πανδημίας	67
5.2 Οι προκλήσεις για το ελληνικό σύστημα υγείας κατά το ξέσπασμα της πανδημίας	68
5.3 Φτώχεια, ανισότητες, μετανάστες και αιτούντες άσυλο κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα	70
Κεφάλαιο 6: Ελληνικές πολιτικές για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	73
6.1 Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα.....	73
6.2 Η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος κατά τη διάρκεια της πανδημίας	75
6.3 Πρόσβαση μεταναστών και προσφύγων σε Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα	76
6.4 Η ζωή στην πανδημία: Κοινωνική απομόνωση και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία	78
6.5 Η εθνική στρατηγική για τη μείωση της φτώχειας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19	80
6.5.1 Η εθνική στρατηγική για τη μείωση της φτώχειας πριν το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19	81
6.5.2 Η εθνική στρατηγική για την εξάλειψη της φτώχειας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19	82
6.5.3 Επικαιροποίηση της «Εθνικής Στρατηγικής για τη Μείωση της Φτώχειας 2022»	84
6.6 Το εθνικό σχέδιο για τη δημόσια υγεία σε περίοδο πανδημίας	86
6.6.1 Το εθνικό σχέδιο για τη δημόσια υγεία πριν το ξέσπασμα της πανδημίας	86
6.6.2 Το εθνικό σχέδιο για τη δημόσια υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	87
6.7 Οι επιπτώσεις των μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας	90
Κεφάλαιο 7: Ο ρόλος του κράτους πρόνοιας στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία	94
7.1 Τι είναι το κράτος πρόνοιας/τύποι κρατών πρόνοιας στην Ευρώπη	94
7.2 Κράτη πρόνοιας και πολιτικές υγείας.....	96
7.3 Ο εξευρωπαϊσμός των κρατών πρόνοιας στο πλαίσιο της κρίσης της πανδημίας για τη μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων στην υγεία	98
Συμπεράσματα	102
Προτάσεις	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	109

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Ομάδες Στόχοι της ΕΣΚΕ 2021-2027.....	83
Εικόνα 2. Το πενταετές Εθνικό Σχέδιο Δημόσιας Υγείας 2021-2025.....	89

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Κράτη πρόνοιας στην Ευρώπη.....96

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Άτομα αντιμέτωπα με τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης ανά τύπο κινδύνου για το έτος 2021.....	29
Γράφημα 2. Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης	40
Γράφημα 3. Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας, στέρηση και χαμηλή ένταση εργασίας	40
Γράφημα 4. Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας.....	41
Γράφημα 5. Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω σε κίνδυνο φτώχειας κατά επίπεδο.....	43
Γράφημα 6. Βάθος (χάσμα) κινδύνου φτώχειας: 2005, 2008-2021.....	45

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Άτομα που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης το έτος 2021 στις χώρες της ΕΕ.....	30
Διάγραμμα 2. Ποσοστό ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης στην ΕΕ το 2021.....	31
Διάγραμμα 3. Άτομα που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό για νοικοκυριά με ή χωρίς εξαρτώμενα παιδιά,2021.....	33
Διάγραμμα 4. Μέση απώλεια εισοδήματος από την εργασία μετά το lockdown.....	34
Διάγραμμα 5. Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ανά Περιφέρεια: 2021.....	42
Διάγραμμα 6. Ποσοστό κινδύνου φτώχειας.....	44
Διάγραμμα 7. Μεταβολή του μέσου ισοδύναμου ατομικού διαθέσιμου εισοδήματος: 2009-2021.....	46

Εισαγωγή

Οι ανισότητες που παρατηρούνται στον τομέα της υγείας εδώ και δεκαετίας έχουν ως αποτέλεσμα την ύπαρξη αδικιών μεταξύ διάφορων ομάδων του πληθυσμού σε θέματα που έχουν να κάνουν με την υγεία τους. Αυτό σημαίνει ότι κάποιες ομάδες του πληθυσμού μειονεκτούν όσον αφορά στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε σχέση με άλλα άτομα. Ως εκ τούτου, οι ανισότητες έχουν συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού (π.χ. ομάδες του πληθυσμού που ζουν στα όρια της φτώχειας) (Kirby2020, Kim και συν. 2020).

Οι ανισότητες οξύνθηκαν την εποχή της πανδημίας καθώς τα άτομα με φτωχό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και ιδιαίτερα οι κάτοικοι αστικών και αγροτικών περιοχών όπου ζουν σε υποβαθμισμένες συνθήκες να υποφέρουν περισσότερο από τις επιπτώσεις της πανδημίας (Barba και συν. 2020).

Σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία η πανδημία γέννησε μια σειρά από διακρίσεις που οδήγησαν σε μη ισότιμη πρόσβαση των ατόμων, που έχουν μολυνθεί την COVID-19, στις υπηρεσίες του υγειονομικού συστήματος (Pinik και συν. 2020).

Στόχος της διπλωματικής είναι να εντοπίσει συσχετίσεις της COVID-19 με την φτώχεια και την ανισότητα κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (SouthκαιCossman2020). Όπως έχει φανεί μέχρι τώρα η πανδημία έχει παίξει κριτικό ρόλο στην όξυνση των ανισοτήτων ιδιαίτερα σε επίπεδο περιθάλψης. Αυτό το γεγονός είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό ειδικά αν λάβεις κανείς υπόψιν ότι ανισότητες υπήρχαν και πριν την πανδημία (Mueller και συν. 2020, Pinik και συν. 2020).

Σύμφωνα με προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα (Cloud και Vilson 2020, Mishraκαι συν. 2021, Kawachi 2020) πριν την όξυνση και την ταχεία εξάπλωση της πανδημίας είχαν γίνει προβλέψεις ότι οι άνθρωποι που ζουν στη φτώχεια, και άλλες περιθωριοποιημένες ομάδες θα επωμίζονταν το μεγαλύτερο βάρος λόγω των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας (Kawachi, 2020).

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται και αναλύονται οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας. Συγκεκριμένα αυτοί υποδιαιρούνται σε δομικούς και ενδιάμεσους καθοριστικούς παράγοντες. Οι δομικοί καθοριστικοί παράγοντες

περιλαμβάνουν κυρίως τις διακρίσεις και έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν τους ενδιάμεσους καθοριστικούς παράγοντες, όπως η ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη τη στέγαση και την απασχόληση (Mishra και συν. 2021, Kawachi2020).

Επίσης, σύμφωνα με όλο και περισσότερα διαθέσιμα στοιχεία οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας λόγω των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων. Ενδεικτικά σύμφωνα με τα ευρήματα μιας συγχρονικής μελέτης, που διεξήχθη από τους Rose και συν. (2020) βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών της εθνικότητας, της στέρησης εισοδήματος και των ποσοστών θνησιμότητας από COVID-19 στην Αγγλία. Συγκεκριμένα, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε κοινότητες που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες.

Μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού που έχει υποστεί τις δραματικές συνέπειες της πανδημίας είναι οι άστεγοι. Οι συνθήκες διαβίωσής των αστέγων είναι τριτοκοσμικές (π.χ. ζουν σε καταφύγια ή σε εγκαταλελειμμένα κτίρια) και δεν διαθέτουν οικονομικούς πόρους που μπορεί να τους εξασφαλίσουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Subbaraman 2020, WHO2020). Όπως είναι γνωστό οι συνθήκες διαβίωσης μπορούν να επιταχύνουν την διάδοση της COVID-19 μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού (Alemi και συν. 2020).

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο συγκαταλέγονται επίσης στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, που αντιμετωπίζουν υψηλούς κινδύνους ως συνέπεια της φτώχειας και των ανισοτήτων πρόσβασης στις δομές υγείας (Subbaraman2020). Λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσής τους (π.χ. συνωστισμός σε κατακλυσμούς) είναι δύσκολο να τηρήσουν τα μέτρα δημόσιας υγείας (TsaikaiWilson2020). Αυτό τους εκθέτει δυσανάλογα στον κίνδυνο μόλυνσης από την COVID-19 και οδηγεί σε υψηλότερο ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας στην κοινότητα (Coyal και συν. 2020, Tsai και Wilson2020).

Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω θεωρητικό υπόβαθρο κρίνεται σημαντική η μελέτη των ελληνικών και των ευρωπαϊκών πολιτικών για η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και της φτώχειας κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναφέρει τις συσχετίσεις της COVID-19 σε σχέση με τη φτώχεια και τις ανισότητες στην υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Επίσης, στην εργασία διερευνώνται οι ελληνικές και οι ευρωπαϊκές πολιτικές για τη μείωση των ανισοτήτων και της φτώχειας στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι τα εξής:

- 1) Ποιοι είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες, που σχετίζονται με τη φτώχεια και τις ανισότητες στην υγεία, οι οποίοι αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας;
- 2) Ποιες πολιτικές ανέπτυξε η Ελλάδα για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και της φτώχειας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;
- 3) Ποιες πολιτικές ανέπτυξε η Ευρώπη για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και της φτώχειας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;

Στην παρούσα εργασία διεξάγεται βιβλιογραφική επισκόπηση. Απώτερος στόχος είναι ο εντοπισμός και η ανάλυση διάφορων επιστημονικών πηγών για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Στην εργασία κατά κύριο λόγο αξιοποιήθηκαν πηγές της τελευταίας τριετίας καθότι σκοπός μας είναι να αποτυπώσουμε τις συνέπειες της πανδημίας στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού που ζουν σε συνθήκες οριακής φτώχειας και αντιμετωπίζουν ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβαση τους σε δομές και υπηρεσίες υγείας.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της εργασίας, στο πρώτο Κεφάλαιο γίνονται εννοιολογικές αποσαφηνίσεις του όρου της φτώχειας και των ανισοτήτων στην Υγεία και στη συνέχεια, στο Κεφάλαιο 2, αναλύονται οι βασικές θεωρίες, οι οποίες περιγράφουν τις ανισότητες στην Υγεία. Στο επόμενο Κεφάλαιο παρατίθενται στατιστικά στοιχεία για τον κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού την περίοδο της πανδημίας, στην Ευρώπη και την Ελλάδα, τα οποία προκύπτουν από μελέτες της Eurostat και της ΕΛΣΤΑΤ, αντίστοιχα, με τα συμπεράσματα των δύο στατιστικών ερευνών να επιβεβαιώνονται από μελέτες και άρθρα, τα οποία παρέχουν περαιτέρω αποτελέσματα στατιστικής έρευνας.

Ακολούθως, στο Κεφάλαιο 4 ερευνώνται οι Ευρωπαϊκές πολιτικές, οι οποίες εφαρμόστηκαν για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία κατά τη διάρκεια της

πανδημίας, εστιάζοντας στο ρόλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, στη χρηματοδότηση και σε προγράμματα που σχεδιάστηκαν για την Υγεία, υπό το πρίσμα της επίτευξης όλων των στόχων για τη βιώσιμη ανάπτυξη, όπως το Πρόγραμμα EU4Health 2021-2027.

Στα επόμενα δύο Κεφάλαια περιγράφεται το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας κατά το ξέσπασμα της πανδημίας, αλλά και κατά τη διάρκεια αυτής, δίνοντας έμφαση στις προκλήσεις, τις οποίες έπρεπε να αντιμετωπίσει το ελληνικό σύστημα υγείας, στη φτώχεια, στις ανισότητες, αλλά και στην κατάσταση στην οποία βρέθηκαν οι μετανάστες, οι οποίοι διαβιούσαν σε ακατάλληλες για τη διαφύλαξη της Υγείας συνθήκες. Επιπλέον, στο Κεφάλαιο 6 αναλύονται οι Ελληνικές πολιτικές για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Τέλος, επισημαίνεται ο ρόλος του κράτους πρόνοιας στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, τα κράτη πρόνοιας και οι πολιτικές υγείας, καθώς και η προσπάθεια για εξευρωπαϊσμό των κρατών πρόνοιας στο πλαίσιο της κρίσης της πανδημίας για τη μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων στην υγεία.

Η ανάδειξη του κινδύνου φτώχειας και των ανισοτήτων στην Υγεία για πολλούς ανθρώπους κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθιστά επιτακτική την αναδιάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, ώστε αυτό να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει μελλοντικές παρόμοιες με την πανδημία καταστάσεις, ενώ ταυτόχρονα, επισημαίνεται ότι χρειάζεται να υπάρχει συντονισμός και εποπτεία από την Ευρωπαϊκή Ένωση σε θέματα Υγείας, αλλά και διακρατική συνεργασία και πολιτική.

Στις θεωρητικές και εννοιολογικές προσεγγίσεις, διαπιστώθηκε πολλαπλή χρήση των ίδιων ορισμών και θεωριών και επιλέχθηκε να παρουσιαστεί σαν βιβλιογραφική παραπομπή, η χρονολογικά πρώτη παρουσίαση τους. Αντίθετα δεν θα υπάρχει αναφορά σε θεωρίες και ορισμούς, οι οποίοι αποδείχτηκαν λανθασμένοι ή ξεπεράστηκαν στην πορεία εξέλιξης της επιστημονικής προσέγγισης του εξεταζόμενου θέματος από διάφορους μελετητές. Εξάιρεση θα αποτελέσουν συγκεκριμένες προσεγγίσεις που είχαν διαπιστωμένα μεγάλη συμβολή στην διαχρονική επιστημονική έρευνα.

Συχνά τα αποτελέσματα και οι προτάσεις των μελετών που χρησιμοποιήθηκαν σαν πηγές, ήταν παρόμοια σε πολύ μεγάλο βαθμό, οπότε δεν κρίθηκε σκόπιμο να παρουσιαστούν όλες σαν βιβλιογραφική παραπομπή. Επιλέχτηκαν οι πληρέστερες και περισσότερο συνθετικές από αυτές τις προτάσεις και τα αποτελέσματα και χρησιμοποιήθηκε πάλι το κριτήριο της πρώτης χρονολογικά παρουσίασης.

Σχετικά με το πρόβλημα της μεροληπτικότητας που εντοπίστηκε σε μερικές από τις απόψεις που περιλαμβάνονται στις πηγές, αν αυτές κρίθηκε ότι έπρεπε να παρουσιαστούν λόγω της σημαντικότητας τους, γίνεται σαφής αναφορά στην μεροληπτική θέση του μελετητή και όπου είναι εφικτό, αναφέρονται και οι αιτίες της, ώστε να γίνει εφικτή η παρουσίαση της συγκεκριμένης άποψης και να αξιολογηθεί η συμβολή της στο εξεταζόμενο θέμα.

Βιβλιογραφική επισκόπηση

Κεφάλαιο 1: Ορισμοί

1.1 Φτώχεια: ορισμός και μέτρηση

Η φτώχεια είναι η προφανέστερη πηγή κοινωνικής ανησυχίας, τόσο ως κοινωνικό πρόβλημα από μόνο του όσο και λόγω του αντίκτυπου που μπορεί να έχει στις ευκαιρίες και την ποιότητα ζωής για τα εκάστοτε άτομα (OECD 2013). Οι Gweshengwe και συν. (2020) αναφέρουν ότι η φτώχεια είναι μια από τις καθοριστικές προκλήσεις του 21ου αιώνα. Το 2019, περίπου 1,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι σε 101 χώρες ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας (United Nations Development Programme and Oxford Poverty and Human Development Initiative 2019). Για το λόγο αυτό, η Παγκόσμια Ατζέντα του 2030 για τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης έχει ζητήσει την εξάλειψη όλων των μορφών φτώχειας παντού στον κόσμο (Koehler 2017). Η επιτυχία στην αντιμετώπιση της παγκόσμιας φτώχειας εξαρτάται, μεταξύ άλλων παραγόντων, από την αποτελεσματική ανάλυσή της, η οποία είναι δυνατή μόνο εάν κάποιος έχει ξεκάθαρη κατανόηση των χαρακτηριστικών της (OECD 2013).

Υπάρχει μια ισχυρή σύνδεση μεταξύ της φτώχειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η Διακήρυξη της Βιέννης και το Πρόγραμμα Δράσης της Παγκόσμιας Διάσκεψης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα του 1993 αναφέρει ότι η ύπαρξη εκτεταμένης ακραίας φτώχειας εμποδίζει την πλήρη και αποτελεσματική απόλαυση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η άμεση άμβλυνσή της και η τελική εξάλειψή της πρέπει να παραμείνει υψηλή προτεραιότητα για τη διεθνή κοινότητα (Koehler 2017).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για τον ορισμό και τη μέτρηση της φτώχειας. Οι διαφορές στους ορισμούς και τις μετρήσεις αντιπροσωπεύουν όχι μόνο διαφορετικούς τρόπους συλλογής και ανάλυσης στατιστικών δεδομένων, αλλά επίσης οδηγούν σε ξεχωριστές προσεγγίσεις για την καταπολέμηση της φτώχειας. Η φτώχεια συνήθως μετριέται είτε ως απόλυτη είτε ως σχετική φτώχεια. Και στις δύο περιπτώσεις, ορίζεται ένα όριο φτώχειας και τα άτομα που εμπίπτουν σε αυτό το όριο θεωρούνται φτωχά (Koehler 2017).

Η απόλυτη φτώχεια (ονομάζεται επίσης ακραία φτώχεια) είναι η έλλειψη επαρκών πόρων για την εξασφάλιση βασικών αναγκών ζωής, συμπεριλαμβανομένου, μεταξύ άλλων, ασφαλούς πόσιμου νερού και τροφής. Το όριο της φτώχειας υπολογίζεται

συχνά με βάση το εισόδημα: όταν το εισόδημα ενός ατόμου ή μιας οικογένειας πέφτει κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο, που θεωρείται ως το ελάχιστο που απαιτείται για ένα εύλογο βιοτικό επίπεδο, τότε αυτό το άτομο ή η οικογένεια θεωρείται φτωχό (OECD 2013).

Σε ευρωπαϊκό πλαίσιο, η φτώχεια νοείται γενικά ως σχετική φτώχεια. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι φτωχό όταν δεν διαθέτει επαρκείς οικονομικούς πόρους σύμφωνα με τα διαθέσιμα κοινωνικά αποδεκτά κριτήρια. Ως εκ τούτου, οι άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας βιώνουν κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό και στερούνται της απόλαυσης των θεμελιωδών ατομικών δικαιωμάτων (OECD, 2013).

Σύμφωνα με την κυρίαρχη άποψη της δεκαετίας του 1980, η φτώχεια είχε συνδεθεί με την στέρηση ή την έλλειψη εισοδήματος. Για αυτό εκείνη την περίοδο αναπτύχθηκαν κρατικές πολιτικές για την μείωση της φτώχειας. Ωστόσο, στις μέρες μας κυρίαρχη είναι μια άλλη προσέγγιση για τη μείωση της φτώχειας που έχει συνδεθεί με το δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης. Ο συγκεκριμένος δείκτης συνιστά ένα συγκριτικό μέτρο διαφόρων παραμέτρων, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων. Για παράδειγμα ο εν λόγω δείκτης περιλαμβάνει το προσδόκιμο ζωής, τον αλφαριθμητισμό, την εκπαίδευση, το βιοτικό επίπεδο, την ισότητα των φύλων και την ευημερία των παιδιών. Ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης δημοσιεύεται στις ετήσιες Εκθέσεις Ανθρώπινης Ανάπτυξης που ανατίθενται από το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Ηνωμένων Εθνών (United Nations Development Programme and Oxford Poverty and Human Development Initiative 2019).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η φτώχεια μπορεί να οδηγήσει σε μη ισότιμη πρόσβαση σε θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και έχει συνδεθεί επίσης και με παραβιάσεις των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Για αυτό τα σύγχρονα κράτη έχουν νομικές υποχρεώσεις έναντι των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Οι εν λόγω νομικές υποχρεώσεις είναι απόρροια των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών ανθρώπινων δικαιωμάτων. Σε αυτό το πλαίσιο το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα εξηγεί ότι όλα τα δικαιώματα πρέπει να εκπληρώνονται «*μεμονωμένα και μέσω διεθνούς βοήθειας και συνεργασίας*». Αυτό σημαίνει ότι η ευθύνη δεν βαρύνει μόνο τα κράτη σε εθνικό επίπεδο. Αντίθετα υπάρχει και διεθνής ευθύνη καθότι κρίνεται απαραίτητη η

συνεργασία μεταξύ των κρατών. Επομένως, η εξάλειψη της φτώχειας είναι νομική υποχρέωση και όχι ζήτημα φιλανθρωπίας ή καλής θέλησης των κρατών (Hick 2016).

1.1.1 Η πολυδιάστατη και η πολύπλοκη φύση της φτώχειας

Η φτώχεια έχει πολλαπλές διαστάσεις: οικονομικές (υλικές), κοινωνικές, περιβαλλοντικές και υγειονομικές που αλληλεπιδρούν και ενισχύουν η μία την άλλη (Hick 2016). Η φύση αυτών των διαστάσεων και ο τρόπος με τον οποίο συνδέονται και αλληλοενισχύονται μεταξύ τους περιγράφονται συνοπτικά παρακάτω.

Η οικονομική διάσταση της φτώχειας αναφέρεται σε έλλειψη ή χαμηλό επίπεδο εισοδήματος ή σε εισόδημα κάτω από τον κατώτατο μισθό ή το όριο εισοδήματος-φτώχειας μιας χώρας (Banerjee 2016). Η οικονομική διάσταση της φτώχειας συνεπάγεται έλλειψη πόρων που απαιτούνται ώστε τα άτομα να μπορούν να ζήσουν μια αποδεκτή ζωή, να έχουν ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο ή να καλύψουν βασικές ανάγκες (Hick 2016).

Η υλική διάσταση της φτώχειας συνδέεται άμεσα με τις συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών ή των ατόμων (Terraneo 2017). Υποδηλώνει υλική στέρηση, την έλλειψη ή την κατοχή καταναλωτικών αγαθών χαμηλής ποιότητας (οικιακά περιουσιακά στοιχεία) και υπηρεσιών όπως επίπλα, ραδιόφωνα, τηλεοράσεις, μέσα μεταφοράς, είδη ένδυσης, διατροφή, στέγαση, υπηρεσίες κοινής ωφέλειας και ανέσεις (Gordon 2010).

Η κοινωνική διάσταση της φτώχειας αναφέρεται στην έλλειψη κοινωνικού κεφαλαίου (Ellis 1984). Εξ ορισμού, το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται σε κανόνες κοινωνικού ελέγχου και δίκτυα (σχέσεις) για υποστήριξη και εξασφάλιση παροχών (Ostrom 2009). Θα μπορούσε επίσης να αναφέρεται στους κοινωνικούς πόρους από τους οποίους εξαρτώνται τα νοικοκυριά για τους βιοποριστικούς τους στόχους. Η κοινωνική διάσταση της φτώχειας περιλαμβάνει επίσης περιορισμένη ή καθόλου συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες ή λειτουργίες και την αδυναμία ανάληψης ευθυνών που ενθαρρύνονται ή εγκρίνονται από την κοινωνία (Gordon 2010).

Η περιβαλλοντική διάσταση της φτώχειας αναφέρεται στην φτώχεια που συνδέεται με τη γεωγραφική κατοικία των ατόμων. Για παράδειγμα, τα άτομα που ζουν: (i) σε απομακρυσμένες ή απομονωμένες περιοχές (ii) σε περιοχές με έλλειψη υποδομών και συστημάτων επικοινωνίας· (iii) σε περιοχές που έχουν πληγεί από καταστροφές όπως

πλημμύρες, ξηρασίες και κατολισθήσεις, (iv) και σε περιοχές με έλλειψη καθαρού νερού και ηλεκτρισμού (Narayankai συν. 2000).

Τέλος η διάσταση της φτώχειας για την υγεία αναφέρεται στην κακή υγεία και στην έλλειψη πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (Chen και Pan 2019). Περιλαμβάνει επίσης τον υποσιτισμό, το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, την υψηλή ευπάθεια απέναντι σε ασθένειες, τα υψηλά επίπεδα άγχους και τον αποκλεισμό από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η σχέση μεταξύ των διαστάσεων της φτώχειας δεν είναι γραμμική αλλά κυκλική. Για παράδειγμα, η έλλειψη εισοδήματος θα μπορούσε να προκαλέσει, να διατηρήσει ή να ενισχύσει την υλική στέρηση, την απώλεια κοινωνικού κεφαλαίου και την έλλειψη οικονομικών πόρων, που θα μπορούσαν με τη σειρά τους να τροφοδοτήσουν την οικονομική στέρηση και άλλες διαστάσεις. Η διασύνδεση και η ενισχυτική φύση των διαστάσεων της φτώχειας καθιστούν τη φτώχεια περίπλοκη. Η διάσταση της φτώχειας στην υγεία είναι επίσης διασυνδεδεμένη και ενισχύεται από άλλες διαστάσεις της φτώχειας. Στην Ευρώπη, για παράδειγμα, η κακή υγεία είναι μία από τις βαθύτερες αιτίες άλλων διαστάσεων της φτώχειας (Institute for Research on Poverty, n.d.).

Η φτώχεια παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανάλογα με το φύλο καθότι βιώνεται διαφορετικά από άνδρες και γυναίκες και μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, την κοινωνική ομάδα και το πολιτικό ή οικονομικό πλαίσιο» (Ali-Akrajiak και Pyke 2003). Οι Sen και Begum (2008) υποστηρίζουν την ίδια άποψη στον ισχυρισμό τους ότι οι φτωχοί άνθρωποι μπορούν να διακριθούν ανάλογα με το φύλο, την περιοχή διαμονής, το επάγγελμα, την ιδιοκτησία γης, την εκπαίδευση και την πρόσβαση σε υποδομές. Οι άνθρωποι, που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, επομένως, δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα (Sen και Begum 2008).

Η φύση της φτώχειας που σχετίζεται με το άτομο και το πλαίσιο ζωής του (π.χ. γεωγραφική περιφέρεια διαμονής, φυλή, εθνικότητα, φύλο, κλπ.) επηρεάζει επίσης τη διαδικασία ανάλυσης της φτώχειας. Βοηθά τους αναλυτές για τη φτώχεια να καταγράφουν παραλλαγές της φύσης και της σοβαρότητας της φτώχειας ανάλογα με το εκάστοτε πλαίσιο (Sen και Begum 2008)

1.2 Ορισμός "ευάλωτες ομάδες πληθυσμού"

Στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού ανήκουν τα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακής σωματικής και ψυχολογικής υγείας λόγω κοινωνικών, οικονομικών και άλλων παραγόντων. Οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού έχουν υψηλότερη ευπάθεια απέναντι στην πιθανότητα προσβολής από ασθένεια. Επίσης, οι ευάλωτοι πληθυσμοί μπορεί να είναι λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν ή να ανακάμψουν από τις επιπτώσεις ενός κινδύνου (Cook και συν. 2008).

Το φαινόμενο της ευπάθειας των ομάδων του πληθυσμού, που είναι ευάλωτες, συνιστά ένας ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Το εν λόγω φαινόμενο εντάθηκε την περίοδο της πανδημίας τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες της Ευρώπης (Tountas και συν. 2020). Παρά τις όποιες προσπάθειες της ελληνικής κυβέρνησης αλλά και των κυβερνήσεων των ευρωπαϊκών κρατών μελών η εξάλειψη της φτώχειας και των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας δεν αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά. Ως αποτέλεσμα οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού είχαν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Cook και συν. 2008).

Στους ευάλωτους πληθυσμούς, που βιώνουν ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη ανήκουν οι εθνοτικές μειονότητες, τα ανασφάλιστα, τα παιδιά χαμηλού εισοδήματος, οι ηλικιωμένοι, οι άστεγοι καθώς και άτομα με χρόνια νοσήματα υγείας όπως ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Στους ευάλωτους πληθυσμούς μπορεί επίσης να συμπεριλαμβάνονται και κάτοικοι της υπαίθρου, οι οποίοι συχνά αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Teranno 2017).

Η ευαλωτότητα αυτών των ατόμων χειροτερεύει ανάλογα με τη φυλή, την εθνικότητα, την ηλικία, το φύλο και παράγοντες όπως το εισόδημα και η ασφαλιστική κάλυψη (ή η έλλειψη τους). Τα προβλήματα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης αυτών των ατόμων διασταυρώνονται με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η στέγαση, η φτώχεια και η ανεπαρκής εκπαίδευση (Cook και συν. 2008).

Αν και οι ανάγκες των ιατρικά ευάλωτων πληθυσμών είναι σοβαρές και συχνά απειλητικές για τη ζωή και απαιτούν εκτεταμένες και εντατικές ιατρικές και μη ιατρικές υπηρεσίες, αυτές οι ανάγκες τείνουν να υποτιμώνται ιδιαίτερα σε περιόδους

υγειονομικών και οικονομικών κρίσεων. Σύμφωνα με διαθέσιμα δεδομένα οι άνθρωποι, που ήταν ήδη περιθωριοποιημένοι πριν την εμφάνιση του κορωνοϊού, – όπως οι μετανάστες, οι φτωχότερες κοινότητες και τα άτομα με αναπηρία– επηρεάστηκαν δυσανάλογα από τα lockdown και άλλες μέτρα που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση της κρίσης υγείας. Για παράδειγμα, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες χωρίς έγγραφα θεωρούνται ευάλωτοι λόγω του νομικού τους καθεστώτος στη χώρα όπου ζουν (Tountas και συν. 2020). Χωρίς επίσημα έγγραφα η πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και ιατρικής περίθαλψης ήταν και παραμένει δύσκολη (Teranno, 2017).

Οι τρέχουσες ρυθμίσεις χρηματοδότησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτών των ευάλωτων πληθυσμών (Kondilis και συν. 2021). Ο αριθμός των ευάλωτων πληθυσμών αυξάνεται, όχι μόνο καθώς αυξάνονται οι τάξεις των ανασφάλιστων, αλλά καθώς ο πληθυσμός γερνάει. Σύμφωνα με διαθέσιμα ερευνητικά ευρήματα το χαμηλό εισόδημα, η μη ασφαλιστική κάλυψη υγείας και η έλλειψη τακτικής πηγής φροντίδας είναι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα οι ευάλωτες ομάδες των πληθυσμών να αντιμετωπίζουν ανισότητες κατά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας (Teranno 2017, Kondilis και συν. 2021).

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην ευπάθεια των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού μιας χώρας. Αυτοί οι παράγοντες υπονομεύουν την ικανότητα αυτοπροστασίας, εμποδίζουν ή μειώνουν την πρόσβαση στην κοινωνική προστασία, καθυστερούν ή περιπλέκουν την ανάκαμψη ή εκθέτουν ορισμένες ομάδες σε μεγαλύτερους ή συχνότερους κινδύνους από άλλες ομάδες (Koehler 2017, Kondilis και συν. 2021).

Σε αυτούς τους παράγοντες συγκαταλέγονται: η ταχεία αύξηση του πληθυσμού, η φτώχεια και η πείνα, η κακή υγεία, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, οι πολιτισμικές διαφορές και η έλλειψη πρόσβασης σε πόρους και υπηρεσίες. Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν την έλλειψη πρόσβασης σε πληροφορίες και γνώση και την έλλειψη ευαισθητοποίησης των πολιτών μιας χώρας απέναντι στην ευπάθεια των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Όταν οι άνθρωποι βρίσκονται σε κοινωνικά μειονεκτική θέση ευαλωτότητα τους απέναντι σε συνθήκες κινδύνου, όπως μια πανδημία, επιδεινώνεται περαιτέρω (Koehler 2017).

1.3 Ορισμός: ανισότητες στην υγεία

Η έρευνα για τη δημόσια υγεία βασίζεται σε μια κοινή κατανόηση της «υγείας» και του σχετικού όρου «ανισότητες στην υγεία». Οι διαφορές στον τρόπο κατανόησης και ορισμού αυτών των όρων και στο πώς αυτό μεταφράζεται σε μέτρηση, ανάλυση και ερμηνεία έχουν συζητηθεί στη βιβλιογραφία (Koehler 2017).

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι οι διαφορές και παρατηρούνται στην υγεία κάποιων ατόμων ή πληθυσμιακών ομάδων, λόγω της μη ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας μιας χώρας (McCartney και συν. 2013). Οι φτωχοί και οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκτεθούν σε κινδύνους που σχετίζονται με την μη ισότιμη πρόσβασή τους στον τομέα της υγείας (Huber και συν. 2011). Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας έρχονται σε αντίθεση με τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης. Δεν συμβαίνουν τυχαία ή χωρίς λόγο (World Health Organization 2013). Αντίθετα, καθορίζονται κοινωνικά από συνθήκες σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο του ατόμου. Αυτές οι συνθήκες θέτουν σε μειονεκτική θέση κάποιους ανθρώπους και περιορίζουν την ευκαιρία τους να ζήσουν μακροβιότερη και υγιέστερη ζωή. Η ύπαρξη ανισοτήτων στον τομέα της υγείας σημαίνει ότι συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού δεν απολαμβάνουν το δικαίωμα ίσης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (McCartney και συν. 2013).

Υπάρχουν αποδείξεις ότι κοινωνικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων: της εκπαίδευσης, της εργασιακής κατάστασης, του εισοδήματος, του φύλου και της εθνικότητας έχουν σημαντική επίδραση στο πόσο υγιές είναι ένα άτομο. Σε όλες τις χώρες –είτε χαμηλού είτε μεσαίου είτε υψηλού εισοδήματος– υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην κατάσταση της υγείας των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων (World Health Organization 2013, Kondilis και συν. 2021).

Όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνικοοικονομική θέση ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος κακής υγείας και ο κίνδυνος να έχει άιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με άλλες ομάδες του πληθυσμού. Υπό αυτή την οπτική γωνία οι ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι συστηματικές διαφορές στην κατάσταση της υγείας διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Αυτές οι ανισότητες έχουν σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος τόσο για τα άτομα όσο και για τις κοινωνίες (Murray, Cakidou και Frenk 2013).

Τα οικονομικά και πολιτικά συστήματα μπορούν να επηρεάσουν είτε θετικά είτε αρνητικά την άνιση πρόσβαση κάποιων ομάδων του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας μιας χώρας. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που έχουν γεννηθεί σε περιοχές όπου η φτώχεια είναι υψηλή, μπορεί να έχουν μειωμένη πρόσβαση σε ασφαλή στέγαση, καθαρό νερό, υγιεινή τροφή, εκπαίδευση και ιατρική περίθαλψη - όλα αυτά επηρεάζουν την υγεία. Η προκατάληψη και οι διακρίσεις μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερήσεις στη διάγνωση και στη θεραπεία. Ορισμένες ομάδες μπορεί επίσης να έχουν δυσκολία να γίνουν πιστευτές ή να ληφθούν σοβαρά υπόψη από τους γιατρούς (Murray, Cakidou και Frenk 2013).

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες περιμένουν περισσότερο κατά μέσο όρο για ιατρική περίθαλψη όταν επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών από τους άνδρες. Οι γυναίκες παρουσιάζουν επίσης σημαντικές καθυστερήσεις στη θεραπεία πολλών καταστάσεων (Murray, Cakidou και Frenk 2013).

Η ανισότητα στην υγεία έχει διάφορες αιτίες. Κάποιες από αυτές είναι οι παρακάτω:

- Ο ρατσισμός, ο οποίος κατανέμει περισσότερη δύναμη και πόρους σε μια φυλή έναντι της άλλης, που συνήθως σημαίνει ότι οι ιστορικά περιθωριοποιημένες φυλετικές ή εθνοτικές ομάδες λαμβάνουν λιγότερους πόρους για ίση πρόσβαση στον τομέα της υγείας.
- Ο ταξικισμός, ο οποίος δίνει αθέμιτο πλεονέκτημα σε όσους έχουν πλούτο και κοινωνική θέση.
- Η ξενοφοβία, η οποία δίνει στους μη μετανάστες περισσότερη δύναμη και δικαιώματα από τους μετανάστες (World Health Organization 2013).

Υπάρχουν δύο κύριες προσεγγίσεις για τη μελέτη των ανισοτήτων εντός και μεταξύ των πληθυσμών. Συνηθέστερα, εξετάζουμε τις διαφορές στα αποτελέσματα υγείας σε επίπεδο ομάδας για να κατανοήσουμε τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ένα τέτοιο παράδειγμα που αναδεικνύει διαφορές στα αποτελέσματα υγείας, είναι η σύγκριση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) των φτωχών με αυτόν των πλουσίων. Επειδή η αναγνώριση των διαφορών των κοινωνικών ομάδων στην υγεία είναι απαραίτητη για τη στόχευση των επενδύσεων στις ομάδες, που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση, μια προσέγγιση σε επίπεδο ομάδας μπορεί να υποστηρίξει τη δημιουργία νόμων και προγραμμάτων που επιδιώκουν να εξαλείψουν τις διαφορές, που είναι υπαίτιες για τις ανισότητες (WorldHealthOrganization 2018).

Επειδή οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία διαμορφώνονται από άδικες κατανομές των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, η παρακολούθηση των διαφορών των κοινωνικών ομάδων στην υγεία είναι σημαντική για την παρακολούθηση της κατάστασης της ισότητας σε μια κοινωνία (World Health Organization 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, για παράδειγμα, συνιστά να αναφέρονται οι δείκτες υγείας από ομάδες για τους σκοπούς της παρακολούθησης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Επίσης, η εστίαση στις κοινωνικές ομάδες μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τις τρέχουσες ανισότητες στον τομέα της υγείας σε ένα ιστορικό και πολιτιστικό πλαίσιο, το οποίο παρέχει πληροφορίες για το πώς μπορεί να έχουν προκύψει διαφορές στην υγεία (Murray, Cakidou και Frenk 2013).

Εναλλακτικά, είναι δυνατόν να εστιάσουμε στις διαφορές υγείας μεταξύ των ατόμων, για παράδειγμα, περιγράφοντας το εύρος ή τη διακύμανση ενός δεδομένου μέτρου σε έναν ολόκληρο πληθυσμό. Οι ερευνητές, που μελετούν την παγκόσμια ανισότητα εισοδήματος, έχουν χρησιμοποιήσει αυτήν την προσέγγιση (McCartney και συν. 2013). Σε αντίθεση με την εστίαση στο πώς συγκρίνονται μεταξύ τους οι άνθρωποι από παρόμοιο υπόβαθρο, η διερεύνηση της κατανομής εισοδήματος σε έναν παγκόσμιο πληθυσμό έχει δώσει σημαντικές πληροφορίες για το πόσο άνισα κατανέμονται οι πόροι. Οι ανισότητες υγείας είτε είναι αποτέλεσμα κοινωνικών, εθνοτικών είτε κοινωνικών παραγόντων παρατηρούνται τόσο σε χώρες χαμηλού όσο και υψηλού. Κάθε κοινωνία έχει τους δικούς της μοναδικούς τρόπους διαστρωμάτωσης και διαίρεσης των ανθρώπων σε κοινωνικές ομάδες (World Health Organization 2018).

Κεφάλαιο 2: Βασικές θεωρίες

2.1 Εξηγώντας τις ανισότητες στην υγεία: προσδιοριστικοί παράγοντες

Όταν οι κοινωνικοί επιδημιολόγοι επιχειρούν να εξηγήσουν τις ανισότητες στην υγεία παρέχουν διάφορες αιτιολογίες. Σε αυτό το κεφάλαιο παρέχονται τέσσερις αιτιολογίες-ερμηνείες για την κατανόηση των ανισοτήτων στην υγεία.

Μία αιτιολογία υποδεικνύει ότι οι υλικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στη δημιουργία ανισοτήτων στην υγεία. Οι υλικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την πρόσβαση σε τρόφιμα, στέγαση, κ.α., που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας (Bambra και συν. 2020).

Άλλη μια αιτιολογία για τις ανισότητες στην υγεία επισημαίνει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και ειδικότερα τις διαφορές, που ενυπάρχουν μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Οι επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική υγεία προέρχονται από αισθήματα κοινωνικού αποκλεισμού, διακρίσεων, άγχους και χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης. Οι αρνητικές ψυχολογικές καταστάσεις επηρεάζουν τη σωματική υγεία ενεργοποιώντας τη βιολογική απόκριση του στρες, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένους καρδιακούς παλμούς και αρτηριακή πίεση (Ford και συν. 2021).

Οι διαφορές, που βασίζονται στη συμπεριφορά, όπως οι διατροφικές συνήθειες, αναφέρονται επίσης συχνά ότι συμβάλλουν στις ανισότητες στην υγεία. Έχει βρεθεί ότι συμπεριφορές υγείας συχνά ποικίλλουν μεταξύ των ομάδων και ανάλογα με τα περιβαλλοντικά και τα κοινωνικο-πολιτικά πλαίσια (Garthwaite και συν. 2016).

Άλλη μια αιτιολογία για τις ανισότητες στην υγεία αναφέρει τους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου. Οι βιοϊατρικές εξηγήσεις μπορεί να έχουν τις ίδιες αδυναμίες με τις εξηγήσεις, που βασίζονται στη συμπεριφορά για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, όταν επικεντρώνονται στις επιπτώσεις του κοινωνικού πλαισίου χωρίς να αναγνωρίζουν γιατί οι βιολογικοί παράγοντες κινδύνου ποικίλλουν μεταξύ των πληθυσμών. Οι εξηγήσεις για τις αλληλεπιδράσεις των γενετικών παραγόντων και των γονιδίων με το περιβάλλον είναι επίσης, εν μέρει, βιοϊατρικές στη φύση τους (Graham 2009).

2.2 Οι ανισότητες στην υγεία υπό το πρίσμα τεσσάρων θεωρητικών τοποθετήσεων

Ο Bartley (2016) αναφέρει τέσσερις θεωρίες που χρησιμοποιούνται για την εξέταση των ανισοτήτων στην υγεία: την πολιτισμική-συμπεριφορική, την υλιστική, την ψυχοκοινωνική και τη θεωρία πορείας ζωής (lifecoursetheory).

Η πολιτισμική-συμπεριφορική θεωρία υποστηρίζει ότι η σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής τάξης και υγείας είναι το αποτέλεσμα διαφορών μεταξύ κοινωνικοοικονομικών τάξεων όσον αφορά στη συμπεριφορά τους σε σχέση με θέματα υγείας (π.χ. ποσοστά καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών, διατροφική πρόσληψη, σωματική δραστηριότητα). Τέτοιες διαφορές στη συμπεριφορά υγείας, είναι από μόνες τους αιτίες μειονεκτικής κατάστασης (Fullagar&Pavlidis 2020).

Η υλιστική θεωρία εστιάζει στο εισόδημα και στο τι επιτρέπει το εισόδημα όσον αφορά στην πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες. Οι υλιστικές προσεγγίσεις δίνουν προτεραιότητα στην εξήγηση των ανισοτήτων υγείας, κοιτάζοντας πέρα από τους ατομικούς παράγοντες και εστιάζοντας στον ρόλο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία (Bartley 2016). Οι ψυχοκοινωνικές θεωρητικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται στο πώς κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται η κοινωνική ανισότητα (Bartley 2016). Τέλος, η θεωρητική προσέγγιση της πορείας ζωής συνδυάζει πτυχές των άλλων θεωριών. Οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ κοινωνικοοικονομικών τάξεων είναι αποτέλεσμα των ανισοτήτων που απορρέουν από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την υγεία των ατόμων με την πάροδο των ετών (Bartley 2016).

Τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα (Millett και συν. 2020, Raisi-Estabragh και συν. 2020) για τις ανισότητες στην υγεία κατά την διάρκεια της πανδημίας έρχονται να επιβεβαιώσουν τις παραπάνω θεωρητικές τοποθετήσεις. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι στην Ευρώπη οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες (π.χ. κακές συνθήκες διαβίωσης) εκθέτουν τα άτομα φτωχών κοινωνικών τάξεων σε άνισους κινδύνους μόλυνσης. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, πολλοί άνθρωποι ζούσαν και εργάζονταν σε συνθήκες όπου μετά βίας μπορούσαν να προστατευτούν από μια μόλυνση. Οι κοινωνικά μειονεκτούντες πληθυσμοί που ζουν σε κοινόχρηστα καταλύματα (π.χ.

καταφύγια) θεωρείται επίσης ότι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης. Οι συνθήκες εργασίας μπορεί επίσης να συνδέονται με διαφορετικούς κινδύνους μόλυνσης. Εργαζόμενοι, όπως οι νοσηλευτές ή όσοι εργάζονται στον τομέα της εφοδιαστικής, του λιανικού εμπορίου και των δημόσιων μεταφορών, συνέχισαν να εργάζονται ακόμη και κατά τη διάρκεια της πανδημίας και γενικά ανήκουν σε ομάδες μεσαίου έως χαμηλού εισοδήματος ((Millett και συν. 2020).

Επίσης πρόσφατη έρευνα, που διεξήχθη σε χώρες του ΟΟΣΑ, έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της εισοδηματικής ανισότητας και του αριθμού των θανάτων από τον COVID-19. Μπορούμε να εξετάσουμε διάφορους λόγους για τους οποίους μπορεί να συμβαίνει αυτό. Τα κρούσματα COVID-19 και οι θάνατοι είναι υψηλότερα σε χώρες με υψηλή εισοδηματική ανισότητα, επειδή οι χώρες με υψηλή εισοδηματική ανισότητα βρίσκονται «πιο πίσω» όσον αφορά στην επιτυχημένη αντιμετώπιση της πανδημίας σε σύγκριση με χώρες χαμηλή εισοδηματική ανισότητα. Συνήθως οι χώρες με χαμηλή εισοδηματική ανισότητα έχουν καλύτερα συστήματα υγείας, που δίνουν την δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης στην υγεία (Wildman 2021).

Σε αυτό το πλαίσιο οι Wildman (2021) τόνισαν ότι είναι επιτακτικό οι κυβερνήσεις να λάβουν μέτρα για τον μετριασμό των διαφόρων αρνητικών επιπτώσεων της COVID-19 και την προστασία των ευάλωτων ομάδων, ιδίως λαμβάνοντας υπόψη πολιτικές που μετριάζουν τον οικονομικό αντίκτυπο στα άτομα χαμηλού εισοδήματος (Wang και συν. 2020).

Απαιτείται αυξημένη συνεργασία μεταξύ πολλαπλών επιπέδων και ενδιαφερομένων μερών, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης, μεταξύ διαφορετικών διοικητικών επιπέδων και μεταξύ δημόσιων και μη κυβερνητικών οργανισμών. Επίσης οι τοπικές παρεμβάσεις θα πρέπει να σχεδιάζονται σε συνεργασία με την κοινότητα, ώστε να επιτρέπουν τη λήψη κατάλληλων μέτρων που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των κοινοτήτων. Τέλος τα μέτρα αυτά θα πρέπει να αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητά τους- κατά πόσο δηλαδή συνέβαλλαν στην μείωση των ανισοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση στην υγεία (Wildman 2021).

2.2.1 Οι ανισότητες στην υγεία υπό το πρίσμα της νεοματεριλιστικής θεωρίας

Η νεοματεριλιστική θεωρία υποστηρίζει ότι μια κοινωνία με μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες θα έχει υψηλότερο ποσοστό ατόμων με χαμηλό εισόδημα και, όπως έχει ευρέως αποδειχθεί το ατομικό εισόδημα συνδέεται στενά με τις ατομικές διαφορές στην υγεία και τον υψηλό επιπολασμό (Fullagar&Pavlidis 2020). Σύμφωνα με αυτή την θεωρητική τοποθέτηση οι επιπτώσεις των εισοδηματικών ανισοτήτων στην υγεία είναι συνέπεια ενός συνδυασμού παραγόντων όπως η έλλειψη οικονομικών πόρων (Gravlee 2020).

Η άνιση κατανομή του εισοδήματος είναι αποτέλεσμα ιστορικών, πολιτιστικών, πολιτικών και οικονομικών διαδικασιών. Αυτές οι διαδικασίες επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα οικονομικών πόρων και καθορίζουν τη φύση των δημόσιων υποδομών υγείας (Fullagar & Pavlidis 2020).

Επομένως, η ανισότητα εισοδήματος είναι αποτέλεσμα ενός συνόλου νεοματεριλιστικών συνθηκών που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. Οι στρατηγικές επενδύσεις σε νεοματεριλιστικές συνθήκες μέσω μιας πιο δίκαιης κατανομής των δημόσιων και ιδιωτικών πόρων μπορούν να εξασφαλίσουν τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία αλλά και την βελτίωση της δημόσιας υγείας τόσο σε πλούσιες όσο και σε φτωχές χώρες στον 21ο αιώνα (Gravlee 2020,Fullagar & Pavlidis 2020).

Σύμφωνα με προηγούμενους ερευνητές (Kawachi και συν. 2017, Fullagar & Pavlidis 2020), που έχουν χρησιμοποιήσει τη νεοματεριλιστική θεωρία, έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ της μακροζωίας και του βιοτικού επιπέδου καθότι οι πιο πλούσιοι έχουν πρόσβαση σε πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους φτωχούς.

Κεφάλαιο 3: Στατιστικά στοιχεία για τον κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού την περίοδο της πανδημίας

Στόχος του παρόντος Κεφαλαίου είναι να αναδειχθεί το θέμα των ανισοτήτων στην Υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας και να εντοπιστεί η πιθανή μεταβολή του ποσοστού κινδύνου φτώχειας. Για το σκοπό αυτό εξετάζονται οι στατιστικές μελέτες της Eurostat, (2021) σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και της ΕΛΣΤ, Τ, (2022) σε εθνικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την αύξηση του κινδύνου φτώχειας και την ενίσχυση των ανισοτήτων στην Υγεία, ως συνέπεια της πανδημίας COVID-19.

Στην έρευνα, η οποία διεξήχθη από τη Eurostat, επισημαίνεται ότι για το 2021 η αναλογία των ανθρώπων που βρίσκονταν υπό τον κίνδυνο της φτώχειας ή αντιμετώπιζαν την κοινωνική περιθωριοποίηση, ήταν 1 προς 5. Δεδομένου ότι η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), ανέδειξε με την έρευνά της το σημαντικό αυτό πρόβλημα, παρέχοντας τη δυνατότητα να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις μεταξύ των χωρών, των συστημάτων Υγείας τους και του τρόπου αντιμετώπισης των συνεπειών της πανδημίας, επισημαίνεται η σπουδαιότητα της συνεργασίας των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η από κοινού θεώρηση και αντιμετώπιση κάθε προβλήματος, πολλώ δε μάλλον όταν αυτό αφορά μια πανδημία.

Σε αντίστοιχο ρόλο, η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ), για το έτος 2021, με στοιχεία που αφορούν το έτος 2020, επισήμανε ότι το ποσοστό ατόμων που αντιμετώπισαν τον κίνδυνο της φτώχειας ή την κοινωνική περιθωριοποίηση αυξήθηκε σχεδόν κατά μία μονάδα, από το αντίστοιχο ποσοστό κατά το 2020, το οποίο ήταν 27.4%. Αυτό σημαίνει ότι περίπου τρία εκατομμύρια άνθρωποι που διαβιούν στον Ελλαδικό χώρο, αντιμετώπισαν αυτό τον κίνδυνο κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το ποσοστό ατόμων στην Ελλάδα, που βρέθηκε ότι αντιμετώπισαν τον κίνδυνο της φτώχειας ή την κοινωνική περιθωριοποίηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας, είναι το δεύτερο κατά τάξη μεγέθους ποσοστό των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς την πρώτη θέση καταλαμβάνει η Βουλγαρία (31,7%).

3.1 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ευρώπη

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό του κινδύνου της φτώχειας και της κοινωνικής περιθωριοποίησης είναι η ανεργία, το είδος και η ένταση της εργασίας, αλλά και το εισόδημα του νοικοκυριού. Κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, το ποσοστό των ατόμων που ήταν άνεργοι ανήλθε σημαντικά, η εργασία περιορίστηκε σε διάρκεια και ένταση, τα περισσότερα νοικοκυριά είδαν το εισόδημά τους να μειώνεται, με συνέπεια να αυξηθεί ο κίνδυνος της φτώχειας και κοινωνικής περιθωριοποίησης, γεγονός που βίωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Perugini and Vladisavljević, 2021). Προκειμένου να υπολογιστεί το ποσοστό των ατόμων που ήρθαν αντιμέτωποι με τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης εξετάζονται για την προσμέτρησή τους στα ερευνητικά αποτελέσματα τα άτομα που πληρούν μία εκ των ακόλουθων συνθηκών:

- 1) άτομα που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας, δηλαδή αυτοί που το εισόδημά τους βρίσκεται σε κατώτερη θέση από το όριο του κινδύνου φτώχειας.
- 2) άτομα που στερούνται βασικών υλικών και κοινωνικών αγαθών. Το κριτήριο για να συμπεριληφθεί ένα άτομο σε αυτή την κατηγορία είναι να μη μπορεί να επωμιστεί οικονομικά τα έξοδα που απαιτούνται για την αγορά των μισών εκ των δεκατριών ειδών στέρησης, δηλαδή τουλάχιστον επτά από αυτά. Τα είδη αυτά, τα οποία περιλαμβάνουν έξι είδη που καλύπτουν ατομικές ανάγκες και επτά είδη για τις ανάγκες του νοικοκυριού, έχουν επισημανθεί ως τα αναγκαία και πιο επιθυμητά είδη, ώστε να αποφανθεί κάποιος ότι είναι ικανοποιημένος και έχει το επιθυμητό βιοτικό επίπεδο.
- 3) άτομα που δεν ξεπερνούν τα 65 έτη και τα οποία υποστηρίζουν το νοικοκυριό με μειωμένη ένταση εργασίας, οπότε εργάζονται με χρονική διάρκεια που μπορεί να φτάσει σε ποσοστό 20% σε σχέση με το συνολικό χρόνο που θα μπορούσαν να εργαστούν.

Σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες, οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για φτώχεια ή κοινωνική περιθωριοποίηση είναι οι γυναίκες, οι νεότεροι άνθρωποι, οι άνθρωποι που έχουν επίπεδο μόρφωσης χαμηλότερο από το

δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο και οι άνεργοι. Τα συμπεράσματα αυτά προκύπτουν για όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες.

3.1.1 Η έρευνα της Eurostat 2021 για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Η έρευνα της Eurostat, (2021), ανέδειξε το γεγονός ότι για το έτος 2021 τα άτομα που διαβιούν σε νοικοκυριά, τα οποία έχουν εξαρτώμενα μέλη (παιδιά), και αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της φτώχειας ή της κοινωνικής περιθωριοποίησης, καλύπτουν το 20% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ποσοστό αυτό, το οποίο αντιπροσωπεύει το ένα πέμπτο των ατόμων που ζουν σε κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μειώνεται όταν στο νοικοκυριό δεν υπάρχουν εξαρτώμενα παιδιά.

Το καθεστώς της εργασίας αποτέλεσε σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό παράγοντα, που επίδρασε αρνητικά στον κίνδυνο της φτώχειας ή της κοινωνικής περιθωριοποίησης. Τα αποτελέσματα για το έτος 2021, αναδεικνύουν την αύξηση του ποσοστού ατόμων που αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το οποία για εργαζόμενους ήταν περίπου 11%, για συνταξιούχους διαμορφώθηκε περίπου στο 18,5 %, και για τους άνεργους κορυφώθηκε φτάνοντας το 64,5 %.

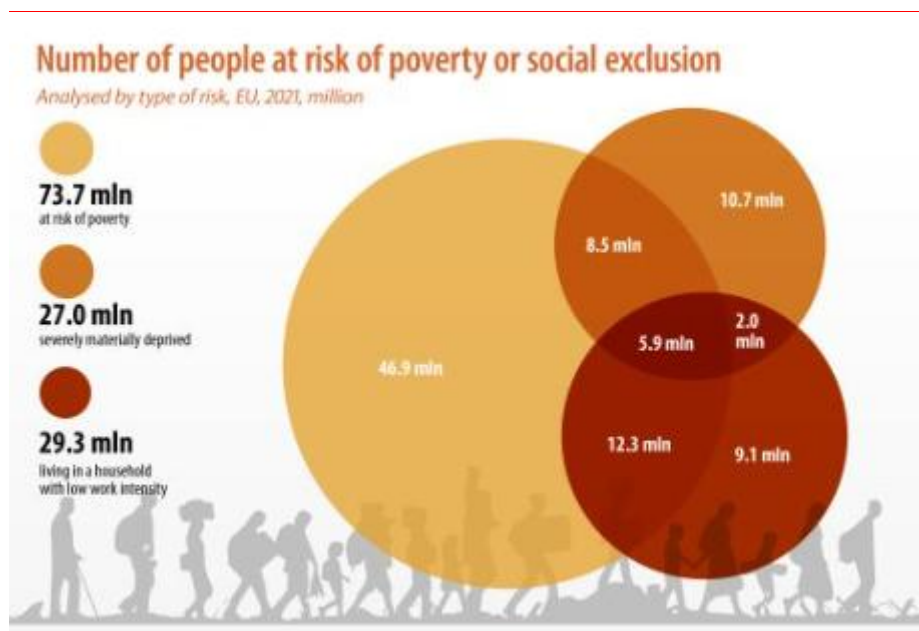
Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε ότι ο κίνδυνος της φτώχειας ή της κοινωνικής περιθωριοποίησης ήταν διαφορετικός μεταξύ των διαφόρων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων, τα οποία κινδύνευαν από τη φτώχεια ή την κοινωνική περιθωριοποίηση, παρατηρήθηκε στη Ρουμανία, περίπου 35%, στη συνέχεια η Βουλγαρία με ποσοστό περίπου 32% και ακολούθησε η Ελλάδα, με ποσοστό περίπου 28%. Στον αντίποδα της κατάστασης αυτής, χώρες όπως η Φινλανδία, η Σλοβενία και η Τσεχία, εμφάνισαν ποσοστά μικρότερα από 15%, και αυτό αποτελεί σημαντικό εύρημα, αν αναλογιστεί κανείς ότι το αντίστοιχο ποσοστό για την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι περίπου 22% (Eurostat, 2021).

Πράγματι, οι εκτιμήσεις για την Ευρωπαϊκή Ένωση καταδεικνύουν ότι κατά το έτος 2021, οι άνθρωποι που αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής

περιθωριοποίησης κάλυπταν το 22% περίπου του πληθυσμού, δηλαδή 95 εκατομμύρια. Προκειμένου να βρεθεί ο αριθμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης, συναθροίστηκε ο αριθμός των ατόμων, τα οποία:

- (i) αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας (κριτήριο για αυτό αποτελεί το εισόδημα που έχουν)
- (ii) αντιμετωπίζουν σημαντικές υλικές και κοινωνικές στερήσεις (βάση του συνόλου των αγαθών, τα οποία είναι σε οικονομική θέση να αποκτήσουν)
- (iii) διαβιούν σε νοικοκυριά, στα οποία παρατηρείται πολύ χαμηλή ένταση εργασίας.

Το Γράφημα 1 απεικονίζει τα ποσοστά για την Ευρωπαϊκή Ένωση και αφορά τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης. Συμπεραίνουμε ότι από το σύνολο των 95 περίπου εκατομμύρια κατοίκων που ζουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα άτομα που ήρθαν αντιμέτωπα με τον κίνδυνο της φτώχειας ή της κοινωνικής περιθωριοποίησης το 2021 αντιμετώπιζαν και τους τρεις παραπάνω κινδύνους, ήταν περίπου 6 εκατομμύρια. Επιπρόσθετα, οι άνθρωποι που αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο της φτώχειας, ενώ το νοικοκυριό που ζούσαν χαρακτηριζόταν από χαμηλή ένταση εργασίας, αλλά δεν είχαν σημαντικές στερήσεις σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες, ήταν περίπου 12 εκατομμύρια, ενώ τα άτομα που είχαν να αντιμετωπίσουν σημαντικές στερήσεις, αλλά η εργασία δεν ήταν χαμηλής έντασης ήταν 8,5 εκατομμύρια. Τέλος επισημαίνεται ότι τα άτομα που διαβιούσαν σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας και αντιμετώπιζαν βασικές στερήσεις, αλλά δεν ήρθαν αντιμέτωπα με τον κίνδυνο της φτώχειας ήταν 2 εκατομμύρια κατά το έτος 2021.

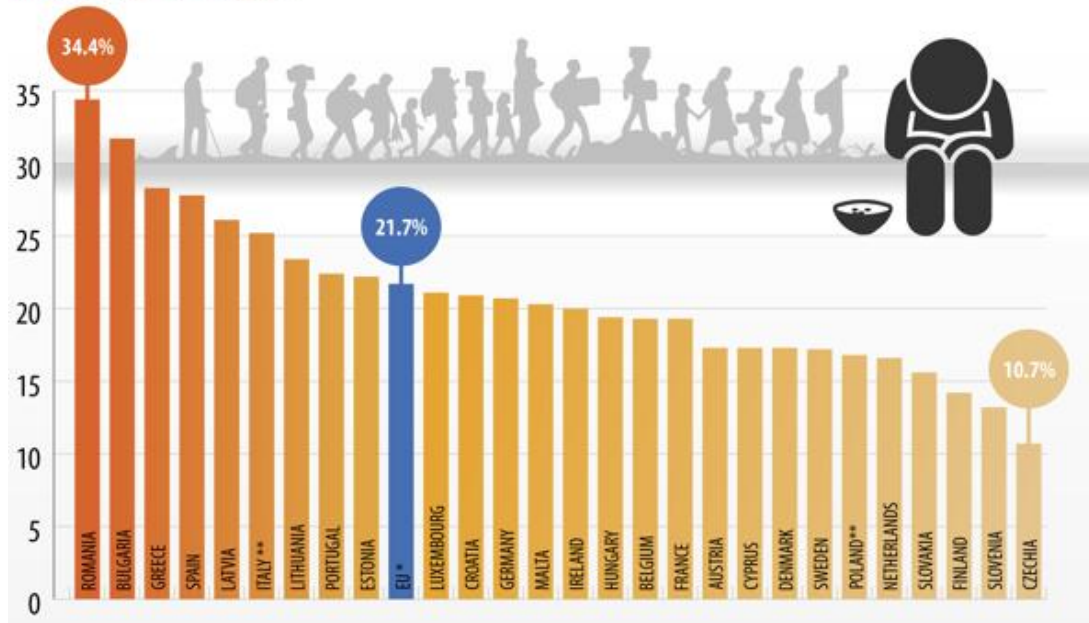


Γράφημα 1. Άτομα αντιμέτωπα με τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης ανά τύπο κινδύνου για το έτος 2021

Πηγή Eurostat

Παρατηρήθηκε ότι ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης ήταν διαφορετικός μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι χώρες στις οποίες εντοπίστηκαν τα πιο υψηλά ποσοστά ατόμων που αντιμετώπισαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης ήταν η Ρουμανία (35%), ακολούθως η Βουλγαρία (32%) και στη συνέχεια η Ελλάδα στην ίδια θέση με την Ισπανία (28%). Αντίθετα, βρέθηκε ότι χώρες όπως η Τσεχία (11%), η Σλοβενία (13%) και η Φινλανδία (14%), είχαν τα πιο χαμηλά ποσοστά ατόμων που αντιμετώπισαν τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης (Διάγραμμα 1).

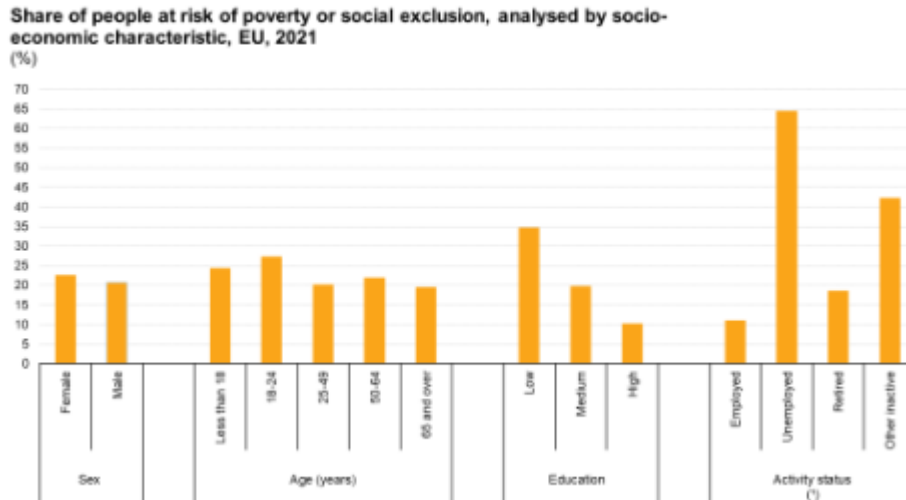
People at risk of poverty or social exclusion in the EU Member States (% of total population, 2021)



Διάγραμμα 1. Άτομα που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης το έτος 2021 στις χώρες της ΕΕ

Πηγή Eurostat

Η έρευνα της Eurostat (2021), ανέδειξε ότι το προφίλ των ατόμων που διαβιούν στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης, καταδεικνύει τις γυναίκες, τους νέους, τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο χαμηλότερο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και τους άνεργους, καθώς βρέθηκε ότι αυτές οι κοινωνικές ομάδες διέτρεχαν σε σημαντικό βαθμό μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης σε σύγκριση με άλλες πληθυσμιακές ομάδες (Διάγραμμα 1). Η εκτίμηση του κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση συγκρίνοντας τα δύο φύλα επισήμανε ότι οι γυναίκες αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο κίνδυνο με ποσοστό που ανέρχεται σε 23% περίπου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άντρες ήταν περίπου 21%.



Διάγραμμα 2. Ποσοστό ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης στην ΕΕ το 2021

Πηγή Eurostat

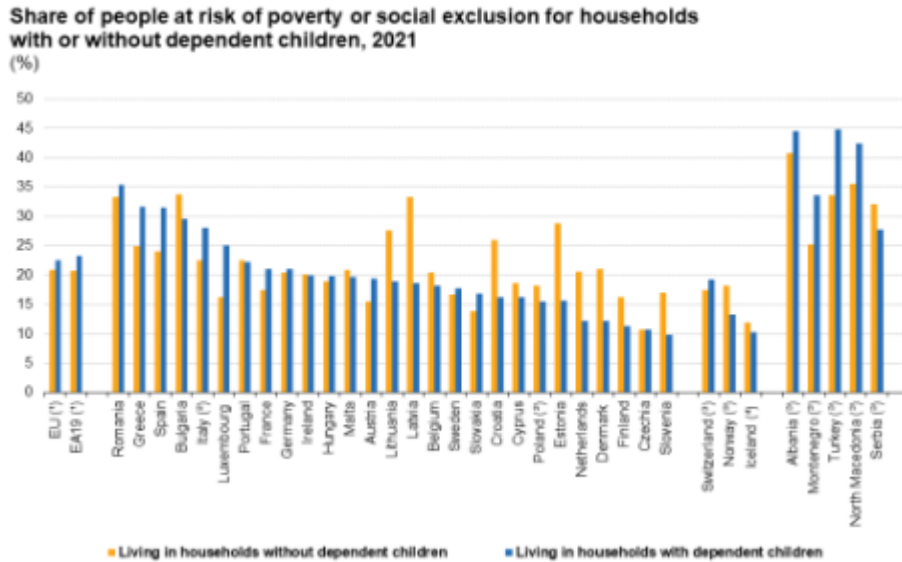
Επιπρόσθετα, μέσα από την έρευνα της Eurostat, (2021), αναδείχθηκε η διαφορά που υφίσταται όταν ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης αναλυθεί ανά ηλικία. Σε αυτή την περίπτωση επισημάνθηκε ότι τον μεγαλύτερο κίνδυνο τον αντιμετωπίζουν οι νέοι ενήλικες, η ηλικία των οποίων κυμαίνεται από 18 έως 24 έτη, με ποσοστό κινδύνου 27% περίπου, τη στιγμή που τα άτομα που αντιμετωπίζουν το μικρότερο κίνδυνο ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω, και με το αντίστοιχο ποσοστό να μην ξεπερνά το 20%. Από την ηλικία των 24 ετών μέχρι και τα 65 έτη παρατηρήθηκε ότι το αντίστοιχο ποσοστό για άτομα της ηλικιακής ομάδας 25-49 έτη ήταν περίπου 20%, ενώ για ενήλικες που έχουν ηλικία 50 έως 64 έτη το ποσοστό έφτασε το 22%. Τέλος, για τα άτομα με ηλικία μικρότερη των 18 ετών, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης, ήταν υψηλός, φτάνοντας το 25% περίπου.

Ο παράγοντας μορφωτικό επίπεδο επηρέασε τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης, όπως διαφαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας. Επομένως, για το έτος 2021 το ποσοστό των ατόμων με ηλικία άνω των 18 ετών, τα οποία είχαν μορφωτικό επίπεδο χαμηλότερο της δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ήταν 35% περίπου, ποσοστό το οποίο αποκαλύπτει ότι πρόκειται για το ένα τρίτο του

πληθυσμού. Αντίθετα, τα άτομα με ηλικία 18 ετών και άνω που είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση και αντιμετώπισαν τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης, βρέθηκαν σε ποσοστό 10% περίπου, ενώ το ποσοστό για τα άτομα μέσου μορφωτικού επιπέδου ανήλθε σε 20% περίπου.

Ο παράγοντας ανεργία διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο επίσης, καθώς η έρευνα επισήμανε ότι τα άνεργα άτομα αντιμετώπιζαν υψηλό κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης, με το ποσοστό τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση να φτάνει περίπου το 65% το 2021. Στη δεύτερη κατά αύξουσα σειρά θέση βρίσκονταν τα άτομα που ήταν άεργα και σε ποσοστό 42% περίπου, ενώ τα άτομα που λάμβαναν σύνταξη και αντιμετώπιζαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης ήταν σε ποσοστό περίπου 19% (Eurostat, 2021).

Ένα ακόμα κριτήριο για τη σύγκριση μεταξύ των νοικοκυριών αποτέλεσαν τα εξαρτώμενα παιδιά του νοικοκυριού. Η έρευνα ανέδειξε ότι στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα νοικοκυριά που είχαν εξαρτώμενα παιδιά αντιμετώπισαν υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης συγκριτικά με τα νοικοκυριά που δεν είχαν εξαρτώμενα παιδιά με ποσοστά 23% και 21% αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε επίσης ότι αναφορικά με το κριτήριο αυτό, δηλαδή των εξαρτώμενων παιδιών, βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 3:



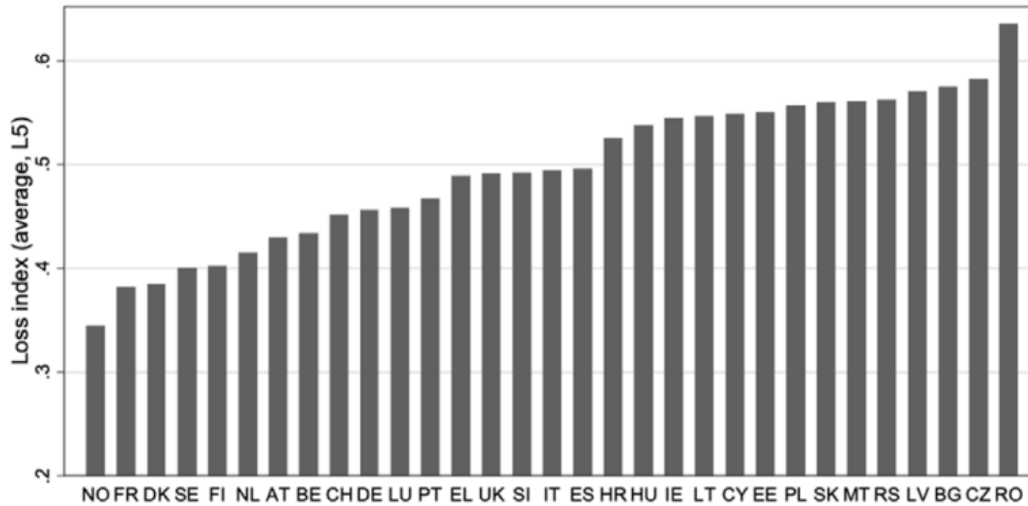
Διάγραμμα3. Άτομα που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό για νοικοκυριά με ή χωρίς εξαρτώμενα παιδιά, 2021 (%) Πηγή Eurostat

3.1.2 Στατιστικές μελέτες για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ευρώπη σε συνθήκες πανδημίας

Η έρευνα των Perugini και Vladisavljević, (2021), επισήμανε τον διαφορετικό τρόπο, με τον οποίο επηρέασε τις διαφορετικές Ευρωπαϊκές οικονομίες το lockdown. Αυτό οφείλεται, σύμφωνα με τους ερευνητές, στην επίδραση όλων των παραγόντων που συμβάλουν αρνητικά στη συνάρτηση απώλειας εισοδήματος (εργασία / απασχόληση, χαρακτηριστικά, κανονισμοί πρόνοιας και αγοράς εργασίας). Το Διάγραμμα 4 απεικονίζει τη μέση απώλεια που υπέστη από ιδιώτες εργαζομένους για κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην περίπτωση μέγιστου lockdown και δείχνει ένα σαφές γεωγραφικό μοτίβο.

Σχεδόν όλες οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης αναδεικνύονται ως οι πιο ευάλωτες οικονομίες, οι Σκανδιναβικές και οι ηπειρωτικές δυτικές χώρες, χαρακτηρίζονται από τη χαμηλότερη απώλεια, ενώ οι χώρες που βρίσκονται στο νότιο τμήμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκονται στη μέση της κατανομής. Αυτός ο δείκτης ευπάθειας των εργατικών εισοδημάτων έχει, όπως ήταν αναμενόμενο, μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση με το αντίστοιχο μέγεθος της δημόσιας διοίκησης σε επίπεδο

χώρας (δηλαδή το μερίδιο των πιο προστατευμένων θέσεων εργασίας) και τη δύναμη του κοινωνικού συστήματος προστασίας της απασχόλησης.



Διάγραμμα 4. Μέση απώλεια εισοδήματος από την εργασία μετά το lockdown
Πηγή (Perugini and Vladisavljević, 2021)

Η εισοδηματική ανισότητα και η φτώχεια, μπορούν να αυξηθούν σημαντικά ακόμη και στην περίπτωση των μικρότερων σε χρονική έκταση lockdown. Προκειμένου να αποτραπεί αυτό το αποτέλεσμα, είναι απαραίτητη η παρέμβαση και η αποτελεσματική δράση των υφιστάμενων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, καθώς και του χρόνου εφαρμογής των έκτακτων μέτρων περιορισμού. Τα μέτρα που μπορούν να υποστηρίξουν αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο είναι ζωτικής σημασίας. Θα πρέπει να υπογραμμιστεί, ωστόσο, ότι τέτοια μέτρα, παρά το γεγονός ότι ωφελούν άμεσα αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο, είναι προς το συμφέρον όλων (συμπεριλαμβανομένων και αυτών που δεν επηρεάζονται από το lockdown), επειδή μειώνουν τον κίνδυνο κοινωνικής κατάρρευσης (Perugini and Vladisavljević, 2021).

Το κόστος των αντισταθμιστικών μέτρων θα είναι υψηλότερο για χώρες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υφιστάμενους δημοσιονομικούς και οικονομικούς περιορισμούς. Για αυτές τις οικονομίες, το να χρεωθούν περισσότερο, προκειμένου να ενισχύσουν τις υπηρεσίες Κοινωνικής Προστασίας και τον τομέα της Υγείας, θα

σήμαινε αύξηση των οικονομικών ελλειμμάτων και πολιτική αστάθεια, καθώς θα έπρεπε στη συνέχεια να εφαρμοστούν μέτρα λιτότητας, τα οποία θα συνέβαλαν στην υπονόμευση της ανάπτυξης και της εξάλειψης των ανισοτήτων, ενώ αντιθέτως, θα προκαλούσαν αύξηση κάθε είδους ανισότητας. Στον τομέα της δημόσιας υγείας, αν οι επιβαρυνόμενες οικονομίες αναγκαστούν να κάνουν πρόωρη άρση των απαραίτητων μέτρων δημόσιας υγείας (δηλαδή το lockdown) με την δικαιολογία ότι το οικονομικό κόστος του περιορισμού είναι μη βιώσιμο, η πανδημία θα αρχίσει αναπόφευκτα να εξαπλώνεται. Όταν τέτοιες οικονομίες είναι έντονα ενσωματωμένες με άλλες, (όπως στην Ευρώπη), τέτοιος οικονομικός κίνδυνος αλλά και κίνδυνος για την υγεία μπορεί εύκολα να μεταδοθεί σε άλλες χώρες, ματαιώνοντας τελικά τις προσπάθειές τους να σταματήσουν την πανδημία και να ενισχύσουν την ανάκαμψη σε ολόκληρη την περιοχή. Σε αυτό το σημείο επισημαίνεται ότι θα ήταν μια καλή και αποτελεσματική πολιτική να υπάρχει ένα συντονισμένο, υπερεθνικό επίπεδο δράσης όσον αφορά την πολιτική υγείας και τη δημοσιονομική ανάκαμψη. Συνεπώς, ένας μηχανισμός αλληλοβοήθειας, ικανός να υποστηρίξει τις πιο ευάλωτες χώρες, θα ήταν προς το συμφέρον όλων των χωρών (Perugini and Vladisavljević, 2021).

Στην έρευνά τους οι Cantó et al., (2022), αξιολόγησαν τον αντίκτυπο της πανδημίας και των πολιτικών που επέλεξαν να εφαρμόσουν οι κυβερνήσεις τεσσάρων Ευρωπαϊκών χωρών στα εισοδήματα των νοικοκυριών για το πρώτο εξάμηνο της πανδημίας. Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές αφορούσαν ως επί το πλείστο τις φορολογικές ελαφρύνσεις, τις οποίες εφάρμοσαν οι κυβερνήσεις, ως ένα μέτρο ανακούφισης των οικονομικά πληγέντων από την πανδημία. Οι χώρες που επιλέχθηκαν προς μελέτη ήταν το Βέλγιο, η Ιταλία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Από την έρευνα προέκυψε το συμπέρασμα ότι η εισοδηματική φτώχεια αυξήθηκε σε όλες τις χώρες λόγω της πανδημίας ενώ η ανισότητα παρέμεινε σε γενικές γραμμές στα ίδια επίπεδα.

Τα ποσοστά φτώχεια για διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού πριν την έναρξη της πανδημίας και μετά τα περιοριστικά μέτρα, λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτικές που εισήγαγαν οι κυβερνήσεις παρατίθενται από τους συγγραφείς στον Πίνακα 2. Το όριο της φτώχειας διατηρείται σταθερό στο 60% του μέσου ισοδύναμου καθαρού εισοδήματος των νοικοκυριών στο βασικό σενάριο πριν την πανδημία. Και στις τέσσερις χώρες, το βιοτικό επίπεδο επιδεινώθηκε λόγω της κρίσης που προκλήθηκε

από την πανδημία, ενώ ένας μεγάλος αριθμός εργαζομένων που επλήγησαν από τα προβλήματα που προέκυψαν στην αγορά εργασίας, αντιμετώπισε συνθήκες φτώχειας. Σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό, τα παιδιά επηρεάστηκαν επίσης αρνητικά από την κρίση και τις οικιακές τους συνθήκες. Εστιάζοντας στους εργαζόμενους που επλήγησαν από την πανδημία, το ποσοστό αυτών που αντιμετώπιζαν συνθήκες φτώχειας πριν τα προβλήματα που δημιούργησε η πανδημία διαφοροποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των χωρών, με το Βέλγιο να χαρακτηρίζεται από πολύ χαμηλό επίπεδο φτώχειας στην εργασία (λιγότερο από 5%), ενώ η Ισπανία με ποσοστό φτώχειας άνω του 16%. Ο αντίκτυπος της κρίσης που προκάλεσε η πανδημία έφερε αναστάτωση στην Ιταλία, όπου το ποσοστό φτώχειας, ήταν ήδη 14% και αυξήθηκε στο 31%, αποκαλύπτοντας την ανικανότητα του ιταλικού συστήματος πρόνοιας να παρέχει ένα καλό επίπεδο απόλυτης ανθεκτικότητας.

Στη μελέτη τους οι González Rodríguez, PascualSáez, και Cantarero Prieto, (2022), διερεύνησαν αν αυξήθηκαν οι ανισότητες στην υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, εστιάζοντας στα ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στόχος της μελέτης τους ήταν να αναλυθούν οι τάσεις της ανισότητας στην υγεία τα τελευταία χρόνια στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συγκρίνοντας την κατάσταση προ πανδημίας και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Για το σκοπό χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την Έρευνα για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη σε τρία διαφορετικά κύματα, το πρώτο είναι το 2006, το δεύτερο το (2010) και το τρίτο το (2020).

Τα αποτελέσματά της έρευνας των González Rodríguez, PascualSáez, και Cantarero Prieto, (2022), υποδηλώνουν ότι οι ανισότητες υπήρχαν και εξακολουθούν να υπάρχουν μεταξύ των ηλικιωμένων Ευρωπαίων πολιτών. Λίγο πριν την οικονομική κρίση του 2008, το 2006, οι ανισότητες εμφανίζονταν κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους στη Δανία, την Ιρλανδία και τη Σουηδία τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες. Μετά την κρίση, το 2010, οι τρεις χώρες με τη μεγαλύτερη ανισότητα κατά μέσο όρο για τους άνδρες είναι η Δανία, η Σουηδία και η Ιταλία και για γυναίκες η Σουηδία, η Δανία και η Σλοβενία. Κατά τη διάρκεια της υγειονομικής κρίσης COVID-19, οι τρεις χώρες με την υψηλότερη ανισότητα είναι η Δανία, η Κύπρος και η Κροατία και για τα δύο φύλα.

3.2 Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα - φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

Όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα ο κίνδυνος της φτώχειας και της κοινωνικής περιθωριοποίησης, εξαρτάται από πληθώρα παραγόντων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και το ύψος του εισοδήματος ενός νοικοκυριού. Ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας το εισόδημα των νοικοκυριών επηρεάστηκε από τις συνέπειές της, και σε συνδυασμό με την ανεργία, και τη μετατροπή της πλήρους απασχόλησης σε μερική απασχόληση, αποτελεί ενδεικτικό κριτήριο για την ανάδειξη του κινδύνου φτώχειας και κοινωνικής περιθωριοποίησης.

3.2.1 Η έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ 2021 για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα σε συνθήκες πανδημίας

Προκειμένου να αναδειχθεί ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικής περιθωριοποίησης κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ, 2022), πραγματοποίησε έρευνα στο εισόδημα και στις συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών που υπήρχαν στον ελληνικό χώρο για το έτος 2021.

Η συγχρονική έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ για το 2021, αναφέρεται στο εισόδημα των νοικοκυριών του έτους 2020 και περιλαμβάνει κάθε νοικοκυριό της Ελλάδας, με εξαίρεση τις ομαδικές κατοικίες (δομές, ιδρύματα, νοσοκομεία, ξενοδοχεία, και άλλα). Διεξήχθη κάνοντας χρήση της δειγματοληπτικής μεθόδου, με δείγμα που προήλθε από τα νοικοκυριά της χώρας. Επιλέχθηκαν για διερεύνηση 12.617 νοικοκυριά και από τα μέλη τους συμμετείχαν στην έρευνα 27.710 άτομα, από τα οποία 3.377 ήταν παιδιά και έφηβοι κάτω των δεκαέξι ετών. Αναφορικά με τα εξαρτώμενα παιδιά, αυτά θεωρούνται ότι είναι τα παιδιά με ηλικία από 16 ετών και κάτω, αλλά και οι μαθητές, σπουδαστές, στρατιώτες μέχρι την ηλικία των 24 ετών που είναι οικονομικά μη ενεργοί.

Οι εισοδηματικές ανισότητες είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν μέσω ενός συστήματος φόρων, επιδοτήσεων, επιχορηγήσεων και παροχών. Μέσω των άμεσων εισοδηματικών μεταβιβάσεων δεν επηρεάζεται η παραγωγή αγαθών γιατί αφήνεται ανεπηρέαστη η λειτουργία των αγορών και επιτυγχάνεται η βελτίωση της κατανομής του εισοδήματος. Η έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ αποσκοπεί να αναδείξει και να εκτιμήσει βασικούς δείκτες, όπως ο κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις που

σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, το είδος του νοικοκυριού, το ιδιοκτησιακό καθεστώς της κατοικίας, την εργασία και το είδος της και το κατώφλι κινδύνου φτώχειας.

Επιπλέον, με την έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ δίνονται απαντήσεις που σχετίζονται με τους δείκτες για τη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης «Ευρώπη 2030». Συγκεκριμένα, ο στόχος της στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης «Ευρώπη 2030», αξιολογήθηκε συγκρίνοντας το πλήθος των ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο να βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας ή αποκλεισμού, και κριτήριο για αυτό αποτέλεσαν οι δείκτες: α) ποσοστό ανθρώπων που κινδυνεύουν από τη φτώχεια και β) Ποσοστό ανθρώπων που στερούνται βασικά υλικά και κοινωνικά αγαθά. Ο δεύτερος δείκτης πραγματοποιεί μια εκτίμηση του βιοτικού επιπέδου των ατόμων, μέσα από μετρήσεις σχετικές με την στέρηση βασικών αγαθών ή υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, από ένα κατάλογο βασικών αγαθών και υπηρεσιών, αναζητούνται αυτά που στερείται το άτομο, και αν συνολικά βρεθούν τουλάχιστον 7 από αυτά, τότε το άτομο θεωρείται ότι στερείται βασικά υλικά και κοινωνικά αγαθά.

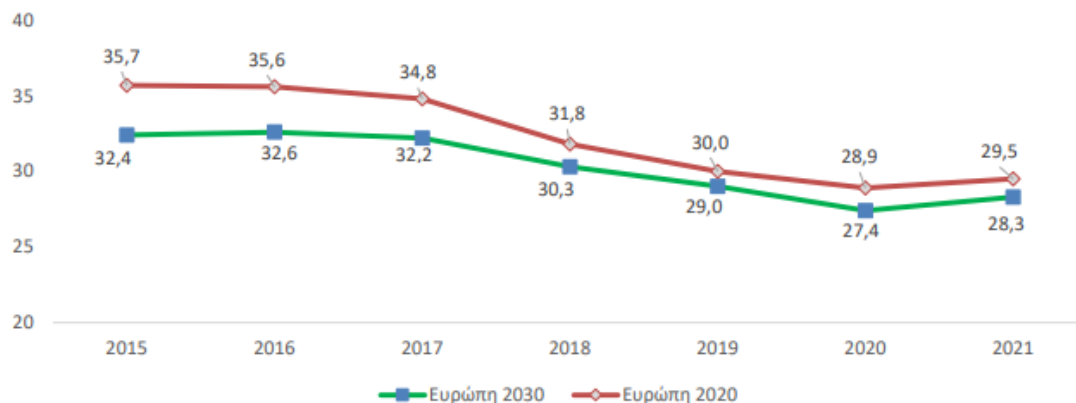
Οι στερήσεις αυτές αφορούν κάθε άτομο ξεχωριστά, αλλά παρέχουν μια σαφή εικόνα αν ληφθούν υπόψη για τα νοικοκυριά. Αναφορικά με τα νοικοκυριά, τέτοιες στερήσεις μπορεί να είναι η αδυναμία του νοικοκυριού να ανταπεξέλθει στους μηνιαίους λογαριασμούς για το ηλεκτρικό ρεύμα, το νερό, το φυσικό αέριο, στο ενοίκιο για την κατοικία, στο στεγαστικό δάνειο, σε προϊόντα και υπηρεσίες που αγόρασε με δόσεις ή πιστωτικές κάρτες. Επιπλέον, οι στερήσεις αυτές επεκτείνονται στη δυσκολία του νοικοκυριού για να υποστηρίξει διακοπές για τα μέλη του για χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας, δυσκολία να μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά σε μια διατροφή, η οποία να περιέχει κάθε δεύτερη ημέρα κοτόπουλο, κρέας, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας, δυσκολία να αντιμετωπίσει το νοικοκυριό τα έκτακτα έξοδα που μπορεί να προκύψουν, δυσκολία να αγοράσει το νοικοκυριό αυτοκίνητο, αλλά και να το συντηρήσει, δυσκολία να διαθέσει το νοικοκυριό μέρος των εσόδων του για να αγοράσει θερμαντικά μέσα και συσκευές ψύξης, αλλά και να ανταπεξέλθει στη χρήση τους, και γενικά αδυναμία να αντικατασταθούν τα έπιπλα που έχουν φθαρεί.

Επιπλέον, προσμετράτε και η αδυναμία του νοικοκυριού να ικανοποιηθούν οι ανάγκες κάθε μέλους του νοικοκυριού. Αναφορικά με τις ανάγκες κάθε μέλους του νοικοκυριού αυτές μπορεί να είναι ο ρουχισμός, η δυνατότητα να έχει κάθε άτομο δύο ζεύγη υποδημάτων, πρόσβαση στο διαδίκτυο, να έχει κάθε άτομο τη δυνατότητα να κάνει χρήση ενός ποσού εβδομαδιαίως για τις ατομικές του ανάγκες, να συναντηθεί με αγαπημένα πρόσωπα για φαγητό ή ποτό, να συμμετέχει με οικονομική επιβάρυνση σε δραστηριότητες αναψυχής.

Όσον αφορά στο ποσοστό του πληθυσμού που διαμένει σε νοικοκυριά, στα οποία τα έσοδα δεν προκύπτουν από σταθερή πλήρη εργασία, ο εκτιμώμενος δείκτης έχει ως άτομα αναφοράς αυτά που έχουν ηλικία από τη γέννηση μέχρι και 64 ετών και αποτελούν μέλη νοικοκυριού, του οποίου τα βασικά έσοδα προέκυψαν από απασχόληση κατά 20% μικρότερη σε χρονικό διάστημα από αυτή που συνηθίζεται. Η σταθερή εργασία, η οποία είναι και πλήρης αποτελεί τη συνήθη και προσδοκώμενη κατάσταση, ενώ η εργασία χαμηλής έντασης, είναι αυτή που και σε συχνότητα, αλλά και σε χρονική καθημερινή διάρκεια υπολείπεται της σταθερής και πλήρους εργασίας. Προκειμένου να εκτιμηθεί η συχνότητα της εργασίας, αλλά και η χρονική διάρκεια σε ώρες, ορίστηκε η ένταση εργασίας του νοικοκυριού ως ο λόγος μεταξύ του αριθμού των μηνών που όλα τα μέλη εργάζονται κατά το προηγούμενο έτος και του συνολικού αριθμού των μηνών που θα μπορούσαν θεωρητικά να έχουν εργαστεί κατά την ίδια περίοδο. Οικονομικά ενεργά μέλη θεωρούνται τα μέλη του νοικοκυριού ηλικίας 18-64 ετών. Τα νοικοκυριά που αποτελούνται μόνο από μαθητές ή σπουδαστές κάτω των 25 ετών, ή 60-64 ετών που δεν είναι οικονομικά ενεργά ή και άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω εξαιρούνται από τον υπολογισμό του δείκτη.

Η «Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών»

Για το σκοπό της έρευνας της ΕΛΣΤΑΤ εξετάστηκε το εισόδημα και οι συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών κατά το έτος 2021, (περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2020). Η έρευνα ανέδειξε το γεγονός ότι ο πληθυσμός που αντιμετωπίζει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης, ανέρχεται περίπου στο 28% του πληθυσμού (δηλαδή σχεδόν 3.000.000 άτομα), παρουσιάζοντας αύξηση σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος κατά 1 σχεδόν ποσοστιαία μονάδα (Γράφημα 2):



Γράφημα 2. Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ



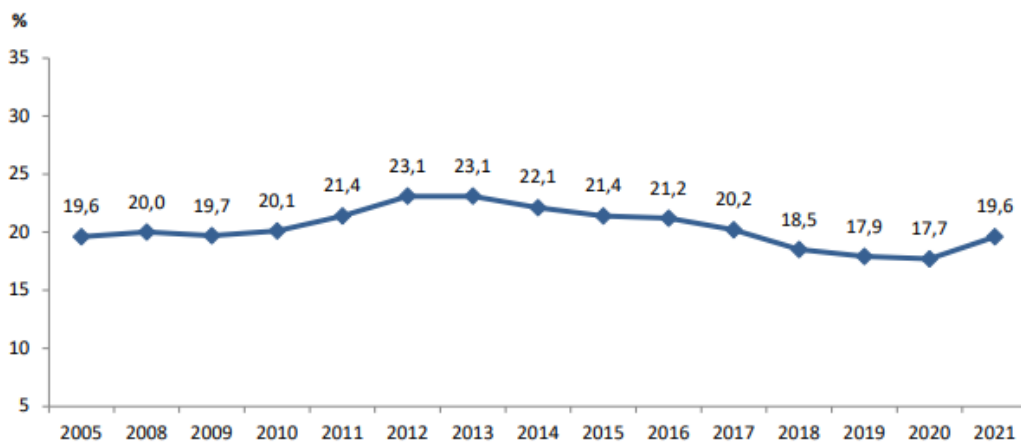
Γράφημα 3. Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας, στέρηση και χαμηλή ένταση εργασίας

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Επισημαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που ήρθαν αντιμέτωποι με τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης αυξήθηκε και επηρεάστηκε από την αντίστοιχη αύξηση του ποσοστού των ατόμων που βρίσκονται σε χαμηλή ένταση εργασίας (13,5% περίπου για το 2021) και από την αύξηση του αριθμού των ατόμων

που βρίσκονται αντιμέτωπα με τον κίνδυνο φτώχειας, σε ποσοστό 20% περίπου το έτος 2021 (Γράφημα 3). Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού παρατηρείται ότι είναι πιο μεγάλος για παιδιά κάτω των 18 ετών (32%). Το αντίστοιχο ποσοστό για την ηλικιακή ομάδα 18-64 έτη εκτιμήθηκε περίπου σε 13,5% στο σύνολο των ατόμων με ηλικία μεταξύ 18 και 64 ετών, με το ποσοστό των αντρών να είναι στο 13% περίπου και των γυναικών στο 15%.

Ακολούθως εξετάζονται τα άτομα που βρίσκονται στο κατώφλι κινδύνου φτώχειας, το οποίο υπολογίζεται στα 5.250 ευρώ το έτος για μονομελές νοικοκυριό και για 11.000 περίπου για νοικοκυριό που περιλαμβάνει 4 άτομα, εκ των οποίων τα δύο είναι εξαρτώμενα παιδιά, ή βρίσκονται αντιμέτωπα με τον κίνδυνο φτώχειας. Για το έτος 2021 εκτιμήθηκε ότι το ένα πέμπτο του συνολικού πληθυσμού της χώρας βρισκόταν αντιμέτωπο με τον κίνδυνο φτώχειας, επισημαίνοντας ότι η αύξηση από το προηγούμενο έτος ήταν κατά 2 περίπου ποσοστιαίες μονάδες (Γράφημα 4)

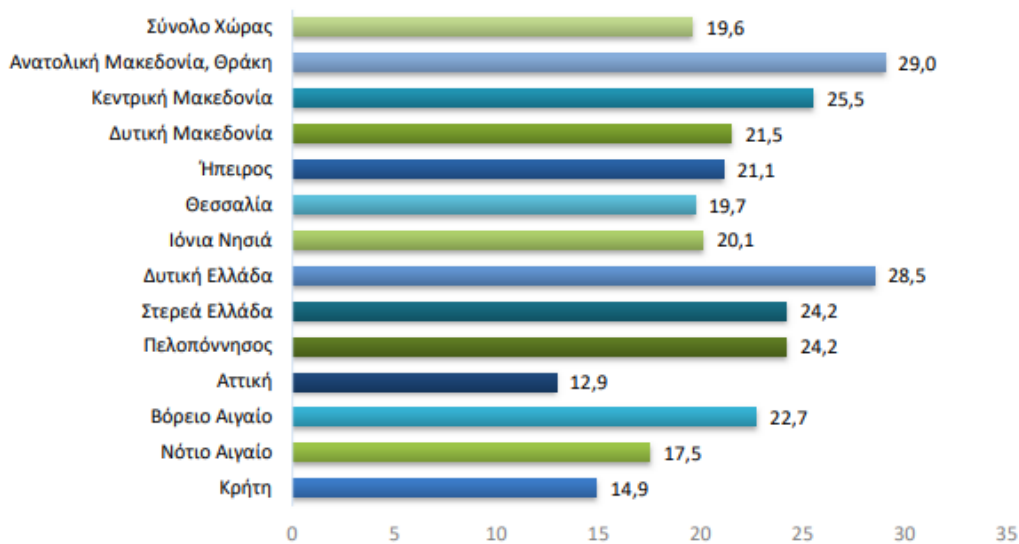


Γράφημα 4. Ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Ο αριθμός των νοικοκυριών που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ανέρχεται, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, σε 765.000 νοικοκυριά, όταν το σύνολο των νοικοκυριών στη χώρα είναι 4.109.000. Τα μέλη των νοικοκυριών που αντιμετωπίζουν κίνδυνο

φτώχειας υπολογίστηκαν ότι φτάνουν σε πλήθος τα 2.054.000 άτομα, όταν ο πληθυσμός της χώρας που ζει σε ιδιωτικά νοικοκυριά εκτιμάται ότι φτάνει τα 10.498.100 άτομα. Αναφορικά με την παιδική φτώχεια επισημαίνεται ότι ο κίνδυνος φτώχειας για παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών σημείωσε αύξηση συγκριτικά με το προηγούμενο έτος φτάνοντας το ποσοστό 24% περίπου, ενώ για τους ενήλικες από 18 έως και 64 ετών το ποσοστό αυξήθηκε από 18% το 2020 σε 21% το 2021.

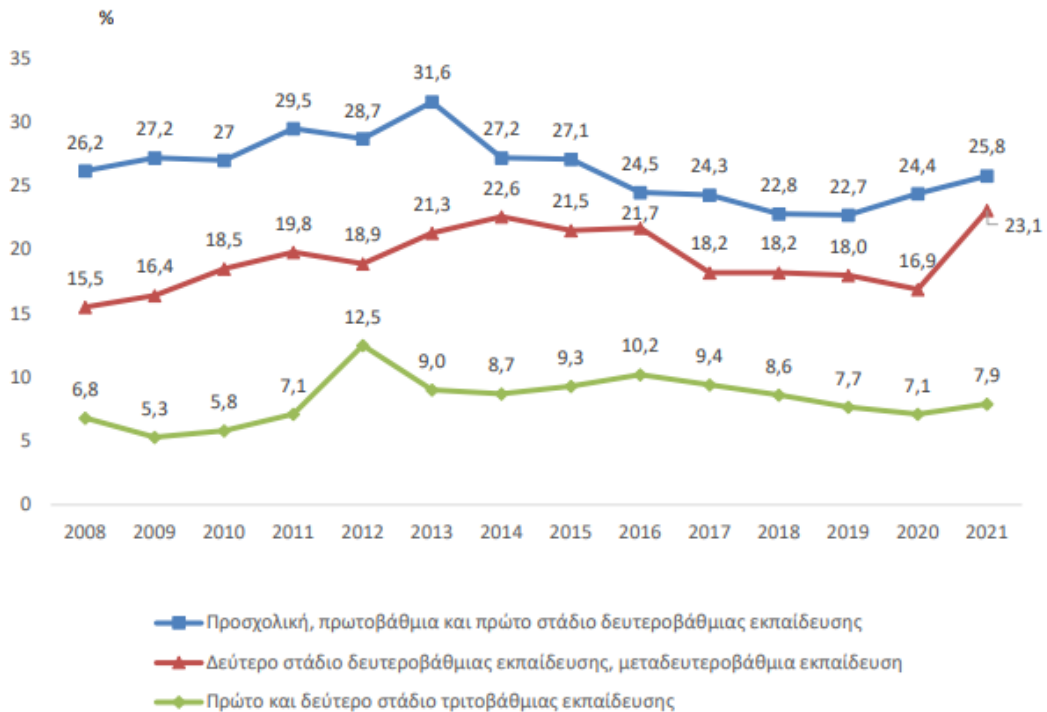
Επισημαίνεται, δε, ότι η Περιφέρεια Αττικής, η Περιφέρεια Κρήτης και η Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, πιο χαμηλά ποσοστά κινδύνου φτώχειας σε σχέση με την υπόλοιπη χώρα, με τις Περιφέρειες της Θεσσαλίας, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, Βορείου Αιγαίου, Δυτικής Ελλάδας, Πελοποννήσου, Δυτικής Μακεδονίας, Στερεάς Ελλάδα, Κεντρικής και Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, να εμφανίζουν πιο υψηλά ποσοστά (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5. Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ανά Περιφέρεια: 2021
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Στο γράφημα 5 παρουσιάζεται η επίδραση του επιπέδου μόρφωσης στον κίνδυνο φτώχειας. Παρατηρείται ότι το ποσοστό του κινδύνου φτώχειας ελαττώνεται, καθώς το μορφωτικό επίπεδο αυξάνεται. Για το έτος 2021, ο κίνδυνος φτώχειας

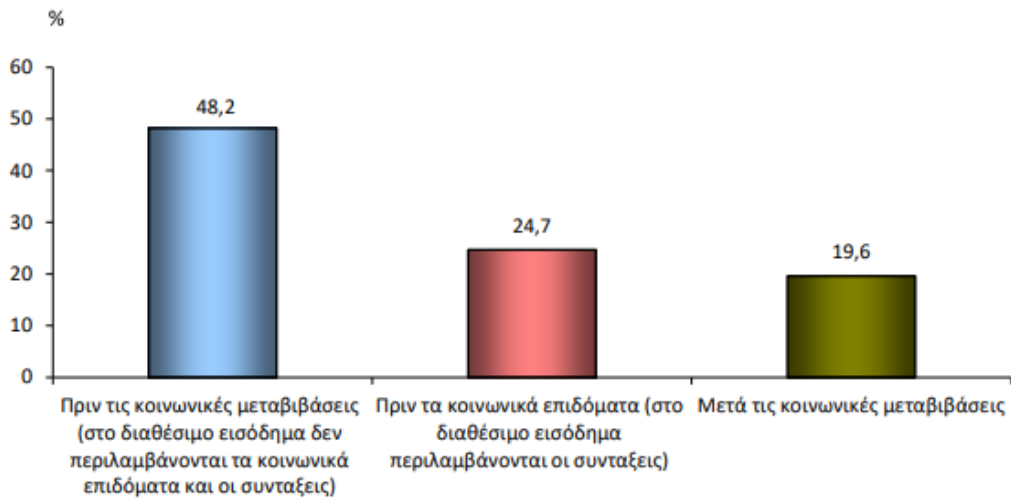
υπολογίστηκε σε ποσοστό 26% περίπου για τα άτομα που έχουν λάβει εκπαίδευση μέχρι το πρώτο έτος της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σε 23% για τα άτομα που έχουν τελειώσει το πρώτο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, και σε 8% για τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.



Γράφημα 5. Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω σε κίνδυνο φτώχειας κατά επίπεδο Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος που διαδραματίζουν οι κοινωνικές μεταβιβάσεις στη διαμόρφωση του ποσοστού των νοικοκυριών αλλά και των ατόμων που απειλούνται από τη φτώχεια. Αδιαμφισβήτητα, αν δεν υπολογιστούν τα επιδόματα και οι κοινωνικές οικονομικές ενισχύσεις, τότε το ποσοστό της φτώχειας ανεβαίνει δραματικά. Στην περίπτωση, δε, της πανδημίας, χωρίς τα κοινωνικά επιδόματα και βοηθήματα το ποσοστό των ατόμων, τα οποία βρίσκονταν στο κατώφλι της φτώχειας αυξήθηκε σημαντικά.

Σημαντικό ρόλο στην εξαγωγή συμπερασμάτων διαδραματίζουν οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, δηλαδή τα κοινωνικά επιδόματα και οι συντάξεις. Αν δεν υπολογιστούν οι κοινωνικές μεταβιβάσεις το ποσοστό κινδύνου φτώχειας ανέρχεται σε 48% ενώ, όταν περιλαμβάνονται μόνο οι συντάξεις και όχι τα κοινωνικά επιδόματα, μειώνεται στο 25% (Διάγραμμα 6). Τα κοινωνικά επιδόματα περιλαμβάνουν παροχές κοινωνικής βοήθειας (όπως Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, επίδομα στέγασης, επίδομα θέρμανσης κ.λπ.), οικογενειακά επιδόματα, επιδόματα ανεργίας, αναπηρίας και άλλα. Αν ληφθούν υπόψη οι κοινωνικές μεταβιβάσεις το ποσοστό κινδύνου φτώχειας ανέρχεται σε 20%, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι τα κοινωνικά επιδόματα συντελούν στο να μειωθεί το ποσοστό κινδύνου φτώχειας(Διάγραμμα 6).



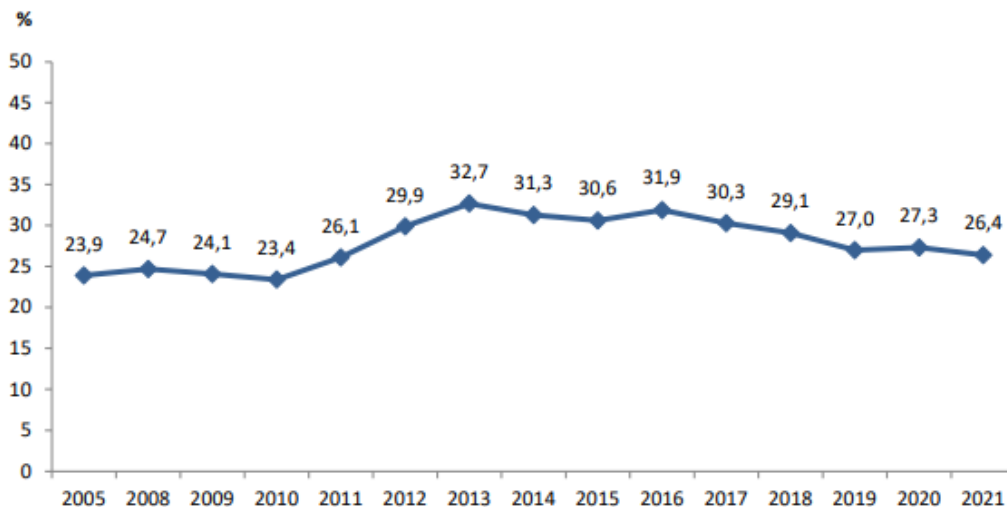
Διάγραμμα 6. Ποσοστό κινδύνου φτώχειας
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που κινδυνεύουν από τη φτώχεια, η έρευνα ανέδειξε ότι οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από τους άντρες σε ποσοστό 20% και 19% αντίστοιχα, με το ποσοστό για κάθε φύλο να παρουσιάζει αύξηση δύο μονάδων από το προηγούμενο έτος. Στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω το ποσοστό των γυναικών που κινδυνεύουν από τη φτώχεια ανέρχεται σε 16% περίπου, ενώ για τους άντρες το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει το 11%. Ο κίνδυνος φτώχειας για τις γυναίκες άνω των 75 ετών εκτιμάται σε 17%, ενώ για τους άνδρες

ανέρχεται σε ποσοστό σε 10%. Παρατηρήθηκε επιπλέον αύξηση κατά 1,6 ποσοστιαίες μονάδες στο ποσοστό κινδύνου φτώχειας για τις εργαζόμενες γυναίκες, ενώ αυξήθηκε κατά 1 περίπου ποσοστιαία μονάδα το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζόμενους άνδρες.

Για τους ανέργους, ο κίνδυνος φτώχειας είναι πολύ πιο μεγάλος, καθώς φτάνει σε ποσοστό το 46%, με τις άνεργες γυναίκες να είναι σε ποσοστό 54% και τους άντρες σε 39% περίπου.

Σχετικά με την εισοδηματική κατάσταση των ατόμων που είναι κάτω από το κατώφλι της φτώχειας, εκτιμήθηκε το βάθος (χάσμα) του κινδύνου φτώχειας.

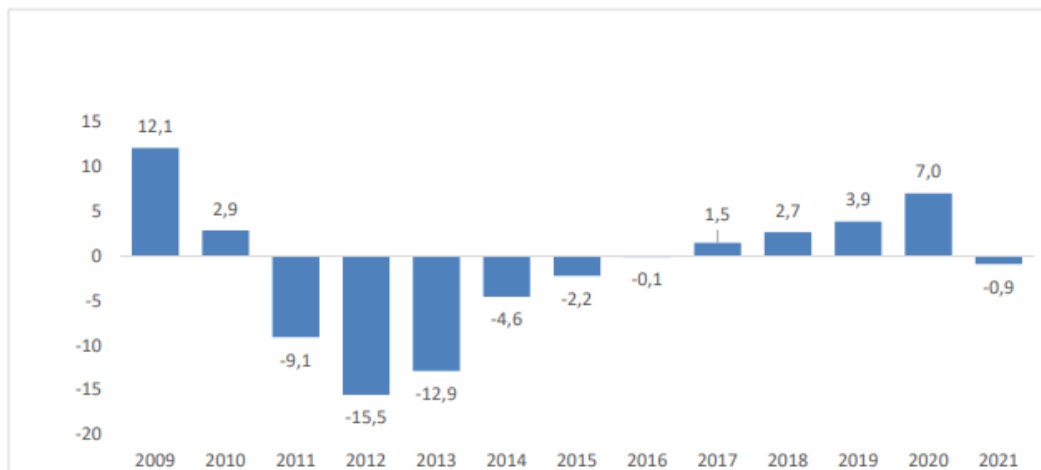


Γράφημα 6. Βάθος (χάσμα) κινδύνου φτώχειας: 2005, 2008-2021
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Για το έτος 2021, το βάθος (χάσμα) κινδύνου φτώχειας ανήλθε σε 26,4% του κατωφλιού του κινδύνου φτώχειας, σημειώνοντας μείωση σε σχέση με το προηγούμενο έτος (Γράφημα 6). Με βάση το ποσοστό αυτό, εκτιμάται ότι το 50% των φτωχών κατέχουν εισόδημα μικρότερο από το 73% του κατωφλιού του κινδύνου φτώχειας (το οποίο ανέρχεται σε 5.250 ευρώ), δηλαδή κάτω από 3.840 ευρώ, ετησίως, ανά άτομο. Όπως παρουσιάζεται στο Γράφημα 7, το βάθος (χάσμα) κινδύνου το έτος 2005 ήταν 24% περίπου, ενώ, σημειώνοντας αυξητική πορεία

ανήλθε σε 33% το 2013 (μέγιστη τιμή). Έκτοτε, παρουσιάζει αυξομειώσεις, σημειώνοντας τιμή 26,4% για το έτος 2021, δηλαδή μείωση κατά 0,9 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το έτος 2020.

Τέλος, εκτιμήθηκε η εξέλιξη του εισοδήματος των νοικοκυριών, ώστε να εξαχθεί ένα σημαντικό συμπέρασμα για την πορεία των οικονομικών των νοικοκυριών κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το 7% των νοικοκυριών δήλωσε ότι το εισόδημα του αυξήθηκε κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες, το 26% των νοικοκυριών ότι μειώθηκε και το 67% των νοικοκυριών ότι παρέμεινε το ίδιο. Το 24% δήλωσε ότι ο κύριος λόγος αύξησης ή μείωσης του εισοδήματος ήταν η πανδημία (COVID-19), εκ των οποίων το 3,4% δήλωσε ότι αυξήθηκε το εισόδημά του και το 20,4% ότι μειώθηκε. Το μέσο ισοδύναμο ατομικό διαθέσιμο εισόδημα ανήλθε σε 9.950 ευρώ, μειωμένο κατά 0,9% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. Στο Διάγραμμα 7 εμφανίζεται η εξέλιξη του εισοδήματος από το έτος 2009 έως το έτος 2021.



Διάγραμμα 7. Μεταβολή του μέσου ισοδύναμου ατομικού διαθέσιμου εισοδήματος: 2009-2021
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

3.2.2 Στατιστικές μελέτες για τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα σε συνθήκες πανδημίας

Οι Mouratidis και Yiannakou, (2022), επιχείρησαν στη μελέτη τους να αξιολογήσουν τις αλλαγές στην υγεία και την ευημερία των πολιτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας, συγκριτικά με την κατάσταση που επικρατούσε πριν την εκδήλωση της πανδημίας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συνολική υγεία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευτυχία, η ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις, η ικανοποίηση από τον ελεύθερο χρόνο, η ικανοποίηση από το εισόδημα και η ικανοποίηση από τις διακοπές μειώθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ενώ το άγχος και η οσφυαλγία αυξήθηκαν. Ο ρόλος του αστικού δομημένου περιβάλλοντος στην υγεία και την ευημερία βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά για την περίοδο της πανδημίας σε σύγκριση με την προ-COVID-19 περίοδο. Η εγγύτητα σε μεγάλα πάρκα, η γειτνίαση με πολλές τοπικές εγκαταστάσεις, η χαμηλότερη πυκνότητα γειτονιάς, η ζωή μακριά από το κέντρο της πόλης και η διαμονή σε μεγαλύτερη κατοικία συνδέθηκαν με καλύτερα αποτελέσματα υγείας και ευεξίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Επομένως, οι άνθρωποι που δεν είχαν την ευκαιρία να ζουν σε ένα μεγάλο σπίτι, να διαμένουν σε μια ήσυχη γειτονιά, να έχουν πάρκα και χώρους πράσινου κοντά τους, να απολαμβάνουν του δικαιώματος της εργασίας και των απολαβών από αυτήν, είχαν λιγότερες πιθανότητες να επηρεαστούν σε μεγάλο βαθμό από τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας.

Πολλές εκ των μελετών που διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας εστίασαν στις φυλετικές και εθνοτικές ανισότητες, ανισότητες στην υγεία και το ρατσισμό στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα (Fouskas, Koulierakis, Mine, Theofilopoulos, Konstantopoulou, Ortega-de-Mora,andPantazi, 2022). Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι μετανάστες αντιμετώπισαν διαφορετική συχνότητα και προτεραιότητα στη διενέργεια των ελέγχων τεστ για κορονοϊό, στη θεραπεία, στους περιορισμούς κινητικότητας, στις συνθήκες υπερπληθυσμού και ανθυγιεινών τρόπων διαβίωσης, στις καθυστερήσεις στους εμβολιασμούς και στην έκδοση αδειών παραμονής, στην έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες μετανάστευσης/ασύλου, με αποτέλεσμα να οδηγηθούν σε επισφάλεια και ευπάθεια.

Αναδεικνύεται, λοιπόν, ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίστηκαν και αντιμετωπίζονται οι μετανάστες ως απειλή για τη Δημόσια Υγεία, η οποία ενισχύεται από τα σχετικά μέτρα πολιτικής, τα οποία αφορούν περισσότερο τις δομές και τα κέντρα φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών, ενώ έχουν αρθεί τα αντίστοιχα μέτρα για το γηγενή πληθυσμό.

Μια ακόμα μελέτη αναδεικνύει την επίδραση που είχε η πανδημία στη διαμόρφωση του εισοδήματος των νοικοκυριών. Σύμφωνα με τον Zavras, (2021), η πανδημία του κορωνοϊού (COVID-19) προκάλεσε οικονομικό σοκ στην Ελλάδα, που ερμηνεύτηκε σε μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών. Στη μελέτη του ο Zavras, διερεύνησε τις κοινωνικές ανισότητες που προκαλούνται από την απώλεια εισοδήματος λόγω της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα και τα χαρακτηριστικά όσων αντιμετωπίζουν απώλεια εισοδήματος λόγω της πανδημίας. Η μελέτη χρησιμοποιεί δεδομένα από την «Κοινή Γνώμη στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) στην εποχή της κρίσης του κορωνοϊού. Τρίτος Γύρος». Το δείγμα αποτελείται από 1036 άτομα ηλικίας από 16 έως 54 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πανδημία COVID-19 επίδρασε αρνητικά στα εισοδήματα ατόμων από όλες τις κοινωνικές τάξεις στην Ελλάδα, επισημαίνοντας ότι οι πιθανότητες απώλειας εισοδήματος είναι υψηλότερες για τους κατοίκους των Νησιών του Αιγαίου και της Κρήτης αλλά και για ελεύθερους επαγγελματίες, μερικής απασχόλησης και ανέργους. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν την αρνητική επίδραση της πανδημίας στον ελληνικό τουρισμό και σε τομείς που απασχολούν μεγάλο ποσοστό μη τυποποιημένων εργαζομένων.

Σύμφωνα με τον Zavras, (2021), η παγκόσμια οικονομία και οι χρηματοπιστωτικές αγορές έχουν επηρεαστεί σοβαρά από την πανδημία COVID-19, καθώς η πανδημία και οι πολιτικές μετριασμού που εφαρμόστηκαν είχαν άμεση συνέπεια στην αγορά εργασίας όπως η εκθετική αύξηση της ανεργίας. Έτσι, το οικονομικό σοκ που προκαλείται από την επιδημία έχει μεταφραστεί σε άμεση πτώση του εισοδήματος των νοικοκυριών. Σε γενικές γραμμές, οι οικονομικές συνέπειες της πανδημίας έχουν επηρεάσει δυσανάλογα τα άτομα ή τα νοικοκυριά διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων. Συγκεκριμένα, ο οικονομικός αντίκτυπος της πανδημίας ήταν υψηλότερος για όσους ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, δηλαδή η οικονομική πίεση ήταν υψηλότερη για τις ευάλωτες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Με άλλα λόγια, η πανδημία COVID-19

προκάλεσε την άνιση επιβάρυνση για την υγεία και την ανισότητα των οικονομικών απωλειών των περιθωριοποιημένων ομάδων της κοινωνίας που ήταν οι πιο ευάλωτες.

Η σημασία της μελέτης της επιρροής της πανδημίας στα εισοδήματα συνδέεται με τη σχέση μεταξύ εισοδήματος, υγείας και ευημερίας. Στην περίπτωση της πανδημίας COVID-19, οι δύο αλληλένδετες πτυχές, δηλαδή η κρίση υγείας και η οικονομική κρίση, θέτουν τους ανθρώπους σε διπλό κίνδυνο υγείας, στην επιδείνωση και την απώλεια του εισοδήματος. Οι λόγοι για τους οποίους το ατομικό εισόδημα έχει σημασία για την υγεία περιλαμβάνει τη σύνδεσή του με την υλική στέρηση καθώς και τη σύνδεσή του με τους περιορισμούς στην κοινωνική συμμετοχή και τις ευκαιρίες, ασκώντας με αυτό τον τρόπο έλεγχο στη ζωή του. Με άλλα λόγια, οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία, καθώς το εισόδημα παρέχει τα μέσα για να αποκτήσει κανείς τα απαραίτητα για τη ζωή, να αποκτήσει πρόσβαση στους πόρους που ενισχύουν την υγεία, να αποφεύγει τις επιβλαβείς εκθέσεις και να συμμετέχει σε συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ το χαμηλό εισόδημα συνδέεται με ψυχοκοινωνικό στρες (Kajdyetal., 2020). Έτσι, η απώλεια εισοδήματος δεν συνδέεται μόνο με την αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει το καθημερινό κόστος επιβίωσης, αλλά συνδέεται επίσης με την έκθεση σε κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια, όπως για παράδειγμα την έλλειψη στέγης ή την επισιτιστική ανασφάλεια. Επομένως, επειδή τα άτομα και τα νοικοκυριά αντιμετωπίζουν τις περισσότερες από τις προκλήσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω λόγω της πανδημίας COVID-19, έχουν ληφθεί μέτρα εισοδηματικής στήριξης, τα οποία εφαρμόζονται σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας.

Κεφάλαιο 4: Ευρωπαϊκές πολιτικές για η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας

4.1 Οι ανισότητες στο τομέα της υγείας τον καιρό της πανδημίας

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι στη σημερινή εποχή τα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι ιδιαίτερα εξελιγμένα, χάρη στη ραγδαία ανάπτυξη την οποία έχει γνωρίσει ο τομέας της υγείας παγκοσμίως. Ο συγκεκριμένος τομέας μάλιστα βρίσκεται υπό εξέταση και υπό εξέλιξη διαρκώς, σε χώρες σε όλο τον κόσμο αφού συνεχίζει να γνωρίζει ποικίλων ειδών μεταρρυθμίσεις (Haldene και Morgan 2021).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές συνεπάγονται συνεχείς, σκόπιμες και θεμελιώδεις αλλαγές στον τομέα της υγείας. Αν και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς τι συνιστά πραγματική μεταρρύθμιση, υπάρχει ευρεία συναίνεση ότι η μεταρρύθμιση είναι μια διαδικασία αλλαγής που περιλαμβάνει το τι, το ποιος και το πώς γίνεται κάποια δράση στον τομέα της υγείας. Η υγεία συμπεριλαμβάνεται όλο και περισσότερο ως σημαντικός στόχος της εθνικής ανάπτυξης, λόγω του ότι μπορεί να κάνει την οικονομική ανάπτυξη πιο βιώσιμη (Haldene και Morgan 2021).

Οποιαδήποτε μεταρρύθμιση πάνω στον τομέα της υγείας θα πρέπει να βασίζεται σε μια ολιστική θεώρηση του τομέα αυτού. Προκειμένου να αναπτυχθούν και να πραγματοποιηθούν μεταρρυθμίσεις, χρειάζονται πληροφορίες και αναλύσεις. Χρειάζεται μια ποικιλία πρακτικών εργαλείων που είναι τώρα διαθέσιμα για αυτόν τον σκοπό, που καλύπτουν όλους τους διαφορετικούς τομείς δράσης. Ενώ η ανάπτυξη εργαλείων θα πρέπει να συνεχιστεί, οι υποστηρικτές της μεταρρύθμισης έχουν ήδη πολλά με τα οποία πρέπει να ασχοληθούν. Δεδομένου του παγκόσμιου ενδιαφέροντος, της σημασίας της μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας στις αναπτυξιακές στρατηγικές και της σημαντικής υπάρχουσας γνώσης και εμπειρίας, τόσο η ανάλυση όσο και η δράση σε επίπεδο χώρας πρέπει να προχωρήσουν δυναμικά (Berman 1995).

Παρά τις προσπάθειες οι οποίες γίνονται ωστόσο για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανάπτυξη του τομέα της υγείας, είναι γεγονός ότι κάποια προβλήματα δεν έχουν ακόμα κατορθώσει να εξαλειφθούν. Ένα από τα σημαντικότερα αυτά προβλήματα αποτελεί αδιαμφισβήτητα η ύπαρξη ανισοτήτων πρόσβασης στον τομέα της υγείας ιδιαίτερα εν μέσω της κρίσης της πανδημίας (Alemi και συν. 2020).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι ανισότητες υγείας καθώς και της υγειονομικής περίθαλψης αναφέρονται σε διαφορές οι οποίες παρατηρούνται στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού (Alemi και συν. 2020). Οι ανισότητες αυτές μπορεί να συνδέονται στενά με κοινωνικά, οικονομικά ή και περιβαλλοντικά μειονεκτήματα. Εμφανίζονται ακόμα ανισότητες σε πολλές διαφορετικές διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της φυλής/εθνικότητας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της ηλικίας, του τόπου διαμονής, του φύλου, της κατάστασης αναπηρίας και του σεξουαλικού προσανατολισμού (Bambra και συν. 2020).

Οι ανισότητες στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη δεν επηρεάζουν μόνο τις ομάδες, που αντιμετωπίζουν ανισότητες, αλλά περιορίζουν ακόμα και τα γενικότερα οφέλη όσον αφορά την ποιότητα της περίθαλψης και της υγείας για τον ευρύτερο πληθυσμό, ενώ παράλληλα καταλήγουν και σε περιττά έξοδα. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι ολοένα και πιο σημαντική καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός γίνεται ολοένα και πιο διαφοροποιημένος (π.χ. ραγδαίες διαφοροποιήσεις ομάδων πληθυσμού ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τη γεωγραφική προέλευση) (Bambra και συν. 2020).

Υπάρχουν επίσης μεγάλες διαφορές στο εισόδημα σε όλο το σύνολο του πληθυσμού. Έτσι ομάδες του πληθυσμού παραμένουν υπό υψηλό κίνδυνο να είναι ανασφάλιστες ή να μην έχουν πρόσβαση σε κάποιας μορφής περίθαλψης και κατά συνέπεια να είναι πιο ευάλωτες απέναντι στην πανδημία (Cheater 2020).

Οι πρόσφατες αλλαγές πολιτικής και οι τρέχουσες προτεραιότητες, που είναι αποτελέσματα της κρίσης της πανδημίας, ενδέχεται να οδηγήσουν σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης των ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Ένα τέτοιο θέμα έχει σημαντικές κοινωνικές προεκτάσεις καθότι οι μείωση των παροχών της ασφαλιστικής κάλυψης συνδέεται με ανισότητες στον τομέα της υγείας (Cheater 2020).

Πέρα όμως από την κάλυψη, υπάρχει μια σειρά από άλλες προκλήσεις, που σχετίζονται με τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των περιορισμένων ικανοτήτων αντιμετώπισης καθοριστικών κοινωνικών προβλημάτων υγείας από τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, μείωση της χρηματοδότησης για την

πρόληψη και τη δημόσια υγεία και συνεχιζόμενα κενά στα δεδομένα για τη μέτρηση και την κατανόηση των ανισοτήτων (Samantha και συν. 2020).

Κρίνεται σημαντική τόσο η καταπολέμηση όσο και η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία όχι μόνο από άποψη της ισότητας. Αντίθετα, ο ρόλος της είναι σημαντικός και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων και των πληθυσμών (Chowkwanyun και Reed 2020, Chung Dong και Li 2020). Σε αυτό το πλαίσιο χρειάζεται η λήψη προληπτικών μέτρων. Εν μέσω της πανδημίας η ανάγκη για την λήψη τέτοιων μέτρων έγινε πιο επιτακτική. Τόσο τα κράτη όσο και οι τοπικές κοινότητες αλλά και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως ανέπτυξαν στρατηγικές και ανέλαβαν δράση για τη μείωση των ανισοτήτων και την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης για όλα τα μέλη του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι κρατικές ενέργειες για τη μείωση των ανισοτήτων παρουσιάζουν σημαντική ποικιλομορφία από χώρα σε χώρα (Chung Dong και Li 2020). Για αυτό και εν μέσω της πανδημίας οι ανισότητες στον τομέα της υγείας ποικίλλουν ανάλογα με την ανταπόκριση της δημόσιας πολιτικής κάθε χώρας. Για παράδειγμα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία που επέβαλαν λιτότητα (σημαντικές περικοπές στους προϋπολογισμούς για την υγεία και την κοινωνική προστασία) παρουσιάζουν χειρότερες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού από χώρες όπως η Γερμανία, η Ισλανδία και η Σουηδία που επέλεξαν να διατηρήσουν τις δημόσιες δαπάνες και τα δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας.

4.1.1 Σύντομη ιστορική ανασκόπηση των ανισοτήτων στην υγεία κατά την διάρκεια προηγούμενων πανδημιών ανά τον κόσμο

Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία ιστορικά οι ανισότητες στην υγεία κατά τη διάρκεια προηγούμενων πανδημιών (π.χ. γρίπη 1918) ήταν αυξημένες μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων (Lawrence, 2006). Για παράδειγμα, έχουν καταγραφεί σοβαρές ανισότητες, που συνδέονται με την πρόσβαση στην υγεία στα ποσοστά θνησιμότητας ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Ενετικά, αξίζει να σημειωθεί ότι σε προηγούμενες πανδημίες στις χώρες υψηλού εισοδήματος και στις αστικές περιοχές οι ανισότητες ήταν πιο περιορισμένες σε σχέση με τις χώρες χαμηλού εισοδήματος και με τις αγροτικές περιοχές. Για παράδειγμα, η Ινδία την περίοδο της γρίπης είχε

ποσοστό θνησιμότητας 40 φορές υψηλότερο από τη Δανία και το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 20 φορές υψηλότερο σε ορισμένες χώρες της Νότιας Αμερικής από ό,τι στην Ευρώπη (Lawrence 2006).

Επίσης, στη Νορβηγία υπήρχαν πιο υψηλά ποσοστά θανάτων σε περιοχές όπου διέμενε η εργατική τάξη. Κάτι παρόμοιο παρατηρήθηκε και στις ΗΠΑ όπου τα ποσοστά θανάτων ήταν πολύ υψηλότερα μεταξύ των ανέργων (Murray και συν. 2006). Υπάρχουν επίσης έρευνες που έχουν αναδείξει ανισότητες κατά την περίοδο της γρίπης H1N1 του 2009. Οι ανισότητες αυτές παρατηρήθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο. Ενδεικτικά το Μεξικό παρουσίασε υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Επίσης, οι υποβαθμισμένες γειτονιές της Αγγλίας είχαν έως και τρεις φορές υψηλότερο ποσοστό θανάτων σε σχέση με τις πιο εύπορες γειτονιές. Το ποσοστό ήταν επιπλέον αυξημένο στις αγροτικές περιοχές συγκριτικά με τις αστικές (Grantz και συν. 2006). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας έρευνας στο Οντάριο τα ποσοστά νοσηλείας για τον H1N1 παρουσίασαν υψηλές διαφοροποιήσεις όταν έγιναν συγκρίσεις με βάση το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο (Grantz και συν. 2006).

Όπως και τις προηγούμενες ιστορικές περιόδους έτσι και στην περίοδο της πανδημίας έχουν παρατηρηθεί σημαντικές ανισότητες που σχετίζονται με το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο ιδίως σε Ισπανία, ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της Ισπανίας σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία της κυβέρνησης της Καταλονίας τα ποσοστά νόσησης και μόλυνσης από την COVID-19 βρέθηκαν να είναι έως και επτά φορές υψηλότερα στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές. Ομοίως, οι Chen και Krieger (2020) εντόπισαν σημαντικές κοινωνικές ανισότητες που σχετίζονται με την περιοχή διαμονής. Κατά την διάρκεια της πανδημίας έχουν εντοπιστεί και εθνοτικές ανισότητες ιδιαίτερα στην Αγγλία και την Ουαλία. Ενδεικτικά, με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα οι έγχρωμοι, οι Ασιάτες και οι μειονοτικές εθνότητες αντιπροσώπευαν το 34,5% των 4873 βαρέως πασχόντων ασθενών με COVID-19 (Bambra και συν. 2020).

Οι φυλετικές και εθνοτικές ανισότητες είναι επίσης έντονες και στις ΗΠΑ κατά την διάρκεια της πανδημίας. Για παράδειγμα, στο Σικάγο (την περίοδο που έληξε στις 17 Απριλίου 2020), το 59,2% των θανάτων από COVID-19 αφορούσαν έγχρωμους κατοίκους και το ποσοστό θνησιμότητας από COVID-19 για τους έγχρωμους

κατοίκους του Σικάγο ήταν 34,8 ανά 100 000 πληθυσμού σε σύγκριση με 8,2 ανά 100 000 πληθυσμού μεταξύ των λευκών κατοίκων (Bambra και συν. 2020).

4.2 Ομάδες πληθυσμού που βιώνουν ανισότητες πρόσβασης στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Όσον αφορά στις ομάδες του πληθυσμού οι οποίες αντιμετωπίζουν ανισότητες στον τομέα της υγείας, πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρείται ιδιαίτερη ποικιλία. Οι ανισότητες στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζονται συνήθως μέσα από το πρίσμα της φυλής και της εθνικότητας, αλλά εμφανίζονται και σε ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων. Για παράδειγμα, υπάρχουν ανισότητες ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, τη γλώσσα, το φύλο, την κατάσταση αναπηρίας, την κατάσταση ιθαγένειας και την σεξουαλική ταυτότητα και προσανατολισμό (Dorn και συν. 2020).

Για τον περιορισμό και την εξάλειψη των ανισοτήτων οι προσπάθειες των κρατών μελών της Ευρώπης εστιάζουν κυρίως σε πληθυσμούς που είναι υψηλής προτεραιότητας όπως είναι οι ευάλωτοι πληθυσμοί (π.χ. μετανάστες, ηλικιωμένοι, άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες γεωγραφικές περιφέρειες, κ.α.). Η έρευνα δείχνει επίσης ότι οι ανισότητες αυτές λαμβάνουν χώρα σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, από τη γέννηση, έως τη μέση ηλικία καθώς και μεταξύ των ηλικιωμένων (Kawachi 2020).

Έχει επίσης παρατηρηθεί μια αναδυόμενη κοινωνικοοικονομική τάση ιδιαίτερα εν μέσω της κρίσης της πανδημίας στον τομέα της υγείας σύμφωνα με την οποία τα πλουσιότερα, πιο μορφωμένα άτομα έχουν καλύτερη υγεία από τα φτωχότερα, λιγότερο μορφωμένα άτομα, και η οποία έχει μάλιστα τεκμηριωθεί σε πολλές χώρες (Kawachi 2020).

Έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί για αυτήν την κοινωνικοοικονομική τάση στην υγεία. Οι κακές συνήθειες του τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η σωματική αδράνεια είναι πιο διαδεδομένες σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Laurencin και Mc Clinton 2020). Ομοίως, η τάση για χρήση προληπτικών υπηρεσιών υγείας, όπως οι τακτικοί ιατρικοί έλεγχοι και η συμμετοχή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου πληθυσμού, είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Kawachi 2020).

Η αδυναμία των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων να αγοράσουν ακριβές υπηρεσίες υγείας ή ασφάλιση μπορεί να τους εμποδίσει να έχουν πρόσβαση στην ποιοτική περίθαλψη. Αυτό αποτελεί σημαντικό μειονέκτημα για αυτές τις ομάδες, δεδομένης της μεγαλύτερης επιβάρυνσης ασθενών και της αντίστοιχης μεγαλύτερης ανάγκης για υπηρεσίες υγείας. Η δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες και όχι την ικανότητα πληρωμής, υπερβαίνοντας έτσι τα οικονομικά εμπόδια πρόσβασης και μειώνοντας τις ανισότητες (Laurencin και Mc Clinton 2020).

Οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες παρέχουν κάποια κάλυψη βασικών υπηρεσιών υγείας για τα διάφορα τμήματα του πληθυσμού τους. Η έκταση και η πληρότητα της κάλυψης, ωστόσο, ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών της Ευρώπης και των κρατών άλλων ηπείρων (Mishra και συν. 2021).

Η πανδημία της νόσου του κορονοϊού (COVID-19) έχει προκαλέσει πολλά προβλήματα που σχετίζονται με τις ανισότητες στον τομέα της Υγείας στην Ευρώπη (Mishra και συν. 2021). Το 2020, η Ευρώπη είχε πάνω από 2 εκατομμύρια κρούσματα και 113.900 θανάτους. Οι αναφορές από τις υπηρεσίες υγείας έχουν διαφωτίσει αυτό που πολλοί γνώριζαν ήδη: τα άτομα των μειονοτικών ομάδων βρέθηκαν θετικά και πέθαναν από την COVID-19 σε υψηλότερη αναλογία σε σχέση με άλλες ομάδες (Fiske και συν. 2022).

Εν μέρει ως συνέπεια της αυξημένης επικράτησης της COVID-19 σε μειονοτικούς πληθυσμούς, τα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των μειονοτικών ομάδων υπερβαίνουν κατά πολύ το ποσοστό του πληθυσμού που αντιπροσωπεύουν αυτές οι ομάδες. Σχεδόν το 30% των περιπτώσεων της COVID-19 εμφανίστηκαν σε μειονοτικές ομάδες (Bambra και συν. 2020, Fiske και συν. 2022).

Αυτό το μοτίβο συνεχίζει να παρατηρείται σε πολλά κράτη της Ευρώπης, που αναφέρουν την υψηλότερη θνησιμότητα από την COVID-19 σε επίπεδο μειονοτικών ομάδων. Οι διαρθρωτικές, θεσμικές και ατομικές διακρίσεις κατά των φυλετικών και εθνοτικών μειονοτήτων στην Ευρώπη εκδηλώνονται με διάφορες μορφές (Fiske και συν. 2022). Συγκεκριμένα, στην αρχή της πανδημίας, η ξеноφοβία και οι απροκάλυπτα ρατσιστικές ετικέτες για την ασθένεια είχαν αρνητικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένων προσωπικών επιθέσεων σε άτομα μειονοτικών ομάδων, όπως είναι οι μετανάστες. Τέτοιες απαντήσεις απηχούν παλαιότερα μέτρα αποκλεισμού και

ρατσιστικών στάσεων. Δεν είναι ούτε δυνατό ούτε σκόπιμο να συζητηθούν οι φυλετικές ή εθνοτικές ανισότητες στα αποτελέσματα της COVID-19 χωρίς να αναγνωρίζεται αυτή η μακρά ιστορία φυλετικών διακρίσεων στην Ευρώπη (Bambra και συν. 2020).

Ειδικά για την πανδημία COVID-19, είναι σημαντικό να περιγραφούν οι μοναδικές προκλήσεις, που αντιμετωπίζουν οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος και οι ομάδες που δεν έχουν γεννηθεί στη χώρα όπου διαμένουν. Τέτοιες προκλήσεις αυξάνουν τον κίνδυνο ασθενειών και κακών αποτελεσμάτων υγείας και περιλαμβάνουν 1) αυξημένη έκθεση λόγω επαγγελματικών ή/και συνθηκών διαβίωσης που δυσκολεύουν την κοινωνική απόσταση και την αυτοαπομόνωση, 2) περιορισμένη πρόσβαση σε ακριβείς, ενημερωμένες πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία της COVID-19 και 3) περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Fiske και συν. 2022).

Αυτές οι κοινότητες έχουν επίσης υψηλότερο βάρος χρόνιων ασθενειών όπως η ανεξέλεγκτη υπέρταση, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιακή ανεπάρκεια και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και έχουν υψηλά ποσοστά καπνίσματος γεγονός που τις τοποθετεί σε κίνδυνο για κακή έκβαση της υγείας τους ιδιαίτερα όταν προσβληθούν από την COVID-19.

Επίσης, οι μειονοτικές ομάδες και κυρίως οι μετανάστες λόγω των γλωσσικών δυσκολιών δεν μπορούν να καταλάβουν καλά τα δημόσια επικοινωνιακά μηνύματα. Αρχικά, τα μηνύματα για την COVID-19 ήταν υπερβολικά περίπλοκα και άλλαζαν γρήγορα. Έτσι οι μετανάστες που δεν γνωρίζουν τη γλώσσα της χώρας, όπου διαμένουν, δεν μπορούσαν να κατανοήσουν την πληροφόρηση σε σχέση με την COVID-19 (Stangl και συν. 2019).

4.3 Η μείωση των ανισοτήτων στην Ευρώπη την εποχή της πανδημίας υπό το πρίσμα των 17 στόχων της βιώσιμης ανάπτυξης (ΣΒΑ)

Οι Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΒΑ) αναπτύχθηκαν στη Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη, που πραγματοποιήθηκε στο Ρίο ντε Τζανέιρο της Βραζιλίας, το 2012. Ο σκοπός ήταν να δημιουργηθεί ένα σύνολο παγκόσμιων στόχων, που σχετίζονται με τις περιβαλλοντικές, πολιτικές και οικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε ως ανθρωπότητα (European Union 2022).

Σε αυτό το πλαίσιο το 2015 ο ΟΗΕ επέλεξε μέσω ψηφοφορίας 17 στόχους που θα ισχύουν παγκοσμίως και τους προώθησε ως παγκόσμιους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης για την περίοδο 2015-2030, αντικαθιστώντας έτσι τους 8 Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας. Οι στόχοι βιώσιμης ανάπτυξης (ΣΒΑ) βασίζονται στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και προορίζονται να εφαρμοστούν καθολικά (WHO 2017).

Η καλή υγεία είναι απαραίτητη για τη βιώσιμη ανάπτυξη και η Ατζέντα 2030 αντανακλά την πολυπλοκότητα και τη διασύνδεση μεταξύ της καλής υγείας και της βιώσιμης ανάπτυξης. Η καθολική κάλυψη υγείας θα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της επίτευξης του ΣΒΑ 3, του τερματισμού της φτώχειας και της μείωσης των ανισοτήτων. Οι αναδυόμενες παγκόσμιες προτεραιότητες για την υγεία που δεν περιλαμβάνονται ρητά στους ΣΒΑ, συμπεριλαμβανομένης της μικροβιακής αντοχής, απαιτούν επίσης δράση ιδιαίτερα στο πλαίσιο της κρίσης της πανδημίας.

Η έκθεση του Προγράμματος Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών για την Περιφερειακή Ανθρώπινη Ανάπτυξη για το 2016 αναφέρει ότι η αντιμετώπιση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας και των ανισοτήτων υγείας μέσω δράσης, που υποστηρίζει όλους τους ΣΒΑ, θα βελτιώσει την υγεία και την ευημερία για όλους και θα μειώσει τις ανισότητες στον τομέα υγείας. Οι δράσεις του συνόλου των κυβερνήσεων των κρατών μελών της Ευρώπης και οι διατομεακές πολιτικές στον τομέα της υγείας μπορούν να επιτύχουν θετικές αλλαγές (WHO 2017).

Η 66η Σύνοδος του ψηφίσματος της Περιφερειακής Επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Ευρώπη ενίσχυσε την εφαρμογή της Ατζέντας 2030 μέσω της προώθησης μιας ολοκληρωμένης, πολυτομεακής προσέγγισης με επίκεντρο την υγεία. Η υγεία και η ευημερία αναγνωρίζονται ως απαραίτητα προαπαιτούμενα για τη βιώσιμη ανάπτυξη και ως μέσο για την επίτευξη πολλών άλλων ΣΒΑ (WHO 2017).

Οι κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες γεννιόμαστε, μεγαλώνουμε, ζούμε και εργαζόμαστε είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας και της ευημερίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής μας. Αυτές οι καταστάσεις συχνά δημιουργούν ανισότητες μεταξύ ατόμων και κοινωνικών ομάδων, οδηγώντας σε άνισα αποτελέσματα για την υγεία. Τέτοιες διαφορές, που δημιουργούνται

συστηματικά από κοινωνικούς παράγοντες (και επομένως μπορούν να προληφθούν), θεωρούνται άδικες και αναφέρονται εναλλακτικά ως κοινωνικές ανισότητες στην υγεία (WHO 2022).

Οι ΣΒΑ έχουν δημιουργήσει παγκόσμιες δεσμεύσεις και συμμαχίες για την καθολική κάλυψη της υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού και για την μείωση των ανισοτήτων. Σε αυτό το πλαίσιο η Ευρώπη αναγνωρίζει ότι για να οικοδομηθούν ισχυρότερες και πιο ανθεκτικές κοινωνίες, οι προσεγγίσεις των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων πρέπει να ενσωματωθούν με προσεγγίσεις των εκάστοτε εθνικών κυβερνήσεων των κρατών μελών (WHO 2022).

Αυτό απαιτεί σαφέστερη ευθυγράμμιση πολιτικών δράσεων και καλά συντονισμένη πολυτομεακή δράση. Η καθολική κάλυψη της υγείας μπορεί να επιτευχθεί και να διατηρηθεί μόνο με την υιοθέτηση ολιστικών προσεγγίσεων για την υγεία σε ολόκληρη την κοινωνία. Οι ενέργειες για την αντιμετώπιση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν πολλές από τις βαθύτερες αιτίες των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (WHO 2022).

Αρκετές εθνικές και διεθνείς εκθέσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανασκόπησης των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων και του χάσματος υγείας στην ευρωπαϊκή περιφέρεια του ΠΟΥ και της τελικής έκθεσης της Επιτροπής για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, έχουν προσδιορίσει βασικούς τομείς δράσης για την αντιμετώπιση κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, που προάγουν τις ανισότητες στην υγεία (WHO 2022).

Επίσης, οι διατομεακές συστάσεις, που έχουν αναπτυχθεί κατά τα τελευταία έτη από τον ΟΗΕ και άλλους διεθνείς φορείς, σκιαγραφούν πιο συγκεκριμένες επιλογές πολιτικής. Η Ευρώπη ιδιαίτερα στο πλαίσιο της πανδημίας, αναγνωρίζει ότι απαιτούνται πρακτικές επιλογές πολιτικής για να δοθεί η δυνατότητα στα κράτη μέλη να βελτιώσουν περαιτέρω τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε υποεθνικό επίπεδο (Health 2020).

Η πανδημία COVID-19, με τις δραματικές της επιπτώσεις στην υγεία, την οικονομική ανάπτυξη, την απασχόληση και τη φτώχεια, έθεσε σε κίνδυνο την πρόοδο προς τους ΣΒΑ. Ο αντίκτυπος έχει γίνει ιδιαίτερα αισθητός στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε αυτές τις χώρες, η έλλειψη δικτύων ασφαλείας και καθολικής υγειονομικής κάλυψης μπορεί να σημαίνει ότι υπάρχει λιγότερη ικανότητα για τη θεραπεία όσων έχουν μολυνθεί από τον ιό και για τον μετριασμό των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων της πανδημίας (European Union 2022).

Στην πραγματικότητα, η εμπειρία της COVID-19 δείχνει ότι οι χώρες που είχαν σημειώσει μεγαλύτερη πρόοδο προς τους ΣΒΑ ήταν καλύτερα σε θέση να αντιμετωπίσουν την κρίση. Για παράδειγμα, η επιτυχία στη διασφάλιση καθαρού νερού (ΣΒΑ 6), στη μείωση του αριθμού των ανθρώπων που ζουν σε παραγκουπόλεις (ΣΒΑ11) και στη μείωση των μη μεταδοτικών ασθενειών (ΣΒΑ 3) διευκολύνουν τον μετριασμό του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό. Επιπλέον, η αυξανόμενη πρόσβαση στο Διαδίκτυο και τα smartphone (ΣΒΑ 9) βοηθά τις αρχές να επικοινωνούν με το κοινό. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την πιο επιτυχημένη εφαρμογή των μέτρων. Ωστόσο, τα βελτιωμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (ΣΒΑ 3) και τα συστήματα κοινωνικής προστασίας (ΣΒΑ 1 και 8) αποδείχθηκαν ότι επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα των χωρών να αντιμετωπίσουν την κρίση (European Union 2022).

Σύμφωνα με τους Naidoo και Fisher (2020) η περαιτέρω πρόοδος προς πολλούς από τους ΣΒΑ μπορεί να είχε μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης του ιού SARS-COV-2. Μπορεί να είχαμε αντιμετωπίσει την πρόκληση της COVID-19 με ισχυρότερα συστήματα υγείας, λιγότερους ανθρώπους που ζουν σε ακραία φτώχεια και λιγότερες ανισότητες στην υγεία. Σύμφωνα με την αξιολόγηση των ερευνητών βρέθηκε ότι η επίτευξη του 18% των ΣΒΑ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης νέων ιών (Naidoo and Fisher, 2020).

Συμπερασματικά είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η παγκόσμια κρίση της COVID-19, από τις αρχές του 2020, έθεσε σε κίνδυνο την παγκόσμια δέσμευση για την Ατζέντα του 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη αλλά έδωσε και κάποια μαθήματα στα κράτη μέλη της Ευρώπης ώστε να επιδείξουν μεγαλύτερη δέσμευση στους 17 ΣΒΑ (Marco και συν. 2020).

Λόγω της απροσδόκητης κρίσης, η μετατόπιση των προτεραιοτήτων των κρατών μελών, τα οποία είναι και οι κύριες οντότητες που είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή της Ατζέντας 2030, μειώνει τις προσπάθειες για την επίτευξη των ΣΒΑ. Ωστόσο, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της προόδου που έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, η κρίση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ευκαιρία για την ενίσχυση της δέσμευσης για την Ατζέντα του 2030 (Marco και συν. 2020).

Θέτοντας τη βιώσιμη ανάπτυξη στον πυρήνα των σχεδίων ανάκαμψης, καθίσταται δυνατή μια καλύτερη απάντηση σε μελλοντικές κρίσεις, συνεπαγόμενη ισχυρότερα συστήματα υγείας, λιγότερους ανθρώπους που ζουν σε ακραία φτώχεια, λιγότερες ανισότητες και πιο ανθεκτικές κοινωνίες (Marco και συν. 2020).

4.4 Πολιτικές-δράσεις Ευρώπης για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία τον καιρό της πανδημίας

Με βάση τα παραπάνω γίνεται κατανοητό το μέγεθος του προβλήματος της ανισότητας πρόσβασης στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Για αυτό κρίνεται σημαντική η δράση των αρμόδιων φορέων για τον περιορισμό του προβλήματος. Στο πλαίσιο αυτό λοιπόν θα ήταν αδύνατον η Ευρωπαϊκή Ένωση να παραμείνει αδρανής και να μη φροντίσει για τη θέσπιση κάποιων μέτρων και τη σειρά κάποιων ενεργειών, ούτως ώστε να βοηθήσει με όποιον τρόπο μπορεί τη βελτίωση μιας ήδη έκρυθμης κατάστασης (Bambra και συν. 2020).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει σαν κύρια υποχρέωση να διαμορφώνει τις πολιτικές των κρατών όσον αφορά στις εθνικές πολιτικές υγείας. Ανάμεσα στα καθήκοντά της είναι η αρωγή των τοπικών κυβερνήσεων για την από κοινού εξεύρεση λύσεων κυρίως όσον αφορά στην χρηματοδότηση για έργα υγείας σε όλα τα κράτη μέλη (Brooks 2022).

Εν έτη 2020 η Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μίλησε δημόσια για την νέα πολιτική: «Ευρωπαϊκή Ένωση Υγείας» (EHU). Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία είναι μία απάντηση της Ευρώπης για την κρίση της πανδημίας και έχει σαν στόχο να αντιμετωπιστούν οι αναδυόμενες προκλήσεις και απειλές, που αντιμετωπίζουν οι δομές και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Από την ανακοίνωση του νέου εγχειρήματος και μέχρι τον Φεβρουάριο του 2021, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είχε

δημοσιεύσεις μια σειρά από μέτρα με απώτερο στόχο την ενδυνάμωση της συνεργασίας και του συντονισμού μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών μελών προς μια Ευρωπαϊκή Ένωση Υγείας (European Commission 2022).

Συγκεκριμένα, η ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία έχει ως προτεραιότητα την προστασία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και την παροχή ισότιμης πρόσβασης και ίσων ευκαιριών στις υπηρεσίες υγείας. Έτσι η Ευρώπη κάνει συνεχώς νέες δράσεις με απώτερο στόχο τόσο την πρόληψη όσο και την αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενειών του γενικού πληθυσμού και των ευάλωτων ομάδων. Ανάμεσα στους τομείς της πρόληψης περιλαμβάνονται: ο εμβολιασμός, η καταπολέμηση της μικροβιακής αντοχής, η δράση κατά του καρκίνου και η υπεύθυνη επισήμανση των τροφίμων (European Commission 2022).

Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι εν μέσω της πανδημίας η Ευρώπη κινητοποιήθηκε και προετοίμασε το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Ετοιμότητας και Αντιμετώπισης Έκτακτης Ανάγκης Υγείας (HERA) για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για την υγεία. Στόχος του Σχεδίου είναι να βελτιωθεί αλλά και να ενισχυθεί ο συντονισμός των κρατών μελών της Ευρώπης για την προστασία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού που χρήζουν βοήθειας (European Commission 2022).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αντιμετώπισε πολλά προβλήματα λόγω της ύπαρξης τεράστιων ανισοτήτων μεταξύ των κρατών μελών της καθώς κυβερνήσεις των πλουσιότερων κρατών μελών είδαν μικρό πολιτικό όφελος από το άνοιγμα της πόρτας σε μεταβιβάσεις σε φτωχότερα κράτη μέλη για τη χρηματοδότηση καλύτερων κοινωνικών πολιτικών (Burström και Tao 2020).

Είναι σαφές ότι η Ευρώπη έχει αντιληφθεί πλήρως τις επιπτώσεις της πανδημίας στα συστήματα υγείας των κρατών μελών και για αυτό και για αυτό κινητοποιεί τα κράτη μέλη να αναλάβουν δράσεις ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις της πανδημίας. Κάποιες από τις δράσεις περιλαμβάνουν συστάσεις πολιτικής υγείας, συνέργειες και πρωτοβουλίες χρηματοδότησης (European Parliament 2022).

Η πανδημία έχει δώσει πολλά διδάγματα στην ΕΕ και οδήγησε στην ανάδυση ευκαιριών που θα ενισχύσουν την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας και τη διαχείριση των διασυνοριακών απειλών για την υγεία (European Commission 2022). Σύμφωνα με τις ανακοινώσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2022) οι κυβερνήσεις των

κρατών μελών πρέπει να είναι σε θέση να διασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας διαθέτουν τις κρίσιμες ικανότητες για να ανταποκρίνονται άμεσα όχι μόνο στην τρέχουσα αλλά και σε μελλοντικές κρίσεις υγείας.

Η αντιμετώπιση των επίμονων και σημαντικών διαφορών στον τομέα της υγείας εντός της ΕΕ και μεταξύ των κρατών μελών της θεωρείται ως μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις στη δημόσια υγεία –από τα θεσμικά όργανα της ΕΕ. Η υγεία καθορίζεται από ένα ευρύ φάσμα προσωπικών, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων («καθοριστικοί παράγοντες»). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι «οι συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, εργάζονται, ζουν και γερνούν. Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες διαμορφώνονται και επηρεάζονται από ευρύτερες δυνάμεις: την οικονομία, τις κοινωνικές πολιτικές και την πολιτική, συμπεριλαμβανομένης της διανομής χρημάτων, εξουσίας και πόρων σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο (European Parliament 2022).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω σε επίπεδο Ευρώπης τα κράτη μέλη έχουν κυρίως την ευθύνη για την καταπολέμηση και την μείωση των ανισοτήτων. Για να πετύχουν τους στόχους τους τα κράτη μέλη χρησιμοποιούν τα θεσμικά όργανα και τους αρμόδιους φορείς καθώς και τις υπηρεσίες της ΕΕ και ακολουθούν μια σειρά από πολιτικές, εθνικά προγράμματα δράσεις και άλλες πρωτοβουλίες. Κάποια από αυτά περιλαμβάνουν τα συμπεράσματα του Συμβουλίου, τις ανακοινώσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το πρόγραμμα της ΕΕ για την υγεία και τις κοινές δράσεις, χρηματοδοτική στήριξη μέσω κονδυλίων της ΕΕ, ιδίως του Ταμείου Ευρωπαϊκής Βοήθειας στους Απόρους (TEBA) και του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ), και την έρευνα για την υγεία για την αντιμετώπιση μηχανισμών που μειώνουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας μέσω του προγράμματος Horizon 2020. Η αντιμετώπιση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας και η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας βρίσκεται εδώ και πολύ καιρό στο επίκεντρο του έργου του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, συγκεκριμένα μέσω ψηφισμάτων και με τη χρηματοδότηση πιλοτικών έργων (European Commission 2022).

Ολοκληρώνοντας είναι κρίσιμο να γίνει μια μικρή μνεία και στη συνεισφορά των μη κυβερνητικών οργανώσεων, της κοινότητας της υγειονομικής περίθαλψης και των

ειδημόνων της βιομηχανίας υγείας των κρατών μελών που συνεισφέρουν με το δικό τους τρόπο μέσω της ανάπτυξης συνεργασιών σε εθνικό και διεθνές επίπεδο στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων. Έτσι υπάρχει δράση σε πολλά μέτωπα. Ωστόσο, αναγκαίες κρίνονται οι δράσεις για την απόκτηση δεδομένων και μετρήσεων που θα επιτρέψουν την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εν λόγω δράσεων. Υπάρχει σημαντική ανάγκη για ευρύτερη κατανόηση και σαφή πολιτική βούληση. Τέλος, όπως έχει αναδειχθεί μέχρι στιγμής υπάρχει ανάγκη για συνέργειες, διατομεακές πολιτικές και πολυεπίπεδη συνεργασία (EuropeanParliament 2022).

4.4.1 Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής

Σε όλη τη διάρκεια της πανδημίας η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διαδραμάτισε κρίσιμο ρόλο για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων. Ειδικότερα, μέσω της Στρατηγικής Ευρώπη 2020 τονίστηκε η ανάγκη για τη μείωση και την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στον τομέα της υγείας. Η Ευρώπη θεωρεί ότι η μείωση των ανισοτήτων μπορεί να συνεισφέρει στην ισόρροπη και βιώσιμη ανάπτυξη. Ως ένα από τα μέσα για την επίτευξη του στόχου της στρατηγικής για την μείωση των ανισοτήτων και της φτώχειας, που αντιμετωπίζουν πάνω από 20 εκατομμυρίων άνθρωποι η Επιτροπή εγκαινίασε μια ευρωπαϊκή πλατφόρμα κατά της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (European Parliament 2022).

Το 2013 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε ένα έγγραφο εργασίας για την Επένδυση στην Υγεία. Το εν λόγω έγγραφο υποστηρίζει ότι η επένδυση στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας σπάει τον φαύλο κύκλο της κακής υγείας και δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να απολαμβάνουν ισότιμες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Το έγγραφο επίσης τονίζει ότι είναι απαραίτητη μια πολυτομεακή προσέγγιση που επικεντρώνεται στην επίτευξη μεγαλύτερων κερδών σε λιγότερο ευνοημένες ομάδες. Για να επιτευχθούν οι στόχοι είναι απαραίτητο να δοθεί προτεραιότητα σε πολιτικές που απευθύνονται σε λιγότερο ευνοημένες ομάδες. Απώτερος δεν είναι άλλος από την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, των συνθηκών διαβίωσης και του εισοδήματός τους (EuropeanParliament 2022).

Σε αυτή την κατεύθυνση η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2019 ανέπτυξαν τον Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων (ή «κοινωνικό πυλώνα») το 2019. Σκοπός του Πυλώνα

είναι η προστασία και η υποστήριξη των 20 αρχών και δικαιωμάτων, που διαρθρώνονται γύρω από τρεις κατηγορίες: α) ίσες ευκαιρίες και πρόσβαση στην αγορά εργασίας, β) δίκαιες συνθήκες εργασίας και κοινωνική προστασία.

4.4.2 Ευρωπαϊκή χρηματοδότηση

Το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας για Απόρους (ΤΕΒΑ) δίνει τη δυνατότητα στην ΕΕ να υποστηρίζει τις πολιτικές και τα μέτρα που ακολουθούν τα κράτη μέλη για την μείωση των χειρότερων μορφών φτώχειας. Παρέχει υποστήριξη σε επίπεδο τροφίμων, υλική βοήθεια και δραστηριότητες κοινωνικής ένταξης. Η συνεισφορά της ΕΕ στο ΤΕΒΑ υπερβαίνει τα 3,8 δισεκατομμύρια ευρώ για την περίοδο 2014-2020. Επιπλέον, τα κράτη μέλη πρέπει να συγχρηματοδοτήσουν τουλάχιστον το 15 % του κόστους των εθνικών επιχειρησιακών προγραμμάτων τους (περίπου 674 εκατ. ευρώ), ανεβάζοντας τους συνολικούς πόρους που διοχετεύονται μέσω του ταμείου σε περίπου 4,5 δισεκατομμύρια ευρώ.

Σύμφωνα με το ΤΕΒΑ η υποστήριξη σε άτομα που έχουν ανάγκη έχει ξεπεράσει τα 12 εκατομμύρια άτομα ετησίως, ιδίως οικογένειες με παιδιά που κινδυνεύουν από φτώχεια, ηλικιωμένους με περιορισμένο εισόδημα, άστεγους, άτομα με αναπηρίες και άτομα που συχνά δεν έχουν ισότιμη πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες, όπως π.χ. μετανάστες. Μια έκθεση του Ιουνίου 2019 σχετικά με την εφαρμογή του ΤΕΒΑ δείχνει ότι το 97 % όσων λαμβάνουν την υποστήριξη έχουν δει διαφορά.

Σημαντικός κρίνεται και ο ρόλος του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) για τη μείωση των ανισοτήτων και της φτώχειας ιδιαίτερα εν μέσω της πανδημίας. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) είναι το κύριο μέσο της ΕΕ για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Παρέχει χρηματοδότηση για τη συγχρηματοδότηση δράσεων που στοχεύουν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας και να βελτιώσουν την κατάσταση των πιο ευάλωτων ομάδων πληθυσμών. Για την περίοδο 2014-2020, 80 δισεκατομμύρια ευρώ προορίζονταν για επενδύσεις. Δύο από τις προτεραιότητες των δραστηριοτήτων του ΕΚΤ για την προώθηση της κοινωνικής ένταξης είναι η «καταπολέμηση της περιθωριοποίησης» μεταξύ ομάδων, που αντιμετωπίζουν τακτικά διακρίσεις και προκαταλήψεις, όπως οι κοινότητες μεταναστών και οι Ρομά. Τον Μάιο του 2018, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε

πρόταση για ένα ΕΚΤ+, με προσωρινό προϋπολογισμό 101,2 δισ. ευρώ σε τρέχουσες τιμές για την περίοδο 2021-2027. Εν μέσω της κρίσης της πανδημίας το ΕΚΤ επικέντρωσε τις επενδύσεις του σε τρεις κύριους τομείς: εκπαίδευση, απασχόληση και κοινωνική ένταξη, που περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Επίσης κατά την περίοδο της πανδημίας το ΕΚΤ ήταν το χρηματοδοτικό μέσο για την ενίσχυση της κοινωνικής διάστασης της Ευρώπης.

Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πέραν της χρηματοδοτικής στήριξης η έρευνα για την υγεία είναι ένα άλλο μέσο που μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση μηχανισμών που μειώνουν τις ανισότητες στην υγεία. Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα Horizon 2020, προσφέρει δυνατότητες να γίνουν έρευνες για την υγεία.

4.4.3 Πρόγραμμα EU4 Health 2021-2027 – ένα όραμα για μια πιο υγιή Ευρωπαϊκή Ένωση

Το πρόγραμμα EU4 Health αναπτύχθηκε και εγκρίθηκε ως απάντηση στην κρίση της πανδημίας. Επί της ουσίας το πρόγραμμα βοηθάει στην ενίσχυση της ετοιμότητας των κρατών μελών για την αντιμετώπιση κρίσεων στην ΕΕ. Η πανδημία ανέδειξε την ευθραυστότητα των εθνικών συστημάτων υγείας. Έτσι το συγκεκριμένο πρόγραμμα όταν αναπτύχθηκε είχε σαν στόχο να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση των μακροπρόθεσμων προκλήσεων της υγείας. Κάτι τέτοιο με βάση τις ανακοινώσεις του προγράμματος μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ενίσχυση των συστημάτων υγείας ώστε αυτά να γίνουν πιο ισχυρά και πιο ανθεκτικά αλλά και προσβάσιμα για όλους (Ευρωπαϊκός Κανονισμός 2021/522).

Η Ευρώπη αναγνωρίζει ότι η επένδυση στην υγεία είναι μία κρίσιμη επένδυση για την βιώσιμη ανάπτυξη και για αυτό έχει καταθέσει προϋπολογισμό 5,3 δισεκατομμυρίων ευρώ για την περίοδο 2021-2027 (Ευρωπαϊκός Κανονισμός 2021/522).

4.4.4 Κοινή Δράση για την Ισότητα της Υγείας στην Ευρώπη (JAHEE)

Η κοινή δράση για την ισότητα της υγείας στην Ευρώπη (JAHEE) συνιστά μία εκ των σημαντικότερων ευκαιριών για τα κράτη μέλη καθότι τους δίνει την δυνατότητα να αναπτύξουν συνεργασίες στον τομέα της υγείας. Απώτερος στόχος των συνεργασιών είναι η μείωση των ανισοτήτων και η δημιουργία συστημάτων υγείας που είναι

ανθεκτικά και ανοικτά προς όλους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει ξεκινήσει να λειτουργεί από το 2018 και κατά την διάρκεια της πανδημίας ενίσχυσε τις δράσεις του. Ο γενικότερος στόχος του εν λόγω προγράμματος είναι η παροχή ίσως ευκαιριών σε όλους τους πολίτες της ΕΕ όσον αφορά στην πρόσβαση στα εθνικά συστήματα υγείας. Επίσης, ένας σημαντικός στόχος του προγράμματος είναι η προστασία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού (Health Inequalities Portal 2022).

Οι δράσεις για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού είναι ποικίλες. Για παράδειγμα μέσω του προγράμματος προωθούνται κοινές πολιτικές και οδηγίες προς τα κράτη μέλη που έχουν σαν στόχο την παρακολούθηση των ανισοτήτων στην υγεία, την εστίαση στην υγεία των μεταναστών, την βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες για όλες τις ευάλωτες ομάδες (Health Inequalities Portal 2022).

Κεφάλαιο 5: Το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας στη διάρκεια της πανδημίας

5.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας κατά το ξέσπασμα της πανδημίας

Η COVID-19 έπληξε τη χώρα όταν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν ακόμα ευάλωτο λόγω των μακρόχρονων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης του 2008. Σε αυτό το πλαίσιο παρατηρήθηκε άμβλυνση των ανισοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας (Gianopoulou και Tsobanoglou 2020).

Η οικονομική κρίση είχε εμφανείς επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών. Η Ελλάδα κατείχε τη δεύτερη υψηλότερη κατάταξη όσον αφορά στις ακάλυπτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ένα στα δέκα νοικοκυριά ανέφερε ότι δεν ήταν σε θέση να έχει πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη όταν χρειαζόταν (Waitzberg και συν 2020).

Επιπλέον, έχει τεκμηριωθεί ότι υψηλότερα ποσοστά ευάλωτων πληθυσμών όπως οι ηλικιωμένοι και οι άνεργοι αναφέρουν κακή κατάσταση υγείας και ελλιπή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Από το 2010, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει βιώσει μεγάλη επιβάρυνση λόγω αρκετών επιδημιών: αυξημένη θνησιμότητα από γρίπη, εμφάνιση και εξάπλωση του ιού του Δυτικού Νείλου, επανεμφάνιση ελονοσίας, και αυξημένος αριθμός μολύνσεων HIV (Waitzberg και συν 2020).

Την περίοδο του ξεσπάσματος της πανδημίας το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπιζε σημαντικές διαρθρωτικές προκλήσεις σχετικά με τη χρηματοδότηση, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών. Τα προαναφερθέντα ήταν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης του 2008 (Gianopoulou και Tsobanoglou 2020).

Ανάμεσα στις κύριες συνέπειες της οικονομικής ύφεσης περιλαμβάνονται: οι μειώσεις στους προϋπολογισμούς της δημόσιας υγείας με μείωση του αριθμού του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας και των μισθών τους, μειώσεις στις συντάξεις, πτώση στην αγορά ιατρικών προϊόντων, μεταρρυθμίσεις στον φαρμακευτικό και κοινωνικό τομέα ασφάλισης, συγχώνευση μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και ανεπαρκείς υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Gianopoulou και Tsobanoglou 2020).

Από την άλλη πλευρά, η χρηματοπιστωτική κρίση προκάλεσε αλλαγές και κατά συνέπεια το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υποβλήθηκε σε μια σειρά διαρθρωτικών αλλαγών από το 2010 έως το 2018. Όταν ξέσπασε η πανδημία η Ελλάδα δεν διέθετε μηχανισμούς για επαρκή προγραμματισμό και βέλτιστη κατανομή των πόρων (Tountas και συν. 2020).

Οι περισσότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ήταν και παραμένουν ιδιαίτερα συγκεντρωμένες στις μεγάλες πόλεις και στις αγροτικές περιοχές λείπουν τόσο οι κατάλληλες εγκαταστάσεις όσο και το εξειδικευμένο προσωπικό. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μεγάλη ανισορροπία στην κατανομή του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, από γεωγραφική άποψη και από άποψη δεξιοτήτων. Τα οικονομικά κίνητρα δεν ήταν επαρκή για την πρόσληψη και διατήρηση επαρκούς εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές (Gianopoulou και Tsobanoglou 2020).

Στις 2 Απριλίου 2020, ο Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας ανέφερε ότι από τις 902 μονάδες εντατικής θεραπείας που λειτουργούν στη χώρα, οι 247 θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τα κρούσματα COVID-19. Πρόσθεσε ότι εάν χρειαστεί, ο αριθμός των κλινών εντατικής θεραπείας, που θα χρησιμοποιηθούν για τα κρούσματα της πανδημίας, θα αυξηθεί σε 400 (Tountas και συν. 2020).

Συμπερασματικά, η πανδημία COVID-19 έφερε στο φως τις μακροχρόνιες ελλείψεις και κενά του υποχρηματοδοτούμενου δημόσιου συστήματος υγείας της Ελλάδας, λόγω της θεμελιώδους ανισορροπίας μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού συμφέροντος (Tountas και συν. 2020).

5.2 Οι προκλήσεις για το ελληνικό σύστημα υγείας κατά το ξέσπασμα της πανδημίας

Καθώς η Ελλάδα έβγαινε από μια μακροχρόνια περίοδο βαθιάς οικονομικής και κοινωνικής κρίσης (Tsabanoglou και συν. 2014), με το δημόσιο σύστημα υγείας να έχει φτάσει στα όρια της κατάρρευσης, έλαβε χώρα το ξέσπασμα της COVID-19. Το πρώτο κρούσμα COVID-19 διαγνώστηκε στην Ελλάδα στις 26 Φεβρουαρίου (Tountas και συν. 2020).

Την 1η Μαρτίου, το πρώτο μέτρο, που έλαβε η ελληνική κυβέρνηση, η ακύρωση των καρναβαλιών, έγινε αντιληπτό από το κοινό ως υπερβολικό, δεδομένου ότι μέχρι τότε μόνο τρία κρούσματα του COVID-19 είχαν επιβεβαιωθεί. Στις 10 Μαρτίου, με

επίσημα 89 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 0 θανάτους, όλα τα σχολεία και τα πανεπιστήμια έκλεισαν. Από εκείνη ακριβώς την ημέρα, εισήχθησαν σταδιακά νέα ρυθμιστικά μέτρα για τον μετριασμό του κινδύνου μετάδοσης του ιού. Περίπου 4 εβδομάδες μετά την πανδημία, με 695 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 17 θανάτους, στις 23 Μαρτίου, επιβλήθηκαν αυστηρά μέτρα καραντίνας σε όλη τη χώρα (Tountas και συν. 2020).

Η γενική συναίνεση για τη διαχείριση αυτής της εθνικής κατάστασης έκτακτης ανάγκης, σε συνδυασμό με τη διαχείριση της προσφυγικής κρίσης –ενισχύθηκε με τις οργανωμένες πιέσεις από την Τουρκία να ανοίξει τα σύνορα για την είσοδο των «προσφύγων» στην Ευρώπη. Δεκατρία νοσοκομεία ορίστηκαν ως νοσοκομεία αναφοράς για την αντιμετώπιση κρουσμάτων COVID-19 (Tountas και συν. 2020).

Οι κλινικές είχαν κλείσει και οι θάλαμοι είχαν εκκενωθεί. Οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις και τα ραντεβού σε εξειδικευμένα νοσοκομεία εξωτερικών ασθενών ακυρώθηκαν για την εξυπηρέτηση επειγόντων περιστατικών. Η εστίαση της προσοχής της πολιτείας στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19, κυρίως σε επίπεδο νοσοκομείων και κλινών ΜΕΘ, καθώς και η διακοπή των «τακτικών» υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία, δημιούργησε τον κίνδυνο σημαντικής αύξησης των ακάλυπτων ανάγκες υγείας (Tountas και συν. 2020).

Επιπλέον, η μερική αναστολή της τακτικής λειτουργίας του μάλλον ανεπαρκούς συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), μαζί με μια σειρά ιδιωτικών ιατρείων, που αναγκάστηκαν να κλείσουν λόγω ανεπαρκούς προστατευτικού εξοπλισμού για τη συνέχιση της λειτουργίας, δημιούργησε σοβαρές ανησυχίες για την πρόσβαση και τη συνέχεια της περίθαλψης. Στις 4 Απριλίου, ανακοινώθηκε η «αναδιάρθρωση» των υπηρεσιών ΠΦΥ, για την υποστήριξη ενός πιο αποτελεσματικού στοχευμένου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικά Κέντρα Υγείας σε έξι μεγάλες αστικές περιοχές (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα και Ηράκλειο) καθορίστηκαν αποκλειστικά για τον έλεγχο ασθενών με λοίμωξη του αναπνευστικού. Αυτά τα Κέντρα Υγείας COVID-19 συμμετείχαν στην έγκαιρη ανίχνευση, παρακολούθηση και διαχείριση πιθανών και επιβεβαιωμένων περιπτώσεων με ήπια συμπτώματα που δεν απαιτούν νοσηλεία στο σπίτι. Επιπλέον, στα τμήματα λειτουργούσε υπηρεσία τηλεσυμβουλευτικής για τους ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με COVID-19 (Tountas και συν. 2020).

Ωστόσο, οι μακροχρόνιες ελλείψεις του συστήματος ΠΦΥ δημιούργησαν σημαντικές προκλήσεις για την κάλυψη των αναγκών ευάλωτων πληθυσμών, για παράδειγμα,

των αστέγων, των τοξικομανών, των Ρομά, των προσφύγων και άλλων κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, με τρόπο που απαιτεί συντονισμό με την πρόνοια. Ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν η προστασία των 40.000 αιτούντων άσυλο στους καταυλισμούς προσφύγων στα νησιά του Αιγαίου. Στους καταυλισμούς στάλθηκαν εξειδικευμένες ιατρικές ομάδες για τη δημιουργία χώρων αυτοαπομόνωσης (Tountas και συν. 2020).

5.3 Φτώχεια, ανισότητες, μετανάστες και αιτούντες άσυλο κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα

Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως στην εργασία οι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλου συνιστούν ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού που είναι περιθωριοποιημένες και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα όσον αφορά στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Τα εν λόγω προβλήματα οξύνθηκαν ιδιαίτερα κατά την περίοδο της πανδημίας. Οι προαναφερθείσες ομάδες κλήθηκαν να βιώσουν τις δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 (Tountas και συν. 2020). Ειδικότερα, κατά την διάρκεια της πανδημίας οι μετανάστες αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση σε τεστ, θεραπεία και εμβολιασμό για την COVID-19. Η Ελλάδα είναι ένα σημαντικό σημείο εισόδου για τους ανθρώπους που αναζητούν ασφάλεια στην Ευρώπη, και από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 εκατοντάδες χιλιάδες αιτούντες άσυλο έχουν περάσει στην Ελλάδα από ξηρά και θάλασσα.

Το 2015, περισσότεροι από 800.000 άνθρωποι έφτασαν στην Ελλάδα, η πλειονότητα των οποίων διέφυγε από τον πόλεμο στη Συρία, καθώς και από τις συγκρούσεις και τη βία στο Αφγανιστάν, το Ιράκ και ορισμένες χώρες της υποσαχάριας Αφρικής. Ως αποτέλεσμα της συμφωνίας ΕΕ-Τουρκίας, από τον Μάρτιο του 2016 χιλιάδες άνδρες, γυναίκες και παιδιά παγιδεύτηκαν σε πέντε Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης Νησιών του Αιγαίου εν αναμονή της διαδικασίας αίτησης ασύλου (IOM, 2020).

Επιπλέον, αρκετές χιλιάδες αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες φιλοξενούνται επίσης τώρα σε Χώρους Υποδοχής στην ηπειρωτική Ελλάδα, καθώς και σε σχεδόν 26.000 χώρους φιλοξενίας στα ελληνικά νησιά και την ηπειρωτική χώρα για ευάλωτους αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες που παρέχονται από την Υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες. Από τον Δεκέμβριο του 2020, περίπου 120.000

πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο και μετανάστες εκτιμάται ότι διέμεναν στα ελληνικά νησιά και την ηπειρωτική χώρα (IOM, 2020).

Οι συνθήκες στα νησιά και στα ελληνοτουρκικά χερσαία σύνορα είναι σημαντικά χειρότερες από την ηπειρωτική χώρα με υψηλότερα επίπεδα υπερπληθυσμού. Η κοινωνική απόσταση και το συχνό πλύσιμο των χεριών ήταν σχεδόν αδύνατο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι κάτοικοι υποχρεούνταν συχνά να κάνουν ουρές σε κοντινή απόσταση για να λάβουν τρόφιμα και άλλα βασικά είδη.

Οι αιτούντες άσυλο και οι πληθυσμοί των προσφύγων έχουν επίσης βιώσει παρατεταμένα lockdown και περιορισμούς στις μετακινήσεις από την έναρξη της πανδημίας. Αυτοί οι πληθυσμοί στην Ελλάδα συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν πολλαπλά διοικητικά, γεωγραφικά, κοινωνικά και νομικά εμπόδια στην πρόσβαση στην κύρια υγειονομική περίθαλψη. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) έχει επισημάνει ότι μια τέτοια κατάσταση ενέχει υψηλό κίνδυνο μετάδοσης της COVID-19 (IOM 2020).

Παρά τις εκκλήσεις για συμπερίληψη των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στην αντιμετώπιση της COVID-19 από παγκόσμιους φορείς όπως ο ΠΟΥ και ο IOM, οι ελληνικές αρχές έχουν αποτύχει στην ανάπτυξη επιτυχημένων πολιτικών για την ενσωμάτωση των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στα εθνικά σχέδια πρόληψης και αντιμετώπισης και στα συστήματα επιτήρησης ασθενειών και δεν έχουν τεθεί σε εφαρμογή συνεκτικά σχέδια ιατρικής αντιμετώπισης σε κανένα από τα νησιωτικά κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης μεταναστών (Kondilis και συν. 2021).

Ακόμη και πριν από την πανδημία COVID-19, ο αντίκτυπος των κακών συνθηκών διαβίωσης είχε ήδη οδηγήσει σε κρίση υγείας στα ελληνικά νησιά και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα ήταν μια συνεχής πρόκληση από το 2015. Οι ελληνικές αρχές αντιμετωπίζουν σοβαρές προκλήσεις όσον αφορά στη συλλογή και στην παρουσίαση έγκαιρων και περιεκτικών στοιχείων για την εξέλιξη της πανδημίας στη χώρα. Επίσης, υπάρχει έλλειψη δεδομένων για τα αποτελέσματα της πανδημίας σε πρόσφυγες, μετανάστες και αιτούντες άσυλο ειδικά στην Ελλάδα (συγκεκριμένα νοσοκομεία και θάνατοι) (Kondilis και συν. 2021).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συμπερίληψη των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στην αντιμετώπιση της COVID-19, πρέπει επίσης να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη πολιτιστικά και γλωσσικά προσαρμοσμένων πληροφοριών σχετικά με τα μέτρα πρόληψης και τον εμβολιασμό για την COVID-19. Με βάση τα

μέχρι τώρα διαθέσιμα δεδομένα μόνο τα μισά ευρωπαϊκά κράτη μέλη κατά τη διάρκεια της πανδημίας είχαν μεταφράσει τις επικοινωνίες τους σχετικά με τον κίνδυνο της COVID-19 στις γλώσσες μεταναστών. Επίσης, καμία κυβέρνηση δεν δημιούργησε ανακοινώσεις για να προειδοποιήσει τους πρόσφυγες και τους μετανάστες για την ανάγκη λήψης μέτρων με σκοπό την αποφυγή μετάδοσης του ιού (Kondilis και συν. 2021).

Κεφάλαιο 6: Ελληνικές πολιτικές για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας

6.1 Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα

Η ραγδαία εξέλιξη της ψηφιακής τεχνολογίας έχει σαφώς επηρεάσει τα τελευταία έτη τον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες ενημερώνονται για ότι συμβαίνει στην υφήλιο. Η δυνατότητα για ενημέρωση μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και του Διαδικτύου, διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην άμεση πληροφόρηση των πολιτών για ζητήματα που αφορούν στην πανδημία COVID-19, όπως τα αίτια της, την αντιμετώπιση και τον περιορισμό της, τις συνέπειες, την επάρκεια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τον αριθμό των ασθενών, των θυμάτων, των ασθενών σε Μ.Ε.Θ. και άλλα. (Hussain, 2020).

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης διαδραμάτισαν έναν αδιαμφισβήτητα σημαντικό ρόλο και είχαν θετική επίδραση αναφορικά με την ενημέρωση όλων των ανθρώπων για θέματα υγιεινής και προστασίας. Παρόλα αυτά, επέδειξαν ανωριμότητα να διαχειριστούν ένα τόσο σημαντικό θέμα, με τις γενικεύσεις και την απλούστευση όλων όσων παρουσίαζαν, με τις υπερβολές και τις μεγαλεπήβολες φράσεις, οι οποίες προβληματίσαν, μπέρδεψαν και πανικόβαλαν τον κόσμο (Cuello-Garcia, Pérez-Gaxiola, and van Amelsvoort, 2020).

Ο Σούλης (2020), αναφερόμενος στο ρόλο των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην πληροφόρηση και τη διαχείριση της πανδημίας COVID-19, διέκρινε τα ακόλουθα στάδια εξέλιξης της πανδημίας:

- Στάδιο πρόληψης

Χαρακτηριστικό αυτού του σταδίου εξέλιξης της πανδημίας, αποτελεί η άμεση αντίδραση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με τις προσπάθειες που πραγματοποιήθηκαν για την αύξηση των δυνατοτήτων του συστήματος. Συγκεκριμένα, από την αρχή της πανδημίας αυξήθηκαν οι κλίνες στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), το Εθνικό Σύστημα Υγείας αύξησε την παραγωγικότητά του και εφαρμόστηκαν μέθοδοι ενημέρωσης, όπως η καθημερινή ενημέρωση των πολιτών με τις ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας για την επιδημιολογική εικόνα σχετικά με τη νόσο.

- Στάδιο ενδυνάμωσης

Στο στάδιο αυτό αυξήθηκαν τα μέτρα περιορισμού των πολιτών, με την καμπάνια «Μένουμε Ασφαλείς» να οδηγεί σταδιακά τους πολίτες στην υποχρέωση για κατ' οίκον προσωρινό περιορισμό, όπως και για τα πρόσωπα που εισέρχονταν στη χώρα. Περιορισμοί τέθηκαν στις συγκοινωνίες και τα ταξίδια με πλοία και αεροπλάνα, απαγορεύτηκε η λειτουργία τουριστικών καταλυμάτων, η εστίαση λειτούργησε με περιορισμούς, ενώ διακόπηκε προσωρινά η λειτουργία των υπηρεσιών της, τέθηκαν κανόνες αποστάσεων, καθιερώθηκε η χρήση μάσκας και ο περιορισμός της κυκλοφορίας των οχημάτων αρχικά στην Αθήνα και βαθμιαία σε όλη τη χώρα.

- **Στάδιο υπομονής**

Στο στάδιο αυτό αναπτύχθηκε μια παραφιλολογία σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα και τα περιοριστικά μέτρα, γεγονός που οδήγησε στην αμφισβήτηση του χειρισμού της πανδημίας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Έγινε λόγος για την καταπάτηση της ατομικής ελευθερίας και πολλοί υποστήριξαν ότι διακυβεύεται αυτό το εξαιρετικά σημαντικό ανθρώπινο δικαίωμα με τη δικαιολογία της προστασίας του δημοσίου συμφέροντος (Κοντιάδης, 2020). Στο στάδιο αυτό έγιναν εμφανή και τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιούργησε η πανδημία. Τα περιοριστικά μέτρα, τα οποία τέθηκαν, αλλά και η ενημέρωση των πολιτών, οι οποίοι βρέθηκαν κλεισμένοι στα σπίτια τους για τον αυξανόμενο αριθμό των νεκρών από το νέο κορονοϊό, δημιούργησε άγχος στους ανθρώπους, γεγονός που οδήγησε πολλούς στην αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης (Cullen, Gulati, and Kelly, 2020).

- **Στάδιο αντιφατικότητας**

Στο στάδιο αυτό επιχειρήθηκε η σύγκριση των ελληνικών δεδομένων, που αφορούσαν την πανδημία με τα αντίστοιχα δεδομένα άλλων χωρών και συγκεκριμένα της Ιταλίας και της Ισπανίας (Waitzberg, Hernández-Quevedo, Bernal-Delgado, Estupiñán-Romero, Angulo-Pueyo, Theodorou and Maresso, 2022). Η σύγκριση αυτή σαφώς προέκυψε λόγω της ομοιότητας των Συστημάτων Υγείας των χωρών αυτών με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, τους παρεμφερείς δείκτες Ανθρώπινης και Οικονομικής Ανάπτυξης, και τις ίδιες συνθήκες περιβάλλοντος. Παρόλα αυτά, οι εικόνες που παρουσιάστηκαν από την Ιταλία και την Ισπανία, με τους νεκρούς να στοιβάζονται σε ομαδικούς τάφους και τους γιατρούς να λιποθυμούν στους διαδρόμους των νοσοκομείων, δε μπορούσαν να βρουν ανταπόκριση στα ελληνικά δεδομένα.

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης δεν επηρεάζουν μόνο τη διάδοση της πληροφορίας, αλλά είναι καθοριστικά για τον τρόπο μετάδοσης της πληροφορίας, την έκταση που θα δοθεί σε ένα θέμα, την αλήθεια των πληροφοριών, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έχουν κατηγορηθεί για χειραγώγηση και καθοδήγηση. Η πανδημία COVID-19 είναι διαφορετική από προηγούμενες πανδημίες ποικιλοτρόπως. Στο πεδίο της ενημέρωσης εμφανίζονται οι περισσότερες διαφοροποιήσεις από τις άλλες πανδημίες, καθώς προβάλλονται περισσότερο οι αριθμοί, οι θάνατοι, τα προβλήματα, τα ηθικά διλήμματα για τα ανθρώπινα δικαιώματα και η κριτική για τον τρόπο διαχείρισης της πανδημίας (Abbas, Wang, Suand Ziapour, 2021).

6.2 Η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Το απρόσμενο ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19 είχε ως αποτέλεσμα την άνευ προηγουμένου πίεση στο Σύστημα Υγείας όλων των χωρών. Προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις και να επιτευχθεί το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, πραγματοποιήθηκαν διάφορες δοκιμές, οι οποίες σχετίζονταν με τη λειτουργία των Συστημάτων Υγείας, που αποσκοπούσαν στην αποσυμπίεση των νοσοκομειακών μονάδων και στην αποφυγή του συνωστισμού (Giannopoulou and Tsobanoglou, 2020). Επομένως, έπρεπε να ληφθεί μέριμνα, έτσι ώστε και να περιοριστεί η διασπορά της νόσου, αλλά συγχρόνως να συνεχίσουν να πραγματοποιούνται τα τακτικά ραντεβού των ασθενών, ιδιαίτερα αυτών που είχαν κάποιο χρόνιο νόσημα.

Παρόλα αυτά το Εθνικό Σύστημα Υγείας έπρεπε να αντιμετωπίσει αρκετά προβλήματα που προκλήθηκαν, όπως η δυσκολία, την οποία αντιμετώπισαν οι πολίτες στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, δεδομένου ότι υπήρχαν λιγότερα διαθέσιμα ραντεβού, η δυσκολία να προσεγγιστούν οι υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας, αλλά και η απόφαση να ακυρωθούν τα περισσότερα χειρουργεία που είχαν προγραμματιστεί. Επιπλέον την περίοδο αυτή καταργήθηκαν αρκετές υπηρεσίες, καθώς υπήρχε η ανάγκη για περισσότερα κέντρα διάγνωσης της νόσου, οπότε τα κέντρα υγείας μετατράπηκαν σταδιακά σε διαγνωστικά και εμβολιαστικά κέντρα. Ταυτόχρονα αυξήθηκε ο αριθμός των νοσούντων, καθώς με τη δυνατότητα να καταγράφονται καθημερινά τα κρούσματα και τα θύματα της πανδημίας, επισημάνθηκε η πρωτοφανής θνησιμότητα (Kousi, Mitsi and Simos, 2021).

Το ξαφνικό ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19 έφερε στην επιφάνεια μια μεγάλη αλήθεια, την ανάγκη να είναι το Σύστημα Υγείας ετοιμοπόλεμο και οι υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας σε ετοιμότητα, ώστε να μπορούν μελλοντικά να διαχειριστούν μια παρόμοια κατάσταση. Αναδείχτηκε η σπουδαιότητα της πρόληψης και της κατάλληλης στρατηγικής, ώστε να είναι το Σύστημα Υγείας εξοπλισμένο με κλίνες, φάρμακα, προμηθευτική ικανότητα και πρωτίστως, να υπάρχει μέριμνα για τους πολίτες που ανήκουν στις λεγόμενες ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες (Siettos, Anastassopoulou, Tsiamis, Vrioni and Tsakris, 2021). Επιπλέον, αναδείχτηκε η ανάγκη για περισσότερες κλίνες στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, γεγονός το οποίο σταδιακά επιτεύχθηκε, με τη μετατροπή ορισμένων νοσοκομείων και κλινικών σε «κλινικές COVID».

Επιπρόσθετα, αναδείχτηκε η ανάγκη για ισοκατανομή των πόρων Υγείας, αλλά και του υγειονομικού προσωπικού, τόσο στις πόλεις, όσο και σε όλη την επικράτεια (Apostolopoulos, Liargovas, Sk liasand Apostolopoulos, 2021). Healthcare enterprises and public policies on COVID-19: Insights from the Greek rural areas. Strategic Change, 30(2), 127-136.. Ένα άλλο πρόβλημα που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η πτώση της παραγωγικότητας, η υπερκατανάλωση αγαθών, μέσων και ιατρικού εξοπλισμού, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα την υπερχρέωση των ασφαλιστικών ταμείων. Ταυτόχρονα η υγειονομική κρίση συνέβαλε σε μια περαιτέρω οικονομική κρίση, η οποία είχε ως αποτέλεσμα να περιοριστεί ο προϋπολογισμός για την Υγεία.

6.3 Πρόσβαση μεταναστών και προσφύγων σε Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Το Ελληνικό Σύνταγμα προβλέπει, στην παράγραφο 2 του άρθρου 5, την προστασία του δικαιώματος στην Υγεία για κάθε άνθρωπο, που βρίσκονται στην Ελλάδα, είτε πρόκειται για τους Έλληνες πολίτες, είτε για τουρίστες, είτε για ανθρώπους που έχουν μεταβεί στη χώρα για επαγγελματικούς λόγους ή λόγους υγείας, είτε για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες. Παρόλα αυτά, επισημάνθηκε σε πολλές περιπτώσεις, η αδυναμία του ελληνικού Συστήματος Υγείας να παρέχει ισότιμη πρόσβαση στους μετανάστες και τους πρόσφυγες στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.

Αμέσως μετά το ξέσπασμα της πανδημίας και κατά τη διάρκεια της εξάπλωσής της, άρχισαν να εμφανίζονται κρούσματα σε δομές, στις οποίες επικρατούσαν ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης και συνωστισμού, συνθήκες οι οποίες συντέλεσαν στο να σημειωθεί διασπορά στον πληθυσμό και να εξαπλωθεί η πανδημία. Οι περισσότεροι εκ των προσφύγων που ήρθαν αντιμέτωποι με τις συνέπειες της πανδημίας ήταν φιλοξενούμενοι σε Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ), στα οποία το περιβάλλον ήταν ανθυγιεινό και οι παροχές υπηρεσιών Υγείας ελάχιστες. Σύμφωνα με τον Fouskas, (2020), οι προκλήσεις που αντιμετώπισαν οι μετανάστες που φιλοξενούνταν στα ΚΥΤ αναφορικά με την πανδημία, θα πρέπει να εξεταστούν από την πολιτεία ώστε να αποφευχθεί στο μέλλον μια παρόμοια κατάσταση.

Ταυτόχρονα η πανδημία ανέδειξε και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στο θέμα της υγείας και τις ανισότητες που υπάρχουν, οι οποίες ενισχύθηκαν και διευρύνθηκαν από τις συνέπειες της πανδημίας. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις παρατηρήθηκε ότι η πολιτεία έλαβε πολύ πιο περιοριστικά μέτρα για τους μετανάστες, από ότι για τον υπόλοιπο πληθυσμό, επεκτείνοντας μάλιστα τη διάρκειά τους πέρα από την αντίστοιχη για τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Παρόλα αυτά στο άρθρο 21, παρ.2 του Συντάγματος προβλέπεται η υποχρέωση του Ελληνικού κράτους να παρέχει κοινωνική φροντίδα και ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες σε υπηκόους τρίτων χωρών, δηλαδή σε όσους δεν έχουν ούτε την ελληνική ιθαγένεια, ούτε την ιθαγένεια άλλου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. Επιπλέον, για όσους μετανάστες, πρόσφυγες και γενικότερα υπηκόους τρίτους χωρών διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα, είναι απαραίτητο να έχει εκδοθεί Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.), προκειμένου να μπορούν να αποκτήσουν πρόσβαση σε νοσοκομειακές και ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες (Carruthers, Veizis, Kondilis and Mc Cann, 2020).

Η πανδημία και ο τρόπος που επηρέασε τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, έφερε στην επιφάνεια, για πολλοστή φορά, την ανάγκη για βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους, και την ύπαρξη ενός σχεδίου δράσης, σε περιπτώσεις που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, όταν υπάρχουν θέματα σχετιζόμενα με την υγεία και μάλιστα σε τέτοια έκταση. Η πανδημία COVID-19, βρήκε τους μετανάστες να ζουν σε υπεράριθμες δομές, να μην έχουν υγειονομική ασφάλιση και να μην έχουν πόρους για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας τους, με αποτέλεσμα τη διασπορά της νόσου μεταξύ τους, αλλά και στον υπόλοιπο πληθυσμό (Fouskas, 2020).

6.4 Η ζωή στην πανδημία: Κοινωνική απομόνωση και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

Η απομόνωση των ανθρώπων και το μέτρο της καραντίνας δεν είναι κάτι καινούριο, αλλά έχει χρησιμοποιηθεί πολλές φορές, προκειμένου να ελεγχθεί η εξάπλωση των νόσων. Η τακτική της καραντίνας χρησιμοποιήθηκε από τις κυβερνήσεις των κρατών σε παγκόσμιο επίπεδο, με σκοπό να εμποδίσουν την εξάπλωση της λοίμωξης. Το γεγονός αυτό, συνδυάστηκε με το κλείσιμο των περισσότερων επιχειρήσεων και καταστημάτων (όπως η εστίαση), την απαγόρευση της κυκλοφορίας, τους περιοριστικούς όρους για τις συναθροίσεις ακόμα και στο ίδιο το σπίτι των πολιτών, τη λειτουργία των μέσων μαζικής μεταφοράς, στα ταξίδια και άλλα (Facmhn and Bhullar, 2020).

Οι περιορισμοί που τέθηκαν δημιούργησαν μια άνευ προηγουμένου αναστάτωση σε όλο τον κόσμο, επηρεάζοντας αρνητικά ανθρώπους, οικογένειες, κράτη έχουν επηρεάσει μεγάλο μέρος (αν όχι όλο) του παγκόσμιου πληθυσμού. μεταβάλλοντας δραματικά την καθημερινότητα των πολιτών, καθιστώντας τη ζωή τους πολύ πιο δύσκολη (Brooksetal. 2020). Η καθημερινότητα πολλών ανθρώπων, κατά τη διάρκεια της πανδημίας δε θύμιζε τίποτα από αυτό που γνώριζαν και ζούσαν πριν την πανδημία, ενώ ο «κανονικός» τρόπος ζωής όπως τον ξέρουμε βρέθηκε σε αναστολή αμφιβόλου πέρατος.

Η καραντίνα που επιβλήθηκε και η οικειοθελής απομόνωση, συνέβαλε στην απομάκρυνση των ανθρώπων από τα συγγενικά τους πρόσωπα, τους φίλους, την αλλαγή των συνηθειών τους και της καθημερινότητάς τους. Πολλές συνηθισμένες δραστηριότητες απαγορεύτηκαν και σε ορισμένα περιβάλλοντα, όπως είναι κάποιες δομές φιλοξενίας αλλά και οι φυλακές, η απομόνωση ήταν μια μορφή επιπλέον τιμωρίας ή μομφής. Η απομόνωση αδιαμφισβήτητα συμβάλει στη δημιουργία και την μεγέθυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ιδιαίτερα για τα ευάλωτα άτομα. Στην προκειμένη περίπτωση τα ευάλωτα άτομα ήταν τα άτομα που αντιμετώπιζαν ήδη κάποιο θέμα ψυχικής υγείας, οπότε επιδεινώθηκε, οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, οι οποίοι δε μπορούσαν πλέον να έχουν πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας για τις θεραπείες τους, οι φτωχοί άνθρωποι, οι άστεγοι, οι μετανάστες, οι γυναίκες που δεν εργάζονταν και αναλάμβαναν τη φροντίδα ασθενών, τα παιδιά και οι έφηβοι, καθώς επηρεάστηκε και η εκπαίδευσή τους και οι ηλικιωμένοι (Facmhn and Bhullar, 2020).

Όταν αλλάζει ο τρόπος ζωής, τότε οι άνθρωποι γίνονται ανασφαλείς, αγχώνονται, παρερμηνεύουν, αρχίζουν να αποφεύγουν τους άλλους υπό το φόβο μετάδοσης της νόσου, ενοχοποιούν και περιθωριοποιούν μειονότητες, όπως για παράδειγμα οι αθίγγανοι και οι μετανάστες για τον τρόπο που ζουν και τον κίνδυνο να γίνουν εστίες μετάδοσης της νόσου. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η στήριξη των ατόμων, καθώς ο περιορισμός και η απομάκρυνση των ανθρώπων μπορεί να επηρεάσει τον ψυχικό του κόσμο και να αποτελέσει απειλή για τη ζωή του (Hawrylucketal. 2004).

Τα σοβαρά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με την απομόνωση μεγάλου αριθμού ατόμων σε καραντίνα τονίζουν ότι τέτοιες αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο στις πιο σοβαρές καταστάσεις. Η κοινωνική απομόνωση που σχετίζεται με την καραντίνα μπορεί να είναι ο καταλύτης για πολλά επακόλουθα ψυχικής υγείας, ακόμη και σε ανθρώπους που ήταν προηγουμένως καλά. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν οξείες διαταραχές στρες, ευερεθιστότητα, αϋπνία, συναισθηματική δυσφορία, διαταραχές της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, του φόβου και του πανικού, του άγχους και του στρες λόγω των οικονομικών ανησυχιών, απογοήτευση και πλήξη, μοναξιά, έλλειψη προμηθειών και κακή επικοινωνία (Brooksetal. 2020).

Επιπλέον, όσο περισσότερο ένα άτομο περιορίζεται σε καραντίνα, τόσο χειρότερα είναι τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, αυξάνονται και επιδεινώνονται τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες, της συμπεριφοράς αποφυγής και του θυμού (Brooksetal. 2020). Οι μεγαλύτεροι χρόνοι σε καραντίνα συνδέονται ιδιαίτερα με αυξανόμενα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, τα οποία μπορεί να υποδηλώνουν ότι η ίδια η καραντίνα μπορεί να βιώθηκε ως τραυματικό γεγονός (Hawrylucketal. 2004). Άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την καραντίνα μπορεί να περιλαμβάνουν ακανόνιστη ή λιγότερη παροχή συνήθων προμηθειών, όπως είδη διατροφής και φαρμακευτική αγωγή και περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων ρουτίνας (Brooksetal. 2020).

Για άτομα με υπάρχουσα πάθηση ψυχικής υγείας, η απομόνωση παρουσιάζει πιο σοβαρά προβλήματα και μπορεί να επιδεινώσει τα συναισθήματα άγχους και θυμού (Jeongetal. 2016). Τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι πιθανό να επηρεαστούν επίσης από την προηγούμενη κοινωνική τους απομόνωση και άλλα κοινωνικά ζητήματα που επιδεινώνουν την ευαλωτότητά τους, όπως η έλλειψη

στέγης, η μοναξιά και η κακή σωματική υγεία. Η έλλειψη στέγης θέτει τους ανθρώπους σε κίνδυνο μιας σειράς κακών αποτελεσμάτων υγείας (Wilson et al. 2019) και αυτοί οι κίνδυνοι είναι πιθανό να επιδεινωθούν σε μια πανδημία. Πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες παρουσίασαν έξαρση των προϋπαρχόντων συμπτωμάτων τους ως αποτέλεσμα της νέας νόσου με τον επιπλέον περιορισμό.

Άτομα υπό θεραπεία για μια σειρά από παθήσεις όπως ο αλκοολισμός και άλλα παρόμοια θέματα μπορεί επίσης να είναι ευάλωτα σε υποχωρήσεις και πρόσθετες επιπλοκές που προκύπτουν από την επιβεβλημένη κοινωνική απομόνωση. Πολλοί άνθρωποι σε αυτές τις ευάλωτες ομάδες βασίζονται σε υποστηρίξεις και προγράμματα που μπορεί να χαθούν ή να διακοπούν λόγω περιορισμών που σχετίζονται με την πανδημία COVID-19.

Στην Ελλάδα η κοινωνική απομόνωση βρήκε τις ευάλωτες ομάδες σε δυσχερή θέση, καθώς ο περιορισμός στο σπίτι και η αδυναμία πρόσβασης αυτών των ευάλωτων ανθρώπων σε υπηρεσίες υγείας και ψυχολογικής υποστήριξης, επιβάρυνε ακόμα περισσότερο την πρότερη κατάστασή τους. Στόχος του ελληνικού κράτους τέθηκε η προσπάθεια για να εξασφαλιστούν στοχευμένοι πόροι για να διασφαλιστούν υπηρεσίες που θα επιτρέψουν στους ανθρώπους να διατηρηθούν σε μια καλή κατάσταση και να αποκαταστήσουν μείζονα θέματα της υγείας τους (Markantonatou, 2021).

Κατά τη διάρκεια αυτής της παγκόσμιας πανδημίας, είναι σημαντικό να συνεχίσει την υποστήριξη αυτών που βρίσκονται στην κοινότητα και είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, αυτών των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν αυτή την πανδημία με άγχος και αβεβαιότητα.

6.5 Η εθνική στρατηγική για τη μείωση της φτώχειας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Στην Ελλάδα η αναφορά του πρώτου κρούσματος έγινε τις τελευταίες μέρες του Φεβρουαρίου του 2020, γεγονός που έδωσε στη χώρα το περιθώριο να λάβει κάποια μέτρα και να προετοιμάσει το Σύστημα Υγείας της, παρατηρώντας τις εξελίξεις της πανδημίας σε άλλες χώρες (Maltezos, Papadima, Gkolfinopoulou, Ferentinos, Mouratidou, Andreopoulou and Sipsas, 2021). Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κατάσταση, έπρεπε να ληφθεί υπόψη η προσθετική δράση της φτώχειας, σε όλες τις

δυσκολίες που είχαν να αντιμετωπίσουν οι άνθρωποι από τα νέα δεδομένα που επέβαλε η νόσος.

6.5.1 Η εθνική στρατηγική για τη μείωση της φτώχειας πριν το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19

Από τον Ιανουάριο του 2013 ξεκίνησε η προσπάθεια για να σχεδιαστεί η Εθνική Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης, η οποία βασίστηκε στις ακόλουθες προτεραιότητες:

1. Μεταβολή του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας, για να καλύπτει όλο τον πληθυσμό

2. Ενίσχυση της «ενεργητικής» διάστασης σε θέματα Κοινωνικής Πρόνοιας.

Ο σχεδιασμός του «Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Κοινωνικής Ένταξης» ξεκίνησε το 2014 και περατώθηκε το καλοκαίρι του 2015 από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας. Το σχέδιο αυτό, το οποίο έθεσε τις κατευθυντήριες οδούς για τον τρόπο δράσης κάθε περιφέρειας, αποτελείται από τρεις πυλώνες και τέσσερις επιχειρησιακούς άξονες, με επιμέρους μέτρα και οδηγίες.

Οι τρεις πυλώνες του «Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Κοινωνικής Ένταξης» βασίστηκαν στις Ευρωπαϊκές οδηγίες και διαμορφώθηκαν ως εξής:

1. Αντιμετώπιση της φτώχειας
2. Προσιτές υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας
3. Συμμετοχή όλων στην Αγορά εργασίας

Οι τρεις παραπάνω πυλώνες περιλαμβάνουν τους ακόλουθους επιχειρησιακούς άξονες:

1. Αντιμετώπιση ακραίας φτώχειας
2. Αντιμετώπιση αποκλεισμού των παιδιών
3. Μέριμνα για τις ευπαθείς ομάδες και
4. Προώθηση πολιτικών ένταξης

Το «Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής ένταξης» είχε ανάγκη αυτές τις αλλαγές, ώστε να γίνει πιο αποτελεσματικό, να το εμπιστευτούν οι πολίτες, αλλά και όσοι διαμένουν στη χώρα ή πρόκειται να εισέλθουν σε αυτή για επαγγελματικούς λόγους ή λόγους αναψυχής. Βάσει αυτού του σκεπτικού υλοποιήθηκε η αναδιοργάνωση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος με νέες ψηφιακές υπηρεσίες, με διαφάνεια και

αξιοπιστία, λιγότερη γραφειοκρατία, πιο απλές διαδικασίες και έλεγχο και παρέμβαση, όπου απαιτείται (Panitsides, 2013).

Η μεταρρύθμιση και η υλοποίηση των μεταβολών του «Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Ένταξης», απασχόλησε πολύ τις κυβερνήσεις και τον κρατικό μηχανισμό με αποτέλεσμα, στα χρόνια που ακολούθησαν να γίνουν πολλές αναπροσαρμογές.

Το 2018 σχεδιάστηκε το νέο σχέδιο που αφορούσε «Εθνική Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης», το οποίο βασίστηκε στις Ευρωπαϊκές οδηγίες Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας, 2018), και αποσκοπούσε στον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων και της φτώχειας, στη διευκόλυνση όλων των διαμενόντων στην Ελλάδα για πρόσβαση σε υπηρεσίες, αλλά και για κάλυψη της ανάγκης κάθε ανθρώπου να εργαστεί και να εξασφαλιστεί με αυτό τον τρόπο οικονομικά.

6.5.2 Η εθνική στρατηγική για την εξάλειψη της φτώχειας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Η επικαιροποίηση του σχεδίου της «Εθνικής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης», πραγματοποιήθηκε το έτος 2020 από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, η οποία βασίστηκε στην αξιολόγηση του προγράμματος «Εθνικής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης 2014-2020», και στο πρόγραμμα ΕΣΠΑ 2021-2027. Το νέο σχέδιο, πέραν των καθορισμένων και συγκεκριμένων στόχων για την υγεία, είχε σκοπό να εξασφαλίσει τις ευάλωτες ομάδες, οι οποίες επηρεάστηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό από τον υπόλοιπο πληθυσμό από την πανδημία και την ενίσχυση της οικονομικής κρίσης.

Απώτερος στόχος του σχεδιασμού ήταν να διασφαλιστεί ότι θα διευκολυνθούν όλοι οι άνθρωποι ώστε να έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας, να ληφθούν μέτρα υποστήριξης των ευάλωτων ομάδων και να εξαλειφθεί η κοινωνική περιθωριοποίηση. Εθνικό Σύστημα Υγείας ανασυγκροτούταν, αν υλοποιούταν η επίτευξη της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου και αν εξαφανιζόταν κάθε είδος κοινωνικής περιθωριοποίησης. Αυτοί ήταν και οι στόχοι, τους οποίους έθεσε η «Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας», καθώς είχε γίνει αντιληπτό ότι μέσω του νέου σχεδιασμού σταδιακά θα εξασφαλιζόταν η κοινωνική ένταξη όλων των ατόμων που διαβιούν εντός της ελληνικής επικράτειας.

Στην Εικόνα 1 αποτυπώνονται οι Ομάδες Στόχοι της «Εθνικής Στρατηγικής για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας 2021-2027»:



Εικόνα 1. Ομάδες Στόχοι της ΕΣΚΕ 2021-2027 Πηγή:<https://ypergasias.gov.gr>

Η «Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας 2021-2027» στηρίχθηκε στους ακόλουθους επιχειρησιακούς άξονες:

- i. Πρόσβαση σε πόρους και αγαθά. Ο άξονας αυτός αφορά όλο τον πληθυσμό και ιδιαίτερα τα άτομα, που ζουν κάτω από συνθήκες ακραίας φτώχειας ή είναι άστεγοι. Σκοπός είναι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της στέγασης, να εξαλειφθούν οι διακρίσεις μεταξύ των ανθρώπων και των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός, εστιάζοντας στην πρόληψη αυτού, να προστατευτεί ο θεσμός της οικογένειας και να ενισχυθεί, να εξαλειφθεί η παιδική φτώχεια. Για να υλοποιηθούν οι στόχοι αυτοί, τέθηκαν προτεραιότητες και λήφθηκαν μέτρα, όπως η δυνατότητα για πρόσβαση σε ικανοποιητικούς για τη διαβίωση πόρους, η εγγύηση ελάχιστου εισοδήματος, η ικανοποίηση της ανάγκης για στέγη, η πρόσβαση στο σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, οι οικονομικές διευκολύνσεις ατόμων που είτε δεν είχαν εργασία, είτε βρίσκονταν σε επισφαλή θέση εργασίας, η πρόσβαση σε διάφορα επιδόματα από όλους ανεξαιρέτως τους δικαιούχους διαμένοντες στην Ελλάδα, (επίδομα παιδιού, γέννησης, κ.α.), η ενίσχυση

μητρότητας, αλλά και των ανάδοχων οικογενειών, η υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων με αναπηρίες και πληθώρα άλλων μέτρων.

- ii. Πρόσβαση σε υπηρεσίες. Ο άξονας αυτός απευθύνεται περισσότερο στα άτομα, που αντιμετωπίζουν την ακραία φτώχεια, τα Άτομα με Αναπηρίες, τα παιδιά και τους ηλικιωμένους, τους άστεγους, τις γυναίκες που έχουν γίνει θύματα κακοποίησης και άλλες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Βασικός στόχος είναι η εξάλειψη κάθε είδους διάκρισης και κοινωνικού αποκλεισμού, η προστασία των παιδιών και της οικογένειας και γενικά η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής όλων των ανθρώπων, εστιάζοντας σε αυτούς που ανήκουν σε ευάλωτες κατηγορίες του πληθυσμού.
- iii. Πρόσβαση στην αγορά εργασίας. Ο άξονας αυτός αφορά τους άνεργους και τους εργαζόμενους σε επισφάλεια. Οι στόχοι της κοινωνικής ένταξης σε αυτή την περίπτωση είναι η ενεργός ένταξη, ώστε να υπάρχουν ίσες ευκαιρίες, η ενεργός συμμετοχή, η ενίσχυση της δια βίου μάθησης, η διαχείριση των αλλαγών και η ενίσχυση της κοινωνικής οικονομίας.

Η οικονομική πλευρά της υλοποίησης ενός τέτοιου σχεδίου δράσης, όπως η «Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας 2021-2027», κατέστησε απαραίτητη τη χρήση εθνικών πόρων και τη χρηματοδότηση από Ευρωπαϊκούς μηχανισμούς.

6.5.3 Επικαιροποίηση της «Εθνικής Στρατηγικής για τη Μείωση της Φτώχειας 2022»

Ο εθνικός σχεδιασμός για τη μείωση της φτώχειας, που ξεκίνησε το 2014, επικαιροποιήθηκε το 2018, χρειάστηκε να συμπεριλάβει νέα στοιχεία και μέτρα το 2020, λόγω της πανδημίας και των νέων αναγκών, και με την παρέλευση των δύο πρώτων ετών της πανδημίας υπέστη μια ακόμα τροποποίηση, ώστε να καλυφθούν περαιτέρω οι ανάγκες του πληθυσμού της χώρας.

Το σχέδιο για την αντιμετώπιση της φτώχειας περιλάμβανε μέτρα, που αποσκοπούσαν στην κάλυψη παραλείψεων ή κενών, τα οποία επισημάνθηκαν τα δύο πρώτα έτη της πανδημίας.

Τα Κοινωνικά Κέντρα, αναβαθμίστηκαν, συμπεριλήφθηκαν στους ΟΤΑ, με σκοπό να προσφέρουν υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Επομένως, τα Κέντρα Κοινότητας, όπου αυτά υπάρχουν, θα μετατραπούν σε Κοινωνικά Κέντρα, οι Δήμοι που δε διαθέτουν Κέντρα Κοινότητας, θα ενισχυθούν με Κοινωνικά Κέντρα. Ο επιθυμητός στόχος είναι να αποκτήσουν πιο εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες όλοι οι κάτοικοι του εκάστοτε Δήμου και να μπορούν να ενημερώνονται για ότι τους αφορά.

Ταυτόχρονα, ο νέος σχεδιασμός προβλέπει ότι θα συνεχίσουν να υφίστανται τα μέτρα, τα οποία αφορούν σε επιδόματα, με τη διαφοροποίηση ότι θα εξεταστούν όλα αυτά τα επιδόματα, ώστε να επισημανθεί η αναγκαιότητά τους, ενώ τα άτομα που επλήγησαν από την πανδημία και αποδεδειγμένα αντιμετωπίζουν πρόβλημα διαβίωσης θα ενισχυθούν με νέα επιδόματα. Το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, αποτελεί το κατεξοχήν μέτρο του ελληνικού κράτους για την κοινωνική προστασία και την ενίσχυση των οικονομικά αδύναμων. Δεδομένων των συνεπειών της πανδημίας το ελληνικό κράτος αποσκοπεί στην ένταξη όλων των ατόμων, οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια για να λάβουν το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, σε προγράμματα εύρεσης εργασίας, περίπου είκοσι χιλιάδες άτομα κάθε χρόνο.

Επιπλέον, για να περιοριστεί έως και να εξαλειφθεί η φτώχεια θα πρέπει:

- Να βελτιωθούν οι παροχές
- Να αναβαθμιστεί και να ψηφιοποιηθεί το σύστημα των υπηρεσιών πρόνοιας
- Να αλλάξει ο τρόπος που επιτελείται το έργο της κοινωνικής πρόνοιας (μέριμνα και προστασία)
- Να υποστηριχθεί η μητρότητα
- Να ενισχυθεί η μέριμνα για το παιδί
- Να εξαλειφθεί η φτώχεια αναφορικά με τα παιδιά
- Να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των παιδιών
- Να καταπολεμηθεί η έμφυλη βία,
- Να γίνει προσπάθεια για ελάττωση του αριθμού των φιλοξενούμενων σε ιδρύματα
- Να ληφθεί μέριμνα για τους άστεγους και τους άνεργους
- Να αυξηθούν οι δομές φιλοξενίας
- Να αυξηθούν οι δράσεις για τους ηλικιωμένους
- Να γίνει επαναπροσδιορισμός των κριτηρίων και του τρόπου αξιολόγησης των ατόμων με αναπηρία

- Να επιτευχθεί η ισορροπία μεταξύ οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής
- Να υποστηριχθεί και να ενδυναμωθεί η οικογένεια

6.6 Το εθνικό σχέδιο για τη δημόσια υγεία σε περίοδο πανδημίας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, δεν έμεινε ανεπηρέαστο από την πολυετή οικονομική κρίση, με συνέπεια να κρίνεται απαραίτητη και σημαντική η αναδιοργάνωσή του. Αυτή η αναδιάρθρωση, η οποία αποτελούσε ανέκαθεν μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που είχαν να αντιμετωπίσουν οι Ελληνικές Κυβερνήσεις, επιταχύνθηκε την περίοδο της πανδημίας, με την Ελλάδα να συμμετέχει σε δράσεις ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών.

Το δικαίωμα στην υγεία μπορεί να διασφαλιστεί αν κυριαρχήσει η ηθική και αν εξαλειφθούν οι ανισότητες στην υγεία, γεγονός που θα οδηγήσει στην υγεία για όλους.

6.6.1 Το εθνικό σχέδιο για τη δημόσια υγεία πριν το ξέσπασμα της πανδημίας

Το Μάιο του 2019, αναπτύχθηκε το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία», σύμφωνα με τις προτεραιότητες που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας «για την επίτευξη των βασικών στρατηγικών στόχων που αφορούν στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, στη βελτίωση της υγείας για όλους και στη συμμετοχική διακυβέρνηση για την υγεία», (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Αναγνωρίζεται η ανάγκη να ενισχυθούν οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, να επιτευχθεί η διαχείριση των μεταναστευτικών ροών και να διασφαλιστεί η υγεία των μεταναστών και των προσφύγων, να αντιμετωπιστούν όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία και συνυπάρχουν με την ανεργία, τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις συνθήκες υγιεινής, να υπάρχει έγκαιρη ανταπόκριση σε απειλές δημόσιας υγείας, καθώς και ρύθμιση θεμάτων πόρων του συστήματος.

Πρόκειται για μια ουσιαστική και σημαντική αλλαγή νοοτροπίας, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι δεν είχε ξεσπάσει ακόμα η πανδημία. Ο σχεδιασμός που έλαβε χώρα δεν είχε επιχειρηθεί στο παρελθόν σε τέτοια έκταση και με τέτοιο τρόπο, ώστε να συμπεριλαμβάνει την ανάλυση όλων των επιδημιολογικών δεδομένων και να αναφέρεται σε κάθε εκτιμώμενο κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, αποσκοπώντας στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου διαβίωσης. Επιπλέον, σκοπός του σχεδιασμού ήταν να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες και να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους. Το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη

Δημόσια Υγεία» στόχευσε στην ισότιμη διάθεση των πόρων για την υγεία και στην διασφάλιση της ισότητας όλων των διαμενόντων στην Ελληνική Επικράτεια σε θέματα υγείας(Υπουργείο Υγείας, 2019).

6.6.2 Το «Εθνικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία» κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Όταν ξεκίνησε η πανδημία ο κόσμος δεν ήταν καθόλου προετοιμασμένος για αυτό που ακολούθησε, καθώς η τελευταία πανδημία μετρούσε σχεδόν 100 χρόνια από το πέρας της. Επιπλέον, το Σύστημα Υγείας κάθε χώρας, και ιδιαίτερα αυτών των χωρών, οι οποίες είχαν υποστεί τεράστιες οικονομικές επιπτώσεις από την μακροχρόνια οικονομική κρίση, ήρθε αντιμέτωπο με μια πρωτόγνωρη κατάσταση, η οποία περιλάμβανε περισσότερη πίεση, με τους ασθενείς από τη νόσο COVID-19 και τα θύματά της να αυξάνονται μέρα με τη μέρα. Στην Ελλάδα, η οποία ήταν από τις τελευταίες Ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες επηρεάστηκαν από την πανδημία, το σύστημα υγείας είχε βρει το χρόνο να προετοιμαστεί για αυτά που αντιμετώπιζαν οι γειτονικές χώρες, οπότε θεσπίστηκαν ειδικοί νόμοι, καθιερώθηκαν νέες διαδικασίες και οργανώθηκαν νέοι οργανισμοί.

Το 2019, με το Νόμο 4633/2019, ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), και η Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΕΕΕΚΔΥ), ενώ με το Νόμο 4647/2019, καθορίστηκε η δυνατότητα πρόσβασης τις υπηρεσίες υγείας για τους μετανάστες. Η σύσταση της Διεύθυνσης Επιχειρησιακών Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας, είχε σκοπό να αντιμετωπιστούν οι έκτακτες καταστάσεις που σχετίζονται με την Υγεία και να καθοριστεί μια κρατική υπηρεσία, η οποία στο εξής θα είναι υπεύθυνη να επικοινωνεί την κατάσταση, να εκπροσωπεί τη χώρα διεθνώς και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και να συντονίζει όλους τους φορείς, οι οποίοι σχετίζονται με την Υγεία

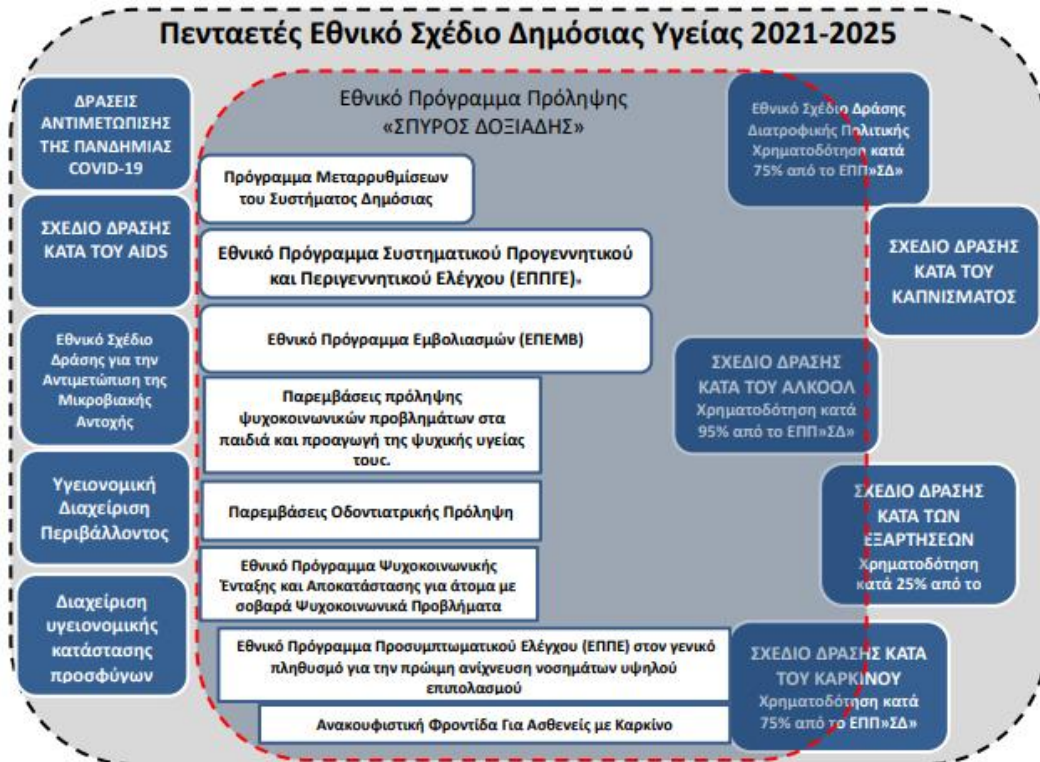
Με το Νόμο 4675/2020 (ΦΕΚ 54/τ.Α'/11.3.2020), επιχειρήθηκε να προληφθεί να προστατευτεί και να προαχθεί η υγεία όλων των διαμενόντων στην Ελληνική Επικράτεια, αλλά και να αναπτυχθούν, να ανασυνταχθούν και να αναδιαρθρωθούν οι υπηρεσίες υγείας. Με την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου «Μέτρα Αντιμετώπισης της Πανδημίας του Κορωνοϊού COVID-19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις» (άρθρο 27), (ΦΕΚ 75/τ.Α'/30.03.2020) δημιουργήθηκε το «Εθνικό Μητρώο Ασθενών από κορωνοϊό COVID-19».

Το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025», αποτελεί την Ελληνική στρατηγική, η οποία αποσκοπεί στην πρόληψη, με σκοπό να μη χρειάζεται η εκ των υστέρων αντιμετώπιση. Σκοπός του Υπουργείου Υγείας ήταν να αντιληφθούν οι πολίτες ότι είναι σοφότερο να προλαμβάνεις παρά να βρίσκεσαι στη δυσμενή θέση να αντιμετωπίσεις μια δύσκολη κατάσταση, γεγονός που προήγαγε στους πολίτες την πρόληψη ως τρόπο ζωής (Υπουργείο Υγείας, 2021). Επιπλέον, το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025», στηρίχθηκε στην αρχή στην οποία βασίστηκαν όλες οι δράσεις και οι οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δηλαδή να μη μείνει κανείς άνθρωπος πίσω στο θέμα της υγείας. Για το λόγο αυτό το πενταετές σχέδιο δράσης έχει θέσει συγκεκριμένους και εφικτούς στόχους, με προγραμματισμό κάθε δράσης, με διαφανείς τρόπους υλοποίησης και με προϋπόθεση τη συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων δημόσιων φορέων. Επιπρόσθετα, ως στόχος τίθεται η έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των πολιτών από επιστήμονες για θέματα υγείας, με σκοπό να παρέχεται ενημέρωση τόσο στο στάδιο της πρόληψης, όσο στο στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας.

Οι στόχοι του Εθνικού Σχεδίου για τη δημόσια υγεία δεν είναι νέοι στόχοι, αλλά αποτελούν στόχους που έχουν προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, τα οποία επέβαλε η εμφάνιση και επικράτηση της πανδημίας (Υπουργείο Υγείας, 2021). Η πανδημία αποτέλεσε και αποτελεί συγκυρία, η οποία επισημαίνει τις μεταρρυθμίσεις και τις προσαρμογές που πρέπει να γίνουν, ώστε οι μελλοντικές προκλήσεις να αντιμετωπιστούν με ετοιμότητα.

Ο πιο σημαντικός στόχος για την εφαρμογή της συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία είναι η αναβάθμιση του επιπέδου υγείας, καθώς και του βιοτικού επιπέδου των πολιτών, της ποιότητας της ζωής τους, με σκοπό την εξασφάλιση της Δημόσιας Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2021).

Οι βασικοί κανόνες της «Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας», που προβλέπει ο Ν. 4675/2020 (άρθρο 2), είναι να επισημανθούν οι παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των πολιτών, να εκτιμώνται οι δείκτες υγείας, να αντιμετωπίζονται άμεσα και αποτελεσματικά οι κίνδυνοι και να προστατεύονται οι άνθρωποι που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες. Με αυτή την πολιτική θα μπορεί να υπάρξει ένας έλεγχος και περιορισμός των επικίνδυνων νόσων, οι οποίες παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλό επιπολασμό, ώστε να προαχθεί η υγεία, η ευημερία και η επιβίωση.



Εικόνα 2. Το πενταετές Εθνικό Σχέδιο Δημόσιας Υγείας 2021-2025.

Τον Ιούνιο του 2022 κατατέθηκε στη Βουλή το νομοσχέδιο «Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας». Το νομοσχέδιο προέβλεπε την παράταση ορισμένων μέτρων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες από την πανδημία (Υπουργείο Υγείας, 2021):

- Παρατάθηκε η λειτουργία των εμβολιαστικών κέντρων
- Παρατάθηκε η διάρκεια της «Εθνικής Εκστρατείας Εμβολιασμού»
- Παρατάθηκαν οι συμβάσεις ιδιωτών ιατρών, τόσο για τους εμβολιασμούς, όσο και για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών
- Δημιουργήθηκε ένα «δίκτυο νοσηλευτών για κατ' οίκον υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας και λήψη δειγμάτων βιολογικού υλικού από πρόσωπα πιθανά κρούσματα κορωνοϊού COVID-19»
- Παρατάθηκαν οι συμβάσεις ιδιωτών ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία
- Παρατάθηκαν οι συμβάσεις συνταξιούχων ιατρών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

- Ενισχύθηκε οικονομικά το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (Ι.Φ.Ε.Τ.), ώστε να διατεθούν οι απαραίτητες ποσότητες διαγνωστικών τεστ για την COVID-19
- Προβλέφθηκε η ένταξη ευπαθών ομάδων, όπως οι ασθενείς με «χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου» σε συμβεβλημένες υπηρεσίες.

6.7 Οι επιπτώσεις των μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας

Η πανδημία COVID-19 αντιμετωπίστηκε από την Ελληνική Κυβέρνηση σε δύο στάδια, το στάδιο της θεραπείας και το στάδιο της πρόληψης. Σε κάθε στάδιο βαρύνουσα σημασία έχει το υπάρχον Σύστημα Υγείας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι υφιστάμενες νοσοκομειακές και κοινωνικές δομές. Καταρχήν θα πρέπει να εντοπιστούν τα κρούσματα, στη συνέχεια να δοθούν οδηγίες σε αυτούς που δε θεωρούνται βαριά περιστατικά και στη συνέχεια να εντοπιστούν αυτοί που χρειάζονται νοσοκομειακή φροντίδα. Ο εντοπισμός των ανθρώπων, οι οποίοι νοσούν είναι πρωταρχικής σημασίας για να αποτραπεί η διασπορά της νόσου στην κοινότητα, για αυτό το λόγο η ενδεδειγμένη διεξαγωγή τεστ ανίχνευσης αποτέλεσε την κατεξοχήν πολιτική του ελληνικού κράτους.

Η πανδημία COVID-19, πέρα από τις επιπτώσεις της στο ευρύ κοινό, επιφύλαξε ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στη νόσο, για τους ανθρώπους που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες και ζουν κάτω από ακατάλληλες συνθήκες, αλλά και για αυτούς που εργάζονται στον τομέα της Υγείας και αδιαμφισβήτητα εκτέθηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό στη νόσο και είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν. Η νόσος Εθνική Στρατηγική για την καταπολέμηση της φτώχειας βρήκε πρόσφορο έδαφος σε περιοχές, στις οποίες οι συνθήκες διαβίωσης ευνοούσαν την εξάπλωση και τη συντήρηση του ιού. Κατοικίες και καταυλισμοί με υγρασία, με κόσμο συνωστισμένο και εξαντλημένο, με ανθρώπους από τους οποίους έλειπαν τα βασικά αγαθά, τρόφιμα, φάρμακα, ακόμα και το νερό, όλα αυτά αποτέλεσαν επιβαρυντικό παράγοντα για όσους νοσούσαν (Barron, Laryea-Adjei, Vike-Freiberga, Abubakar, Dakkak, Devakumar, 2021).

Επιπλέον, οι επιπτώσεις της COVID-19 δεν επηρέασαν μόνο τη σωματική υγεία των ανθρώπων που νόσησαν. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας επεκτάθηκαν και στον πληθυσμό που δε νόσησε, αλλά λόγω των μέτρων αυτοπεριορισμού βρέθηκε απομονωμένος και αποκλεισμένος κοινωνικά (Ramiz, Contrand, Rojas Castro, Dupuy, Lu, Sztal-Kutas and Lagarde, 2021). Το γεγονός αυτό επηρέασε ιδιαίτερα

τους ανθρώπους που ζούσαν και πριν την πανδημία ένα είδος κοινωνικού αποκλεισμού λόγω κάποιας νόσου, λόγω ηλικίας, λόγω οικονομικής κατάστασης και άλλων αιτίων.

Η πανδημία COVID-19 δημιούργησε ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά συγχρόνως και οικονομικές ανισότητες, παρασύροντας όλες σχεδόν τις χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας σε μια οικονομική ύφεση, η οποία χαρακτηριζόταν από την υπερχρέωση όσων ήδη χρωστούσαν και την αναγκαστική υιοθέτηση ακόμα πιο λιτού τρόπου ζωής. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην απώλεια ή την προσωρινή παύση εργασίας και στην αύξηση του ποσοστού ανεργίας (Amerio, Brambilla, Morganti, Aguglia, Bianchi, Santian and Capolongo, 2020).

Ανάλογα με την κατάσταση στην οποία η πανδημία βρήκε κάθε οικογένεια, επισημάνθηκαν οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις σε:

- Οικογένειες και μεμονωμένα άτομα, τα οποία διαβιούν κάτω από αντίξοες συνθήκες, με σημαντικές ελλείψεις σε υλικά αγαθά, με ακατάλληλες συνθήκες στο χώρο που ζουν, με δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ακόμα και άτομα ή ολόκληρες οικογένειες, οι οποίες είτε ζούσαν σε καταυλισμούς, είτε ήταν άστεγες.
- Οικογένειες και άτομα, τα οποία είτε είχαν απολυθεί, είτε βρίσκονταν υπό αναστολή εργασίας, με συνέπεια να ζουν κάτω από συνθήκες άγχους και αβεβαιότητας.
- Μονομελείς οικογένειες, με το εν λόγω άτομο να εισπράττει ένα πρωτοφανή κοινωνικό αποκλεισμό και ανείπωτη μοναξιά.
- Οικογένειες πολύτεκνες, οι οποίες έπρεπε να μεριμνήσουν για την κάλυψη των αναγκών όλων των μελών.
- Οικογένειες με άτομα με αναπηρίες, τα οποία έπρεπε να λάβουν ιδιαίτερη φροντίδα και εξειδικευμένη φροντίδα υγείας.

Επιπρόσθετα, ο εξαναγκασμός των ανθρώπων να απομονωθούν στο σπίτι τους εκθέτει σε ένα μεγαλύτερο κίνδυνο, να υποστούν σοβαρή κοινωνική και ψυχολογική βλάβη. Ιδιαίτερα για τους ανθρώπους που νόσησαν η κατάσταση της καραντίνας σχετίζεται με αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, που μπορεί να είναι μακράς διάρκειας. Οι επιπτώσεις επιδεινώνονται από την παρατεταμένη απομόνωση, το φόβος της μόλυνσης, την απογοήτευση, την πλήξη, τις ανεπαρκείς προμήθειες και πληροφορίες,

την οικονομική ζημία και το στίγμα. Οι επιπτώσεις αυτές εμφανίζονται περιορισμένες όταν η καραντίνα είναι εθελοντική και μπορεί να μετριάζεται με την εξασφάλιση κάποιου είδους επικοινωνίας, με ένα πιο σύντομο διάστημα απομόνωσης, με την προμήθεια τροφίμων, φαρμάκων και άλλων βασικών υλικών αγαθών, και την προστασία από οικονομικές απώλειες (Douglas, Katikireddi, Taulbut, McKee and McCartney, 2020).

Μακροπρόθεσμα, η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας, ενώ οι παρατεταμένες περίοδοι κοινωνικής αποστασιοποίησης θα μπορούσε να έχει παρόμοια αποτελέσματα. Άνθρωποι που είναι κοινωνικοοικονομικά σε μειονεκτική ή κακή σωματική ή πνευματική κατάσταση της υγείας τους, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο, με αποτέλεσμα να αυξηθούν οι ανάγκες ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής υποστήριξης σε ευάλωτες ομάδες, ιδιαίτερα σε άτομα που ζουν μοναχικά.

Εκτός από την άμεση επιβάρυνση της νόσου Covid-19, η αντιμετώπιση της πανδημίας προκαλεί ήδη αρνητικές έμμεσες επιπτώσεις, οι οποίες βαρύνουν δυσανάλογα τα άτομα που έχουν ήδη λιγότερους πόρους και περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο κοινωνικός περιορισμός ενισχύει και διευρύνει τον άνισο τρόπο πρόσβασης και διαχείρισης των θεμάτων υγείας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα (Douglas, Katikireddi, Taulbut, McKee and McCartney, 2020).

Αν λάβει κανείς υπόψη και το γεγονός ότι οι κοινωνικά και οικονομικά ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες έχουν και το πιο χαμηλό προσδόκιμο ζωής, αλλά και τη μεγαλύτερη νοσηρότητα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, προκύπτει το συμπέρασμα ότι η πανδημία ενίσχυσε και διεύρυνε τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες (Zissi and Chtouris, 2020). Οι ανισότητες, τις οποίες ενίσχυσε η πανδημία, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του βαθμού και αριθμού θνησιμότητας, στην οποία σταδιακά συνέβαλε κάθε είδους επισφάλεια, σε κάθε επίπεδο, οικονομικής, υγειονομικής, κοινωνικής φύσεως.

Άλλος ένας παράγοντας, εξαιτίας του οποίου η πανδημία COVID-19 επηρέασε κάποιους ανθρώπους περισσότερο από κάποιους άλλους, ήταν το υψηλό φορτίο ευπάθειας ορισμένων ατόμων, καθώς ο εξασθενημένος οργανισμός τους και τα υποκείμενα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, σε συνδυασμό με τη νόσο και τις επιπτώσεις της, επιβάρυναν την ήδη δύσκολη κατάστασή τους. Άτομα με διαβήτη, παχυσαρκία, άγχος, κατάθλιψη, άνοια, τα οποία συγχρόνως στερούνταν της δυνατότητας να

γυμναστούν και να τραφούν σωστά κατά τη διάρκεια της πανδημίας, βίωσαν τις επιπτώσεις της σε μεγαλύτερο βαθμό. Συνεπώς, ο κίνδυνος να νοσήσουν, αλλά και ο κίνδυνος μη έγκαιρης αντιμετώπισης κάποιου θέματος υγείας, αποτέλεσε το χαρακτηριστικό των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων (Patel, Nielsen, Badiani, Assi, Unadkat, Patel, B. AndWardle, 2020).

Μια ακόμα δυσκολία, η οποία οφείλει την ύπαρξή της στην παρουσία της πανδημίας, ήταν η πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες, γεγονός που αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα για να αυξηθούν οι κοινωνικές ανισότητες. Η πανδημία Covid-19 προήγαγε τη χρήση των ψηφιακών τεχνολογιών και μέσων, καθώς λόγω των συνθηκών αυτοπεριορισμού, οι περισσότερες από τις καθημερινές δραστηριότητες βρήκαν εφαρμογή στον ψηφιακό κόσμο. Οι μαθητές διδάσκονταν διαδικτυακά, οι σύμβουλοι ψυχικής υγείας χρησιμοποιούσαν εναλλακτικούς τρόπους διαδικτυακών συνεδριών, οι αγορές πραγματοποιούνταν διαδικτυακά, με αποτέλεσμα η δυνατότητα που είχε κάθε άτομο για πρόσβαση στις ψηφιακές τεχνολογίες να είναι καθοριστικός παράγοντας για την ψυχοσωματική υγεία. Μπορεί η πανδημία να ώθησε και να προήγαγε τη χρήση των ψηφιακών τεχνολογιών, παρόλα αυτά, αύξησε τις ανισότητες, καθώς οι πιο φτωχοί άνθρωποι δεν είχαν πρόσβαση ή τα μέσα για να προσαρμόσουν την καθημερινότητά τους βάσει των ψηφιακών τεχνολογιών (Whitelaw, Mamas, Topol and VanSpall, 2020).

Κεφάλαιο 7: Ο ρόλος του κράτους πρόνοιας στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία

7.1 Τι είναι το κράτος πρόνοιας/τύποι κρατών πρόνοιας στην Ευρώπη

Ένα κράτος πρόνοιας είναι ένα κράτος, που δεσμεύεται να παρέχει βασική οικονομική ασφάλεια στους πολίτες του, προστατεύοντάς τους από κινδύνους που συνδέονται με τα γηρατειά, την ανεργία, τα ατυχήματα, τις ασθένειες, τη φτώχεια και τις ανισότητες. Συνακόλουθα το «κράτος πρόνοιας» ασχολείται με τα διάφορα δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης (συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής πρόνοιας, των συντάξεων, των επιδομάτων ασθένειας και της υποστήριξης ανεργίας), των οικογενειακών πολιτικών και των κρατικών συστημάτων υγείας. Τέτοιες πολιτικές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον μετριασμό της φτώχειας και των ανισοτήτων στην υγεία (FoundationfortheEuropeanProgressiveStudies 2020).

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Έκτοτε ο όρος έχει χρησιμοποιηθεί πολύ ευρύτερα για να περιγράψει τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας που αναπτύχθηκαν από τον δέκατο ένατο αιώνα. Οι μελέτες για το κράτος πρόνοιας έχουν επιχειρήσει κατά καιρούς να δημιουργήσουν τυπολογίες που ομαδοποιούν τις χώρες σε κατηγορίες με βάση τον ρόλο που διαδραματίζουν το κράτος, η αγορά και η οικογένεια στη διασφάλιση της ευημερίας (Foundation for the European Progressive Studies 2020).

Κάποιες έρευνες εξηγούν την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας, εξετάζοντας οικονομικούς, πολιτικούς, θεσμικούς και ιδεολογικούς παράγοντες. Αυτές οι μελέτες είναι σε γενικές γραμμές διεπιστημονικές. Η σύγχρονη έρευνα εξετάζει την αναδιάρθρωση του κράτους πρόνοιας ως απάντηση στην οικονομική παγκοσμιοποίηση και στις αλλαγές, που αυτή έχει επιφέρει στους ρόλους της οικογένειας (Marmot και Bell 2012).

Ο Esping-Anderson εστιάζει στους τρόπους με τους οποίους οι ιδέες και οι πεποιθήσεις σχετικά με την πρόνοια και τον ρόλο του κράτους στην κάλυψη των οικονομικών αναγκών έχουν διαμορφώσει τη μορφή της παροχής πρόνοιας. Ο Esping-Anderson προσδιορίζει τρία βασικά «καθεστώτα κράτους πρόνοιας»: τα

φιλελεύθερα/αγγλοσαξονικά κράτη πρόνοιας, συντηρητικά/βισμαρνικά και τα σοσιαλδημοκρατικά/σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας (Marmot και Bell 2012).

Στα φιλελεύθερα/αγγλοσαξονικά κράτη πρόνοιας πολλά οφέλη, όπως η ασφάλιση υγείας και οι συντάξεις, συνδέονται με την απασχόληση. Ο έλεγχος πόρων χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας με στόχο την παροχή κρατικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Επίσης, η κρατική παροχή πρόνοιας είναι περιορισμένη, τα επιδόματα κοινωνικής προστασίας είναι μέτρια και συχνά υπόκεινται σε αυστηρά κριτήρια (Mackenbach και Mc Kee 2013).

Τα συντηρητικά/βισμαρνικά κράτη πρόνοιας βασίζονται στην κρατική παροχή υπηρεσιών, παρά στην αγορά ή στον ιδιωτικό τομέα. Σε αυτά τα κράτη τα προγράμματα πρόνοιας συνδέονται στενά με τις αποδοχές έτσι ώστε να διατηρούν τις υπάρχουσες ανισότητες ως προς την κοινωνική θέση. Τονίζεται επίσης ο ρόλος της οικογένειας και ο αναδιανεμητικός αντίκτυπος των κρατικών παροχών είναι ελάχιστος (Babra 2005).

Τα σοσιαλδημοκρατικά/σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας προωθούν ένα όραμα του κράτους ως εγγυητή των κοινωνικών δικαιωμάτων. Αυτά τα κράτη προωθούν την ισότητα των παροχών σε υψηλά επίπεδα ως τρόπο ελαχιστοποίησης των αρνητικών επιπτώσεων που συνδέονται με την κοινωνική τάξη και το εισόδημα. Τα επιδόματα πρόνοιας δίνονται σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως εισοδήματος, να συμμετέχουν στην κοινότητα. Όπως γίνεται κατανοητό αυτά τα κράτη πρόνοιας χαρακτηρίζονται από συγκριτικά γενναιόδωρα δημόσια οφέλη και από δέσμευση για πλήρη απασχόληση και προστασία του εισοδήματος. Ένα έντονα παρεμβατικό κράτος προωθεί την ισότητα μέσω ενός αναδιανεμητικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Bambra 2005).

Επίσης, υπάρχουν και άλλες ταξινομήσεις για τα κράτη πρόνοιας. Η μία ταξινόμηση είναι τα νότια/οικογενειακά κράτη πρόνοιας. Σε αυτά τα κράτη το σύστημα παροχής πρόνοιας είναι κατακερματισμένο ως προς το ότι αποτελείται από διαφορετικά προγράμματα συντήρησης εισοδήματος με διαφορετικά επίπεδα παροχών. Χαρακτηριστικό αυτών των κρατών είναι η εξάρτηση από τον οικογενειακό και τον εθελοντικό τομέα (Hall και Taylor, 2009).

Η άλλη ταξινόμηση είναι τα ανατολικά κράτη πρόνοιας. Οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης έχουν βιώσει την κατάρρευση της οικουμενικότητας του κομμουνιστικού

κράτους πρόνοιας και μια στροφή προς τις πολιτικές που συνδέονται με την εμπορευματοποίηση και την αποκέντρωση. Σε σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, έχουν περιορισμένες υπηρεσίες πρόνοιας (Foundation for the European Progressive Studies 2020).

Πίνακας 1. Κράτη πρόνοιας στην Ευρώπη

Φιλελεύθερα/Αγγλοσαξονικά κράτη πρόνοιας	Συντηρητικά/βισμαρνικά κράτη πρόνοιας	Social Democratic	Νότια /οικογενειακά κράτη πρόνοιας	Ανατολικά κράτη πρόνοιας
Ιρλανδία	Αυστρία	Δανία	Ελλάδα	Βουλγαρία
Ηνωμένο Βασίλειο	Βέλγιο	Φιλανδία	Ιταλία	Κροατία
	Γαλλία	Σουηδία	Πορτογαλία	Κύπρος
	Γερμανία		Ισπανία	Τσεχία
	Λουξεμβούργο			Εσθονία
	Ολλανδία			Ουγγαρία
				Λάτβια
				Λιθουανία
				Πολωνία
				Ρουμανία
				Σλοβακία
				Σλοβενία

7.2 Κράτη πρόνοιας και πολιτικές υγείας

Τα συστήματα υγείας αποτελούν μέρος των κρατών πρόνοιας και αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο των μέσων κοινωνικής πολιτικής των χωρών. Ωστόσο, το καθεστώς πρόνοιας και τα εθνικά συστήματα υγείας μπορεί να διαφέρουν. Σε χώρες με Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας, η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται και χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση μέσω πληρωμών φόρων (Thomson και συν. 2016).

Ενώ τα περισσότερα νοσοκομεία και κλινικές ανήκουν και λειτουργούν από την κυβέρνηση, ορισμένα βρίσκονται σε ιδιωτικά χέρια. Παραδείγματα χωρών που λειτουργούν με αυτό τον τρόπο είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και τα σκανδιναβικά κράτη. Άλλες χώρες —όπως η Ισπανία ή η Ιταλία— ακολουθούν ένα παρόμοιο, αλλά πιο αποκεντρωμένο μοντέλο. Δηλαδή, η διακυβέρνηση, η ευθύνη και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μπορούν να οργανωθούν σε υποεθνικό επίπεδο (Thomson και συν. 2016).

Σε χώρες με μοντέλα που βασίζονται στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας, η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από εισφορές απασχόλησης. Ένα τέτοιο μοντέλο υπάρχει, μεταξύ άλλων, στη Γερμανία, την Ολλανδία, τη Γαλλία ή την Κροατία (Foundation for the European Progressive Studies 2020).

Τα εθνικά συστήματα υγείας, που βασίζονται στην αγορά, δίνουν τη μεγαλύτερη έμφαση στον ρόλο του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά τα κράτη υπάρχουν υψηλά μερίδια δαπανών υγείας που πληρώνονται από την τσέπη των πολιτών και από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Δηλαδή, το εύρος των κρατικών χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένο. Αν και καμία ευρωπαϊκή χώρα δεν ταιριάζει με την περιγραφή αυτού του μοντέλου, η Ελλάδα πλησιάζει περισσότερο (Foundation for the European Progressive Studies 2020).

Οι πολιτικές δημόσιας υγείας μπορούν να λειτουργήσουν σε διάφορα επίπεδα, γεγονός που επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού και τις ανισότητες στην υγεία. Σύμφωνα με τους Mackenbach και Mc Kee (2013) οι πολιτικές δημόσιας υγείας μπορεί να επηρεάσουν την πρωτογενή πρόληψη (που στοχεύει στην αποφυγή της εμφάνισης μιας ασθένειας μειώνοντας την έκθεση σε κινδύνους για την υγεία) ή τη δευτερογενή πρόληψη (που αποσκοπεί στην αποφυγή της εξέλιξης μιας νόσου σε συμπτωματικό στάδιο με διάγνωση και θεραπεία της νόσου προτού αυτή προκαλέσει σημαντικά προβλήματα).

Οι παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία μπορεί να πραγματοποιηθούν σε πολλαπλά επίπεδα. Οι μεταγενέστερες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν συμπεριφορικές προσεγγίσεις σε ατομικό επίπεδο για την πρόληψη ή τη διαχείριση ασθενειών και η επιτυχία τους εξαρτάται από το εάν ορισμένα τμήματα του πληθυσμού είναι πιο πιθανό να αναλάβουν ή να συμμετάσχουν με επιτυχία σε ορισμένες πρωτοβουλίες σε σύγκριση με άλλα τμήματα του πληθυσμού (Hall και Taylor, 2009).

Οι δημόσιες παρεμβάσεις υγείας περιλαμβάνουν κρατικό ή θεσμικό έλεγχο, ρύθμιση της προμήθειας μιας συγκεκριμένης ουσίας ή δραστηριότητας, προώθηση μιας μεθόδου προληπτικής συμπεριφοράς για την υγεία ή βελτίωση του ευρύτερου περιβάλλοντος των πασχόντων. Είναι επίσης χρήσιμο να ληφθούν υπόψη οι ευρύτεροι τομείς στους οποίους οι τοπικές και εθνικές κυβερνήσεις μπορούν να παρεμβαίνουν και να ρυθμίζουν (Hall και Taylor, 2009).

7.3 Ο εξευρωπαϊσμός των κρατών πρόνοιας στο πλαίσιο της κρίσης της πανδημίας για τη μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων στην υγεία

Γενικά, ο εξευρωπαϊσμός μπορεί να γίνει κατανοητός ως ο αντίκτυπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) στα κράτη μέλη, καθώς αυτό συνεπάγεται εστίαση στη σύνδεση μεταξύ της υπερεθνικής ανάπτυξης και της ανάπτυξης του εθνικού κράτους πρόνοιας. Ο αντίκτυπος μπορεί, κατ' αρχήν, να είναι και προς τις δύο κατευθύνσεις, βασισμένος στην ανάπτυξη ιδεών και πολιτικών είτε «από κάτω προς τα πάνω» είτε «από πάνω προς τα κάτω»(European Union Action Plan 2021).

Ο αντίκτυπος του εξευρωπαϊσμού σε ένα εθνικό κράτος πρόνοιας μπορεί να είναι άμεσος ή έμμεσος. Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις διαφορετικοί τρόποι κατανόησης του αντικτύπου του εξευρωπαϊσμού. Ο πρώτος τρόπος αφορά στην ανάπτυξη ενός ευρωπαϊκού επιπέδου διακυβέρνησης. Ο δεύτερος τρόπος αναφέρεται στην διαδικασία του αντικτύπου και της επιρροής από το υπερεθνικό επίπεδο στο εθνικό επίπεδο. Ο τρίτος τρόπος έχει να κάνει με τις διαδικασίες που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη κοινών πεποιθήσεων και κανόνων που θα μπορούσαν στη συνέχεια να μεταφερθούν στα εθνικά κράτη(European Union Action Plan 2021).

Για να επικεντρωθούμε σε ορισμένα παραδείγματα, η ανοιχτή μέθοδος συντονισμού (OMC) είναι ένας έμμεσος τρόπος επηρεασμού των εθνικών κρατών πρόνοιας. Η Οικονομική και Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ) και η σταδιακή ενοποίηση των ευρωπαϊκών οικονομιών μπορεί να επηρεάσει τα εθνικά κράτη πρόνοιας και μπορεί να υποστηριχθεί ότι βρίσκεται μεταξύ της άμεσης και της έμμεσης επιρροής. Για παράδειγμα, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι άμεσο, καθώς οι περιοριστικές δημοσιονομικές πολιτικές μπορεί να περιορίσουν το περιθώριο για δαπάνες και πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας (Atkinson 2019).

Η ΕΕ μπορεί επίσης να ενεργήσει ως ρυθμιστής ατζέντας και μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα και τις επιλογές των κρατών μελών στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας, επηρεάζοντας έτσι τους ψηφοφόρους σε διάφορες χώρες. Σε αυτό το πλαίσιο, η ΕΕ επηρεάζει καθορίζοντας την κατεύθυνση της πολιτικής μέσω του σχεδιασμού στόχων. Ένας άλλος τομέας είναι η αλλαγή των ορίων του ρόλου της αγοράς και του κράτους. Για παράδειγμα, το Ευρωπαϊκό

Δικαστήριο, αναφερόμενο στην ελεύθερη κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών, άλλαξε αρκετά όρια μεταξύ του κράτους και της αγοράς. Ένα παράδειγμα είναι όταν το δικαστήριο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ένα άτομο δικαιούταν να αποζημιωθεί το κόστος μιας επέμβασης ισχίου, παρά το γεγονός ότι η επέμβαση έλαβε χώρα εκτός των φυσικών συνόρων του τότε κράτους μέλους του Ηνωμένου Βασιλείου (ΗΒ), όπως θα ίσχυε διαφορετικά (βλ. υπόθεση Watt) (European Union Action Plan 2021).

Η επιρροή της ΕΕ μπορεί περαιτέρω να διακριθεί μεταξύ του *hardlaw* ή του *softlaw* (π.χ. ευρωπαϊκό εξάμηνο κατά το οποίο τα κράτη μέλη να συντονίζουν τις οικονομικές τους πολιτικές).

Ήδη από το 2000, η ΕΕ έχει αυξήσει την επιρροή της στην κοινωνική προστασία. Η τελευταία γενική πρωτοβουλία στον τομέα, ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων, με τις είκοσι αρχές και τα δικαιώματά του, θα πρέπει να χρησιμεύσει ως πυξίδα για την ενημέρωση των αγορών εργασίας και των κρατών πρόνοιας. Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι η ΕΕ έχει μια «κρυφή πολιτική για τον τρόπο λειτουργίας των εθνικών κρατών πρόνοιας», καθώς έχει αναπτύξει τις αρμοδιότητές της στον τομέα αυτό από τη Συνθήκη της Ρώμης, προσπαθώντας πάντα να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις (Hemerijck 2013).

Τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα εν μέσω της κρίσης της πανδημίας παρατηρήθηκε ισχυρότερος αντίκτυπος λόγω των παγκόσμιων εξελίξεων, που επηρεάζουν την διαδικασία της οικονομικής ολοκλήρωσης των κρατών μελών. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι μια οικονομική κρίση σε μια χώρα, ειδικά στις πιο ανεπτυγμένες χώρες, έχει επίσης αντίκτυπο σε πολλές άλλες χώρες της Ευρώπης (Atkinson 2019).

Εστιάζοντας στο μέλλον ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας, που ασχολείται με τα εθνικά κράτη πρόνοιας των κρατών της Ευρώπης, υποστηρίζει ότι τα εθνικά κράτη πρόνοιας τον 21^ο αιώνα έχουν δεχτεί μεγάλες πιέσεις από την κρίση του κορωνοϊού. Σε αυτό το πλαίσιο, οι προτάσεις, που αφορούν στην βελτίωση των κοινωνικών λειτουργιών των κρατών πρόνοιας τονίζουν την πολυδιάστατη φύση της πολιτικής του κράτους πρόνοιας (π.χ. στις κοινωνικές επενδύσεις) και επίσης επιχειρούν να εξετάσουν βαθύτερα τις προτεραιότητες και τους καθοριστικούς παράγοντες (European Union Action Plan 2021).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε όλο τον κόσμο, ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας μειώθηκε από 36 % το 1990 σε 10% το 2015. Ωστόσο, αυτή η πρόοδος επιβραδύνθηκε με την κρίση της COVID-19. Σε αυτό το πλαίσιο, απαιτείται διερεύνηση των προτεραιοτήτων των κρατών πρόνοιας με απώτερο στόχο τη μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων στην υγεία εν μέσω της πανδημίας. Το μέλλον των εθνικών κρατών πρόνοιας εν όψει των νέων συνθηκών μπορεί να είναι λιγότερο ισχυρό από ό,τι στο παρελθόν, και ίσως χρειάζεται μία στροφή προς την δημιουργία ευρωπαϊκών κρατών πρόνοιας, που διέπονται από τις ίδιες πολιτικές αξίες και προτεραιότητες προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες στη υγεία μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών αλλά και μεταξύ διαφορετικών περιφερειών (European Union Action Plan 2021).

Τα μέτρα, που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης, αποκαλύπτουν πόσο σημαντικό είναι να υπάρχει ένα υγιές σύστημα υγείας, λειτουργική ασφάλιση και γενικότερα κοινωνική αλληλεγγύη. Αποκαλύπτουν επίσης τις αδυναμίες ορισμένων από τα συστήματα πρόνοιας των κρατών της Ευρώπης και την ανάγκη για αναδιάρθρωση. Επιπλέον, λόγω του ότι η κρίση της πανδημίας οδήγησε σε όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων διαπιστώθηκε ότι η υγεία είναι ένας τομέας που απαιτεί μεγαλύτερη κοινωνική παρέμβαση (European Union Action Plan 2021).

Δεδομένης της πανδημικής κατάστασης και της ανάγκης επιβολής lockdown, οι περισσότερες χώρες της ΕΕ εισήγαγαν προγράμματα αντικατάστασης εισοδήματος ή/και βραχυπρόθεσμης εργασίας, καθώς και μια σειρά από άλλα μέτρα κοινωνικής πολιτικής για να στηρίξουν τον πληθυσμό να προσαρμοστεί στις προκλήσεις της πανδημίας που επέφεραν διαταραχές στην επαγγελματική και την οικογενειακή του ζωή (Pereirinha and Pereira 2021).

Έτσι, η πρώτη μεγάλη πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στο πλαίσιο της κρίσης του COVID-19, στις 20 Μαρτίου, ήταν να προτείνει την ενεργοποίηση της γενικής ρήτρας διαφυγής του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΣΣΑ). Στις 23 Μαρτίου, το Συμβούλιο Οικονομικών και Δημοσιονομικών Υποθέσεων υποστήριξε πλήρως αυτήν την πρόταση (Συμβούλιο της ΕΕ 2020). Η γενική ρήτρα διαφυγής δεν αναστέλλει τις διαδικασίες του ΣΣΑ, αλλά επιτρέπει στην Επιτροπή και το Συμβούλιο να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα συντονισμού πολιτικής στο πλαίσιο του ΣΣΑ,

επιτρέποντας παράλληλα την απόκλιση από τις δημοσιονομικές απαιτήσεις (European Council 2020).

Αυτό το θέμα δεν ήταν αμφισβητούμενο, καθώς όλα τα κράτη μέλη είχαν δει τα ελλείμματα του δημόσιου προϋπολογισμού τους να αυξάνονται λόγω έκτακτων δαπανών που σχετίζονται με την COVID. Όλα τα κράτη μέλη σύντομα συνειδητοποίησαν ότι το οικονομικό σοκ της κρίσης COVID-19 είναι ξεκάθαρα εξωγενούς χαρακτήρα και την αιτία του αναμφισβήτητα έξω από τον έλεγχο της των εθνικών κυβερνήσεων (European Council 2020).

Το δεύτερο ορόσημο μετά την ενεργοποίηση της γενικής ρήτηρας διαφυγής του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξη ήταν η συμφωνία του Eurogroup στις 9 Απριλίου 2020 για ένα «πακέτο κατά της πανδημίας» ύψους έως και 540 δισεκατομμυρίων ευρώ. Από αυτά, τα 240 δισεκατομμύρια ευρώ συμφωνήθηκε να είναι διαθέσιμα στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθερότητας (ESM) για τα μέλη της Ευρωζώνης. Κάθε χώρα της Ευρωζώνης θα επιτρέπεται να δανείζεται έως και 2% του ΑΕΕ για μεταρρυθμιστικά μέτρα που σχετίζονται με τις οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας (European Commission 2020β).

Επιπλέον, δύο άλλα μέτρα συμφωνήθηκαν από το Eurogroup. Το πρώτο περιλάμβανε δάνεια για επενδύσεις στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων (ΕΤΕπ, έως 200 δισεκατομμύρια ευρώ), με στόχο τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις που έχουν πληγεί σοβαρά. Το δεύτερο ήταν ένα νέο πρόγραμμα που ονομάζεται «Υποστήριξη για τον μετριασμό των κινδύνων ανεργίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης» το οποίο συγχρηματοδοτεί τη δημιουργία ή την επέκταση εθνικών προγραμμάτων βραχυχρόνιας εργασίας και παρόμοια μέτρα για τους αυτοαπασχολούμενους με στόχο την πρόληψη τουλάχιστον την καθυστέρηση της ανεργίας (European Commission 2020β).

Συμπεράσματα

Η πανδημία COVID-19 προκάλεσε μια άνευ προηγουμένου αναστάτωση σε παγκόσμιο επίπεδο και ανέδειξε σημαντικές ελλείψεις στα συστήματα υγείας, αλλά και στους κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας. Οι χώρες σε όλο τον κόσμο βρέθηκαν αντιμέτωπες με πολλά ταυτόχρονα προβλήματα, τα οποία θα έπρεπε να επιλύσουν. Για το σκοπό αυτό έπρεπε να ληφθούν αποφάσεις, να αποφασιστούν τα κατάλληλα μέτρα και να εκτιμηθεί η βέλτιστη λύση για το κοινό καλό.

Οι ανισότητες στην Υγεία καθώς και στην υγειονομική περίθαλψη αναφέρονται σε διαφορές οι οποίες παρατηρούνται στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού (Alemi και συν. 2020). Οι ανισότητες αυτές μπορεί να συνδέονται στενά με κοινωνικά, οικονομικά ή και περιβαλλοντικά μειονεκτήματα. Εμφανίζονται ακόμα ανισότητες σε πολλές διαφορετικές διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της φυλής, εθνικότητας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της ηλικίας, του τόπου διαμονής, του φύλου, της κατάστασης αναπηρίας και του σεξουαλικού προσανατολισμού (Bambra και συν. 2020).

Η ευπάθεια των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού είναι ένα διαδεδομένο φαινόμενο στην υγειονομική περίθαλψη, το οποίο έγινε ιδιαίτερα έντονο την περίοδο της πανδημίας (Tountas και συν. 2020). Παρά τις προσπάθειες και τους στόχους στην Ευρώπη για μείωση ή εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη σημαντικές ανισότητες, συμπεριλαμβανομένων της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, συνεχίζουν να επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού (Cook και συν. 2008).

Οι ανισότητες στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη δεν επηρεάζουν μόνο τις ομάδες, που αντιμετωπίζουν ανισότητες, αλλά περιορίζουν ακόμα και τα γενικότερα οφέλη όσον αφορά την ποιότητα της περίθαλψης και της υγείας για τον ευρύτερο πληθυσμό, ενώ παράλληλα καταλήγουν και σε περιττά έξοδα. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι ολοένα και πιο σημαντική καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός γίνεται ολοένα και πιο διαφοροποιημένος (π.χ. ραγδαίες

διαφοροποιήσεις ομάδων πληθυσμού ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τη γεωγραφική προέλευση) (Bambra και συν. 2020).

Υπάρχουν επίσης μεγάλες διαφορές στο εισόδημα σε όλο το σύνολο του πληθυσμού (ΕΛΣΤΑΤ, 2022). Έτσι ομάδες του πληθυσμού παραμένουν υπό υψηλό κίνδυνο να είναι ανασφάλιστες ή να μην έχουν πρόσβαση σε κάποια μορφή περίθαλψης και κατά συνέπεια να είναι πιο ευάλωτες απέναντι στην πανδημία (Cheater 2020).

Οι πρόσφατες αλλαγές πολιτικής και οι τρέχουσες προτεραιότητες, που είναι αποτελέσματα της κρίσης της πανδημίας, ενδέχεται να οδηγήσουν σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης των ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Ένα τέτοιο θέμα έχει σημαντικές κοινωνικές προεκτάσεις καθότι οι μείωση των παροχών της ασφαλιστικής κάλυψης συνδέεται με ανισότητες στον τομέα της υγείας (Cheater 2020).

Πέρα όμως από την κάλυψη, υπάρχει μια σειρά από άλλες προκλήσεις, που σχετίζονται με τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των περιορισμένων ικανοτήτων αντιμετώπισης καθοριστικών κοινωνικών προβλημάτων υγείας από τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, μείωση της χρηματοδότησης για την πρόληψη και τη δημόσια υγεία και συνεχιζόμενα κενά στα δεδομένα για τη μέτρηση και την κατανόηση των ανισοτήτων (Samantha και συν. 2020).

Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντική όχι μόνο από την άποψη της ισότητας, αλλά και για τη βελτίωση της υγείας ευρύτερα με την επίτευξη βελτιώσεων στη συνολική ποιότητα της περίθαλψης και της υγείας του πληθυσμού (Chowkwanyun και Reed 2020, Chung Dong και Li 2020).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, όπως οι κακές συνθήκες διαβίωσης, εκθέτουν τα άτομα φτωχών κοινωνικών τάξεων σε άνισους κινδύνους μόλυνσης. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, πολλοί άνθρωποι ζούσαν και εργάζονταν σε συνθήκες όπου μετά βίας μπορούσαν να προστατευτούν από την έκθεση στη νόσο. Οι κοινωνικά μειονεκτούντες πληθυσμοί που ζουν σε κοινόχρηστα καταλύματα, όπως καταφύγια, πρόχειρα καταλύματα, δομές, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης.

Απαιτείται αυξημένη συνεργασία μεταξύ πολλαπλών επιπέδων και ενδιαφερομένων μερών, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης, μεταξύ διαφορετικών διοικητικών επιπέδων και μεταξύ δημόσιων και μη κυβερνητικών οργανισμών. Επίσης οι τοπικές παρεμβάσεις θα πρέπει να σχεδιάζονται σε συνεργασία με την κοινότητα, ώστε να επιτρέπουν τη λήψη κατάλληλων μέτρων που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των κοινοτήτων. Τέλος τα μέτρα αυτά θα πρέπει να αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητά τους- κατά πόσο δηλαδή συνέβαλλαν στην μείωση των ανισοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση στην υγεία (Wildman 2021).

Η ανισότητα στο εισόδημα και η φτώχεια, αυξάνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, όπως αυτή που αντιμετωπίζουμε στις μέρες μας. Για να περιοριστούν οι συνέπειες αυτές, καθίσταται επιτακτική η παρέμβαση και οι ενέργειες των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, αλλά και η διαμόρφωση του χρόνου που εφαρμόζονται τα έκτακτα μέτρα περιορισμού. Οι περιορισμοί, οι οποίοι είναι σε θέση να υποστηρίζουν αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο είναι ζωτικής σημασίας, αλλά η πράξη έχει αποδείξει ότι τα μέτρα αυτά, εκτός του ότι ωφελούν άμεσα αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο, είναι προς το συμφέρον όλων (συμπεριλαμβανομένων των και αυτών που δεν επηρεάζονται από το lockdown), επειδή μειώνουν τον κίνδυνο κοινωνικής κατάρρευσης (Perugini and Vladislavjević, 2021).

Επιπρόσθετα, τα αντισταθμιστικά μέτρα κοστίζουν περισσότερο για τα κράτη που έχουν οικονομικά και δημοσιονομικά προβλήματα. Στην περίπτωση αυτών των κρατών, η επιπλέον χρέωσή τους ώστε να ενισχυθούν οι υπηρεσίες Κοινωνικής Προστασίας και ο τομέας της Υγείας, θα προκαλούσε αύξηση των οικονομικών ελλειμμάτων και πολιτική αστάθεια, δεδομένου ότι στη συνέχεια θα ήταν απαραίτητη η εφαρμογή μέτρων λιτότητας, που αδιαμφισβήτητα θα εμπόδιζαν την ανάπτυξη και την εξάλειψη των ανισοτήτων, αφού αντίθετα θα οδηγούσαν στην ενίσχυση όλων των ειδών των ανισοτήτων.

Στον τομέα της δημόσιας υγείας, αν οι επιβαρυνόμενες οικονομίες αναγκαστούν να κάνουν πρόωπη άρση των απαραίτητων μέτρων δημόσιας υγείας (δηλαδή το lockdown) με την δικαιολογία ότι το οικονομικό κόστος του περιορισμού είναι μη

βιώσιμο, η πανδημία θα αρχίσει αναπόφευκτα να εξαπλώνεται. Όταν τέτοιες οικονομίες είναι έντονα ενσωματωμένες με άλλες, (όπως στην Ευρώπη), τέτοιος οικονομικός κίνδυνος αλλά και κίνδυνος για την υγεία μπορεί εύκολα να μεταδοθεί σε άλλες χώρες, ματαιώνοντας τελικά τις προσπάθειές τους να σταματήσουν την πανδημία και να ενισχύσουν την ανάκαμψη σε ολόκληρη την περιοχή. Σε αυτό το σημείο επισημαίνεται ότι θα ήταν μια καλή και αποτελεσματική πολιτική να υπάρχει ένα συντονισμένο, υπερεθνικό επίπεδο δράσης όσον αφορά την πολιτική υγείας και τη δημοσιονομική ανάκαμψη. Συνεπώς, ένας μηχανισμός αλληλοβοήθειας, ικανός να υποστηρίξει τις πιο ευάλωτες χώρες, θα ήταν προς το συμφέρον όλων των χωρών (Perugini and Vladisavljević, 2021).

Σύμφωνα με τη Eurostat (2021) πάνω από το ένα πέμπτο του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ζούσε σε νοικοκυριά με εξαρτώμενα παιδιά διέτρεχε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού το 2021 και ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ήταν λίγο χαμηλότερος μεταξύ των νοικοκυριών χωρίς εξαρτώμενα παιδιά. Το εργασιακό καθεστώς ήταν ένα από τα κύρια κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που επηρέασε τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού. Σύμφωνα με τα ευρήματα της Eurostat (2021), αναφορικά με το προφίλ των ατόμων στην Ευρωπαϊκή Ένωση που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, οι γυναίκες, οι νέοι ενήλικες, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι άνεργοι είχαν, κατά μέσο όρο, περισσότερες πιθανότητες να κινδυνεύσουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό το 2021 σε σχέση με άλλες ομάδες του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Προτάσεις

Ο εκτεταμένος επιπολασμός της μόλυνσης από τη νόσο COVID-19 και οι συνέπειες που προκάλεσε, κατέστησαν τις πολιτικές για τη διαχείριση της πανδημίας και των αποτελεσμάτων της επιτακτικές, κρίσιμες και υψηλής προτεραιότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνέστησε στις χώρες να αναπτύξουν προπαρασκευαστικές πολιτικές για την καταπολέμηση της πανδημίας καθώς και να αντιμετωπίσουν τα αναπτυξιακά προβλήματα που προκαλούνται από πανδημία. Η ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών ελέγχου και αντιμετώπισης είναι απαραίτητη για τη διαφύλαξη της δημόσιας Υγείας, αλλά προϋποθέτει τη συνεργασία των χωρών και την επικύρωση κυβερνητικών συμφωνιών, οι οποίες θα καλύπτουν όλα τα θέματα, από την πολιτική κοινωνικής πρόνοιας, μέχρι τη διαχείριση και τις παροχές για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες.

Η απάντηση της πολιτικής διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων και της αντιμετώπισής τους, θα πρέπει να είναι διττή: α) αντιμετώπιση των κρίσιμων θεμάτων υγείας και διαβίωσης του παρόντος και β) προτάσεις για την αντιμετώπιση των μακροπρόθεσμων ζητημάτων που προκαλεί η πανδημία. Ο δημόσιος τομέας υγείας και οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και πρόνοιας θα πρέπει να πρωτοστατήσουν για όλη την κοινωνία, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές επιπτώσεις της νόσου και για να ενισχυθούν οι άνθρωποι ώστε να αποκαταστήσουν την ισορροπία στη ζωή και τα μέσα διαβίωσής τους. Αυτό περιλαμβάνει την άμεση ανταπόκριση του δημόσιου τομέα, με την προαγωγή της δημόσιας υγείας για όλους, τις ενέργειες έκτακτης ανάγκης, τον εντοπισμό των οικονομικών επιπτώσεων, τον εντοπισμό και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης που διαδίδεται για την ασθένεια.

Οι κυβερνήσεις πρέπει να επικεντρωθούν στην παροχή έγκυρων πληροφοριών μέσω όλων των διαθέσιμων πηγών, ώστε να εξασφαλιστεί η παροχή των δεδομένων που θα συμβάλει στην αρμόζουσα κοινωνική συμπεριφορά, στην αύξηση της διαφάνειας, στην εξασφάλιση κατάλληλων περιορισμών, στο σχεδιασμό κατάλληλων κατευθυντήριων γραμμών ιεράρχησης προτεραιοτήτων σχετικά με τον τρόπο κατανομής των πόρων και την αποτελεσματική χρήση τους (Panneer, Kantamaneni, Palaniswamy, Bhat, Pushparaj, Nayar and Rice, 2022).

Επιπλέον, θα πρέπει να προσδιοριστούν οι εθνικές προτεραιότητες για τις δαπάνες και τη διάθεση των διαθέσιμων πόρων που θα συμβάλουν στην αποτελεσματικότερη χρήση των τελευταίων και θα διευκολύνουν την επιστροφή της κανονικότητας στις ζωές των ανθρώπων. Οι κυβερνήσεις πρέπει να αντιμετωπίσουν τις μακροχρόνιες προκλήσεις για την υγεία και τη διαβίωση των νοικοκυριών με χαμηλό εισόδημα, να ενισχύουν την προσφορά των αλυσίδων τροφίμων και τη γυναικεία παρουσία σε αυτές (Ali, Arslan, Chowdhury, Khanand Tarba, 2022).

Ο κόσμος αντιμετωπίζει πληθώρα και άνευ προηγουμένου προκλήσεις λόγω της πανδημίας και για αυτό απαιτούνται καινοτόμες προσεγγίσεις για τη διαχείρισή της. Για να ελεγχθεί η εξάπλωση της νόσου, θα πρέπει να υπάρχει επαρκής επιτήρηση της δημόσιας υγείας μέσω της έρευνας, των νοσοκομειακών δομών και τις ανάλογες δράσεις. Οι συνεργασίες όλων των υπηρεσιών και οργάνων μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας, της επιτήρησης, της ετοιμότητας και της ανάπτυξης ικανοτήτων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία. Σε στενή συνεργασία με την περιφερειακή και εθνική διαχείριση δημόσιας υγείας και έκτακτης ανάγκης, ο σχεδιασμός θα βοηθήσει στον έλεγχο της μετάδοσης της νόσου και άλλων παραγόντων κινδύνου. Από τη στιγμή που η πανδημία έχει βαθιές και μακροπρόθεσμες οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, απαιτείται ένα ολοκληρωμένο μοντέλο για να επιτευχθεί η βιώσιμη ανάπτυξη, καθώς και παροχή μαθημάτων κατάρτισης και την ενίσχυση των θεσμικών μηχανισμών για τη βιώσιμη ανάκαμψη και την αποκατάσταση της ομαλότητας στη ζωή των ανθρώπων (Suleimany, Mokhtarzadehand Sharifi, 2022). Τα προβλήματα που προκαλεί η πανδημία πρέπει να αντιμετωπίζονται προληπτικά με τη διαμόρφωση καινοτόμων στρατηγικών και πρωτόκολλων για την αντιμετώπιση παρόμοιων εστιών μόλυνσης στο μέλλον. Επιπλέον, είναι απαραίτητο για την εφαρμογή πρακτικών και τεκμηριωμένων μέτρων δημόσιας πολιτικής και καινοτόμων προσεγγίσεων να υπάρχουν ισχυροί δεσμοί μεταξύ των στρατηγικών εταίρων, εναλλακτικές στρατηγικές χαρτογράφησης πόρων, ισχυροί θεσμοί και νομικό πλαίσιο για την προώθηση της ισότητας στον τομέα της υγείας σε όλες τις οικονομίες.

Επιπρόσθετα, για να αντιμετωπιστεί η εισοδηματική ανισότητα και η φτώχεια, είναι απαραίτητη η παρέμβαση και η αποτελεσματική δράση των υφιστάμενων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, καθώς και του κατάλληλου χρόνου εφαρμογής

των έκτακτων μέτρων περιορισμού. Τα μέτρα που μπορούν να υποστηρίξουν αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο είναι ζωτικής σημασίας, καθώς παρά το γεγονός ότι ωφελούν άμεσα αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο, είναι προς το συμφέρον όλων, επειδή μειώνουν τον κίνδυνο κοινωνικής κατάρρευσης (Perugini and Vladisavljević, 2021).

Ταυτόχρονα θα πρέπει να εφαρμοστεί η Ευρωπαϊκή στρατηγική για τη νεολαία μέσω καινοτόμων προγραμμάτων και δράσεων, οι οποίες θα ενισχύσουν τους νέους ανθρώπους και θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που έχει δημιουργήσει η πανδημία, η οποία συνεχίζεται. Οι δράσεις αυτές θα πρέπει να στηρίζονται στην καταπολέμηση της ανεργίας, στο δικαίωμα για εργασία και κοινωνική ένταξη, στη συμμετοχή στα κοινά, στο δικαίωμα για εξασφάλιση των απαραίτητων αγαθών για μια αξιοπρεπή διαβίωση και το δικαίωμα στην υγεία.

Τέλος, προκειμένου να επιτευχθεί η ανάπτυξη και η επίτευξη της βιώσιμης ανάπτυξης, είναι απαραίτητο οι πολιτικές των χωρών να στραφούν στην εκπαίδευση και την κατάλληλη προετοιμασία των παιδιών. Η πανδημία επηρέασε την Ελλάδα, σε μια περίοδο που η χώρα προσπαθούσε να ξεπεράσει τη μακροχρόνια οικονομική κρίση, και για αυτό ο περιορισμός, τα αυστηρά μέτρα lockdown, οι οικονομικές ενισχύσεις, οι φοροελαφρύνσεις και άλλα συνετέλεσαν στην περεταίρω οικονομική δυσκολία της χώρας. Το γεγονός αυτό δεν αφήνει καμιά αμφιβολία για τους διαθέσιμους πόρους και τη χρήση τους κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την πανδημία. Αυτό που για πολλούς αποτελεί ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο για την επιτυχή αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, αλλά και παρόμοιων άλλων καταστάσεων, είναι να υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση. Η εστίαση στις δεξιότητες των ανθρώπων προφανώς οδηγεί στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές μεταβολές. Παρέχοντας σε όλους τους ανθρώπους, σε όλα τα παιδιά τις ίδιες ευκαιρίες για ποιοτική εκπαίδευση, προάγεται η τεχνολογία, η κατάρτιση, η καινοτομία και είναι εφικτή η άνθιση της επιχειρηματικότητας, η ανακατανομή των αγαθών, η παροχή αγαθών πρόνοιας και η ισότιμη πρόσβαση για όλους στην υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbas, J., Wang, D., Su, Z., & Ziapour, A. (2021). The role of social media in the advent of COVID-19 pandemic: crisis management, mental health challenges and implications. *Risk management and healthcare policy*, 14, 1917.
- Alemi, Q., Stempel, C., Siddiq, H. & Kim, E. (2020) Refugees and COVID-19: achieving a comprehensive public health response. *Bull World Health Organization*, 98(8):510–515.
- Ali, I., Arslan, A., Chowdhury, M., Khan, Z., & Tarba, S. Y. (2022). Reimagining global food value chains through effective resilience to COVID-19 shocks and similar future events: A dynamic capability perspective. *Journal of Business Research*, 141, 1-12.
- Amerio, A., Brambilla, A., Morganti, A., Aguglia, A., Bianchi, D., Santi, F., ...& Capolongo, S. (2020). COVID-19 lockdown: housing built environment's effects on mental health. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5973.
- Apostolopoulos, N., Liargovas, P., Sklias, P., & Apostolopoulos, S. (2021). Healthcare enterprises and public policies on COVID-19: Insights from the Greek rural areas. *Strategic Change*, 30(2), 127-136.
- Atkinson, B. (2019) *Measuring poverty around the world*. Princeton University Press.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford J. & Matthews, F. (2020) The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal Epidemiol Community Health*, 74(11):964–968.
- Bambra, R. & Ford, M. (2020) The COVID-19 pandemic and health inequalities.
- Bambra, C. (2005) Worlds of Welfare and the Healthcare Discrepancy. *Social Policy and Society*, 4(1):31-41.
- Banerjee, M. M. (2016). We routinely borrow to survive: Exploring the financial capability of income-poor people in India. *Social Work*, 61(4): 349–358.
- Barron, G. C., Laryea-Adjei, G., Vike-Freiberga, V., Abubakar, I., Dakkak, H., Devakumar, D., ...& on COVID, L. C. (2021). Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *The Lancet Public Health*.
- Bartler, H. (2016) *Health inequalities. Theories and concepts*. UK. Politi Press.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-20.

Brooks, E. (2022) European Union health policy after the pandemic: an opportunity to tackle health inequalities? *Journal of Contemporary European Research* 18 (1): 67-77.

Burström, B. & Tao, W. (2020) Social determinants of health and inequalities in COVID-19 *European Journal of Public Health*, 30(4):617-618.

Cantó, O., Figari, F., Fiorio, C. V., Kuypers, S., Marchal, S., Romaguera-de-la-Cruz, M., ...& Verbist, G. (2022). Welfare resilience at the onset of the COVID-19 pandemic in a selection of European countries: Impact on public finance and household incomes. *Review of Income and Wealth*, 68(2), 293-322.

Carruthers, E., Veizis, A., Kondilis, E., & McCann, S. (2020). SITUATIONAL BRIEF: ASYLUM SEEKERS AND REFUGEES IN GREECE DURING COVID-19. 1st August.

Catalan Agency for Health Quality and Assessment (2020) Coronavirus SARS-Cov-2 interactive map. Διαθέσιμο:
http://aquas.gencat.cat/.content/IntegradorServeis/mapa_covid/atlas.html

Chen, C., & Pan, J. (2019) The effect of the health poverty alleviation project on financial risk protection for rural residents: Evidence from Chishui City, China. *International Journal for Equity in Health*, 18(79): 1–16.

Chen, J. & Krieger, N. (2020) Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county vs zip code analyses. *Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series*, 19(1):1-10.

Chester, S. (2020) Health inequalities – Covid-19 will widen the gap, *International Journal of Health Promotion and Education*, 58 (4): 223-225.

Chowkwanyun, M. & Reed, A. L., Jr (2020) Racial health disparities and Covid-19 - Caution and context, *The New England journal of medicine*, 383(3): 201– 203.

Chung, R. Y., Dong, D. & Li, M. M. (2020) Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak, *BMJ (Clinical research ed.)*, 369: 1329.

Cook, D., Moore-Cox, A., Xavier, D., Lauzier, F., & Robert, I. (2008) Randomized trials in vulnerable population. *Clinical Trials*, 5 (1): 61–69.

Cuello-Garcia, C., Pérez-Gaxiola, G., & van Amelsvoort, L. (2020). Social media can have an impact on how we manage and investigate the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical epidemiology*, 127, 198-201.

Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312.

Dorn, A. V., Cooney, R. E. & Sabin, M. L. (2020) COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *Lancet (London, England)*, 395 (10232): 1243– 1244.

Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M., & McCartney, G. (2020). Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *Bmj*, 369.

EuroHealthNet (2020) What COVID-19 is teaching us about inequality and the sustainability of our health systems. European Partnership for Improving Health Equity and Wellbeing. Διαθέσιμο: <https://eurohealthnet.eu/COVID-19>

European Commission (2022) European Health Union. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union_en

European Union (2022) UN sustainable development goals <https://health-inequalities.eu/eu-beyond/global-action/>

European Parliament (2022) Addressing health inequalities in the European Union. European Parliament Research Service.

European Commission (2020b) Proposal for a Council Regulation on the establishment of a European instrument for temporary support to mitigate unemployment risks in an emergency (SURE) following the COVID-19 outbreak, 2 April 2020b, COM (2020b), 139 final.

European Council (2020) Conclusions of the European Council meeting 17–21 July, Brussels. <https://www.consilium.europa.eu/media/45109/210720-euco-final-conclusions-en.pdf>,

European Union Action Plan (2021) The 2021 action plan on the European Pillar of Social Rights proposed three new headline targets to be reached by 2030: at least 78 % of the population aged 20 to 64 should be in employment; at least 60 % of adults should be participating in training; and there must be a reduction of at least 15 million in the number of people at risk of poverty and social exclusion.

Eurostat. (2021). Living conditions in Europe - poverty and social exclusion. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion

Facmhn, K. & Bhullar, N. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health.

Fiske, A., Galasso, I., Eichinger, J., McLennan, S., Radhuber, I., Zimmermann, B., & Prainsack, B. (2022) The second pandemic: Examining structural inequality through reverberations of COVID-19 in Europe, *Social Science & Medicine*, 292, 114.

Foundation for the European Progressive Studies 2020 <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/downloads/publications/1845-6%20health%20inequalities%20inner-hr.pdf>

- Ford, J., Sowden, S., Olivera, J., Bambra, C., Gimson, A., Aldridge, R., & Brayne, C. (2021) Transforming health systems to reduce health inequalities. *Future Health Care Journal*, 8(2), e204– e209.
- Fullagar, S., & Pavlidis, A. (2021) Thinking through the disruptive effects and affects of the coronavirus with feminist new materialism. *Leisure Sciences* 43 (1–2): 152–159.
- Fouskas, T. (2020). Migrants, asylum seekers and refugees in Greece in the midst of the COVID-19 pandemic. *Comparative Cultural Studies-European and Latin American Perspectives*, 5(10), 39-58.
- Fouskas, T., Koulierakis, G., Mine, F. M., Theofilopoulos, A., Konstantopoulou, S., Ortega-de-Mora, F., ...& Pantazi, G. (2022). Racial and Ethnic Inequalities, Health Disparities and Racism in Times of COVID-19 Pandemic Populism in the EU: Unveiling Anti-Migrant Attitudes, Precarious Living Conditions and Barriers to Integration in Greece. *Societies*, 12(6), 189.
- Garthwaite, K., Smith, K. E., Bambra, C., & Pearce, J. (2016) Desperately seeking reductions in health inequalities: Perspectives of UK researchers on past, present and future directions in health Inequalities research. *Sociology of Health & Illness*, 38(3), 459– 478.
- 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.
- González Rodríguez, I., Pascual Sáez, M., & Cantarero Prieto, D. (2022). Have Health Inequalities Increased during the COVID-19 Pandemic? Evidence from Recent Years for Older European Union Citizens. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7812.
- Graham, H. (2009) Understanding health inequalities. McGraw Hill/Open University Press.
- Gravlee, C.C. (2020) Systemic racism, chronic health inequities, and COVID-19: A syndemic in the making? *American Journal of Human Biology* 32 (5): e23482.
- Gweshengwe, B., Hassan, N. H., & Maricar, H. M. A. (2020) Perceptions of the language and meaning of poverty in Brunei Darussalam. *Journal of Asian and African Studies*, 1–18.
- Giannopoulou, I. & Tsobanoglou, G. (2020) COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Ir J Psychol Med.*, 37(3):226-230.
- Grantz, K., Rane, M. & Salje, H., *et al.* (2016) Disparities in influenza mortality and transmission related to sociodemographic factors within Chicago in the pandemic of 1918.

Goyal MK, Simpson JN, Boyle MD, Badolato GM, Delaney M, McCarter R. Cora-Bramble D. (2020)Racial and/or Ethnic and Socioeconomic Disparities of SARS-CoV-2 Infection Among Children. *Pediatrics*.146(4): 547–548.

Gould, E. & Wilson, V. (2020)Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus—Racism and Economic Inequality, *ECON*.

Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P. &Singh, M. P. (2020)Fear of COVID 2019: First suicidal case in India!, *Asian journal of psychiatry*, 49(1): 101-108.

Gordon, D. (2010) Poverty. In P. Townsend (Ed.), *The peter townsend reader* (pp. 129-268). *The Policy Reader*.

Guo, L., Wei, D., Zhang, X., Wu, Y., Li, Q., Zhou, M. & Qu, J. (2019)Clinical features predicting mortality risk in patients with viral pneumonia: The MuLBSTAscore, *Frontiers in microbiology*, 10, 2752.

Haldane, V. & Morgan, T. (2021) From resilient to transilient health systems: the deep transformation of health systems in response to the COVID-19 pandemic, *Health Policy Plan*, 3(1):134-135.

Hemerijck, N. (2013) *The New Welfare State in Europe*, Oxford University Press, 2012; or the currently running project called welfarepriorities financed by the European Research Council.

Health (2020) *A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
(<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>)

Hall, P.A. & Taylor, R.C. (2009) *Health, Social Relations and Public Policy*. In: *Successful Societies: How Institutions and Culture Affect Health*, edited by P.A. Hall & M. Lamont, pp.82-103. Cambridge: Cambridge University Press.

Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. & Styra, R. (2004).SARScontrol and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*,10(7), 1206-1212.

Hick, R. (2016) Material poverty and multiple deprivation in Britain: The distinctiveness of multidimensional assessment. *Journal of Public Policy*, 36(2): 277–308.

Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., et al. (2011) How should we define health? *BMJ*,343

Huang, Y. &Zhao, N. (2020)Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey, *Psychiatry research*, 288, 112954.

Hussain, W. (2020). Role of social media in COVID-19 pandemic. *The International Journal of Frontier Sciences*, 4(2), 59-60.

Institute for Research on Poverty. (n.d.). *Poverty fact sheet: Poor and in poor health*.

I.O.M. OHCHR, UNHCR and WHO. The rights and health of refugees, migrants and stateless must be protected. Διαθέσιμο: <https://www.iom.int/news/rights-and-health-refugees-migrants-and-stateless-must-be-protected-covid-19-response>

Jackson, D., Bradbury-Jones, C, Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S. & Smith, GD. (2020). Life in the pandemic: some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15257>

Jeong, H., Yim, H.W., Song, Y-J., et al. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiology & Health*, 38: e2016048.

Kajdy, A., Feduniw, S., Ajdacka, U., Modzelewski, J., Baranowska, B., Sys, D., ...& Poon, L. C. (2020). Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey. *Medicine*, 99(30).doi: 10.1097/MD.00000000000021279

Kawachi I. (2020) COVID-19 and the 'rediscovery' of health inequities, *International Journal Epidemiol*,49(5):1415-1418.

Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, S., & Prothrow-Stith, D. (2017) Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87, 1491e1498.

Kirby T. (2020) Evidence mounts on the disproportionate effect of COVID-19 on ethnic minorities. *Lancet Respir Med*, (6):547–548.

Kim, E.J., Marrast, L. & Conigliaro, J. (2020) COVID-19: Magnifying the Effect of Health Disparities. *J GEN INTERN MED* 35, 2441–2442.

Kelvin, D. J. and Rubino, S. (2020) Fear of the novel coronavirus, *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(1), pp. 1-2.

Khalatbari-Soltani, S., Cumming, R.G., Delpierre, C., & Kelly-Irning M. (2020). Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74 (8), pp. 620-623.

Koehler, G. (2017) The 2030 agenda and eradicating poverty: New horizons for global social policy? *Global Social Policy*, 17(2): 210–216.

Kondilis, E., Papamichail, D., McCann, S. και συν. (2021) The impact of the COVID-19 pandemic on refugees and asylum seekers in Greece: A retrospective analysis of national surveillance data from 2020. *EClinicalMedicine*. 1(37), 10-19.

Kousi, T., Mitsi, L. C., & Simos, J. (2021). The early stage of COVID-19 outbreak in Greece: a review of the National response and the socioeconomic impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 322.

Lawrence, A. (2006) The incidence of influenza among persons of different economic status during the epidemic of 1918 (1931): commentary. *Public Health*, 121(1):98-101.

Laurencin, C.T. & McClinton, A. (2020) The COVID-19 pandemic: a call to action to identify and address racial and ethnic disparities, *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 7, 398–402.

Maltezou, H. C., Papadima, K., Gkolfinopoulou, K., Ferentinos, G., Mouratidou, E., Andreopoulou, A., ... & Sipsas, N. V. (2021). Coronavirus disease 2019 pandemic in Greece, February 26–May 3, 2020: the first wave. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 41, 102051.

Markantonatou, M. (2021). From Austerity to the Pandemic and Back Again? Lockdown Politics in Greece. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, 46(4), 143-162.

Marmot, M. (2020) Health equity in England: the Marmot review 10 years on, *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 368, pp. m693.

Marco Di, et al. (2020) Sustainable development must account for pandemic risk. *PNAS Opin.*

Marmot, M. & Bell, R. (2012) Fair Society, Healthy Lives. *Public Health*, 126, pp.S4–S10.

Mackenbach JP, McKee M. (2013) A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Pub Health*, 23(2):195–201.

Mein, S. (2020) COVID-19 and Health Disparities: the Reality of "the Great Equalizer", *J Gen Intern Med.*, 35(8):2439-2440.

Mishra V, Seyedzenouzi G, Almohtadi A, Chowdhury T, Khashkhusa A, Axiaq A, Wong WYE, Harky A. (2021) Health Inequalities During COVID-19 and Their Effects on Morbidity and Mortality, *Journal Healthc Leaders*, 19 (3), 19-26.

Millett, G. Jones, A. Benkeser, D., et al. (2020) Assessing Differential Impacts of COVID-19 on Black Communities.

Marmot, M. & Allen, J. (2020) COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(9):681-682.

Mouratidis, K., & Yiannakou, A. (2022). COVID-19 and urban planning: Built environment, health, and well-being in Greek cities before and during the pandemic. *Cities*, 121, 103491.

Mueller, A., McNamara, M. & Sinclair, A. (2020) Why does COVID-19 disproportionately affect older people? *Aging*, 12(10):9959–9981.

McCartney G, Collins C, Mackenzie M. (2013) What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy*, 113(2):221–7.

Murray CJL, Gakidou EE, Frenk J. (1999) Critical reflection – health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull World Health Organ*, 77(2):537–44.

Murray CJ, Lopez AD, Chin B, *et al.* (2006) Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis. *Lancet*, 77(2):537–44.

Narayan, D., Patel, P., Schafft, K., Rademacher, A., & Sarah Koch-Schulte, S. (2000) *Voices of the poor: Can anyone hear us?* Oxford University Press.

Naidoo R. (2020) Fisher B. Sustainable development goals: pandemic reset. *Nature*, 58(1): 198–201.

Ostrom, E. (2009) What is social capital? In V. O. Barkus & J. H. Davis (Eds.), *Social capital: Reaching out, reaching in* (pp. 17-38). Edward, Elgar.

Panneer, S., Kantamaneni, K., Palaniswamy, U., Bhat, L., Pushparaj, R. R. B., Nayar, K. R., ... & Rice, L. (2022, April). Health, economic and social development challenges of the COVID-19 pandemic: Strategies for multiple and interconnected issues. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 5, p. 770). MDPI.

Panitsides, E. A. (2013). *European Union & Lifelong Learning: In between Economic Development and Social Cohesion*.

Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., ... & Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public health*, 183, 110.

Pereirinha JAC, Pereira E. (2021) Social resilience and welfare systems under COVID-19: A European comparative perspective. *Global Social Policy*, 21(3):569–594.

Raisi-Estabragh, Z., McCracken, C., Bethell, M. *et al.* (2020) Greater risk of severe COVID-19 in non-White ethnicities is not explained by cardiometabolic, socioeconomic, or behavioural factors, or by 25(OH)-vitamin D status: study of 1,326 cases from the UK Biobank.

Sen, B., & Begum, S. (2008) Identifying and targeting the extreme poor: A methodology for rural Bangladesh (Chronic Poverty Research Centre Working Paper No. 123). Bangladesh Institute of Development Studies.

Perugini, C., & Vladislavljević, M. (2021). Social stability challenged by Covid-19: Pandemics, inequality and policy responses. *Journal of policy modeling*, 43(1), 146-160.

Pini A, Stenbeck M, Galanis I, et al. (2020) Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–14: an individually matched case-control study, *Lancet Infect Dis*. 19(2):165–176.

Health Inequalities Portal (2022) JAHEE. Διαθέσιμο:
<https://health-inequalities.eu/eu-beyond/eu-action/>

Ramiz, L., Contrand, B., Rojas Castro, M. Y., Dupuy, M., Lu, L., Sztal-Kutas, C., & Lagarde, E. (2021). A longitudinal study of mental health before and during COVID-19 lockdown in the French population. *Globalization and Health*, 17(1), 1-16.

Rose, T., Mason, K., Pennington A., et al. (2020) Inequalities in COVID19 mortality related to ethnicity and socioeconomic deprivation, *medRxiv*, 19(2):165–176.

Siettos, C., Anastassopoulou, C., Tsiamis, C., Vriioni, G., & Tsakris, A. (2021). A bulletin from Greece: A health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and Global Health*, 115(3), 133-134.

Smith, G.D., Ng, F. and Ho Cheung Li, W. (2020), COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.15231

Souch, J. & Cossman, J. (2020) A commentary on rural-urban disparities in COVID-19 testing rates per 100,000 and risk factors, *Journal of Rural Health*, 9 (1), 1–6.

Subbaraman, N. (2020) 'Distancing is impossible': refugee camps race to avert coronavirus catastrophe, *Nature*, 581(7806):18. D

Suleimany, M., Mokhtarzadeh, S., & Sharifi, A. (2022). Community resilience to pandemics: An assessment framework developed based on the review of COVID-19 literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 103248.

Terraneo, M. (2017) Material deprivation, health and well-being in old Age: A comparative analysis of 14 European Countries. In R. White (Ed.), *Measuring multidimensional poverty and deprivation: Incidence and determinants in developed countries* (pp. 113-138). Palgrave Macmillan.

Thomson, K., Bambra, C., McNamara, C. et al. (2016) The effects of public health policies on population health and health inequalities in European welfare states: protocol for an umbrella review. *Syst Rev* 5: 57.

- Tsai, J. & Wilson, M. (2020) COVID-19: a potential public health problem for homeless populations, *Lancet Public Health*, 5(4):e186–e187.
- Tountas, Y, Kyriopoulos, J, Lionis, C, Miltiadis, N, Souliotis, K, Yfantopoulos, J, Filalithis, T (2020) The new NHS: Reform of the National Health System.
- Tsobanoglou, G. (2014) The Eurozone crisis: social factors and impacts, emergent sociality and community employment capacity building. In *The Debt Crisis in the Eurozone: Social Impacts* (ed. Petropoulos, N.P., Tsobanoglou, G.O.), pp. 396–424.
- United Nations Development Programme and Oxford Poverty and Human Development Initiative. (2019) *Global multidimensional poverty index 2019: Illuminating inequalities*. United Nations Development Programme and Oxford Poverty and Human Development.
- Vardavas, C. I. & Nikitara, K. (2020) COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence, *Tobacco induced diseases*, 18, pp. 20.
- Waitzberg, R., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E., Estupiñán-Romero, F., Angulo-Pueyo, E., Theodorou, M., ... & Maresso, A. (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.
- Wang Z, Tang K. (2020) Combating COVID-19: health equity matters. *European Health Journal*, 26:458.
- Waitzberg R, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E, Estupiñán-Romero F, και συν. (2022) Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges. *Health Policy*. 2022 May;126(5):465-475.
- Whitelaw, S., Mamas, M. A., Topol, E., & Van Spall, H. G. (2020). Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *The Lancet Digital Health*, 2(8), e435-e440.
- Wildman, J. (2021) COVID-19 and income inequality in OECD countries. *Eur J Health Econ* 22, 455–462. World Bank. (2020) Projected poverty impacts of COVID-19 (coronavirus). <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/brief/projected-poverty-impacts-of-COVID-19>
- World Health Organization (2013) *Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low-and middle-income countries*; Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2018) *Health Inequalities*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
- World Health Organization (2020) WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director->

general-s-opening- remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020alth:
closing the gap in a generation. Geneva.

WHO (2022) Sustainable development goals and health inequalities
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/345798/HEN52.pdf

WHO (2017) Towards a roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable
Development in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for
Europe; 2017 (EUR/RC66/R4).

Wilson, S., McCloughen, A., Parr, J. & Jackson, D. (2019). “If you are homeless you
are welcome here”: Social obligations for the homeless and socially disadvantaged.
Journal of Clinical Nursing, 28, 2721– 2723.

Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X. και συν. (2020) Risk factors associated
with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus
disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA internal medicine*, 180 (7), pp.
934–943.

Zavras, D. (2021). A cross-sectional population-based study on the influence of the
COVID-19 pandemic on incomes in Greece. *AIMS Public Health*, 8(3), 376.

ΕΛΣΤΑΤ. (2022). Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών:
Έτος 2021 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος
2020). <https://www.statistics.gr/documents/20181/44d3d102-5456-c06a-ce90-47a761783326>

Ευρωπαϊκός Κανονισμός 2021/522. EU4Health. Διαθέσιμο <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R0522&from=EN>

Ζήση, Α., & Χτούρης, Σ. (2020) Η πανδημία Covid-19:
Επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκαταστάτη νέων μορφών ανισοτήτων. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154:35-42.

Κοντιάδης, Ξ. (2020). Πανδημία, βιοπολιτική και δικαιώματα. Αθήνα:
Εκδόσεις Καστανιώτη.

Σούλης, Σ. (2020). Ο ρόλος των ΜΜΕ και του Διαδικτύου στην Ανάπτυξη
Εφαρμοσμένης και Άμεσης Πολιτικής Υγείας SARS-CoV-2 - οι παρεμβάσεις στο
χρονικό της Πανδημικής Κρίσης. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας. (2014). Εθνικό Στρατηγικό
Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη

Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2018).
Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. (2021). Εθνική Στρατηγική για
την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας.

*Φτώχεια και ανισότητες στην υγεία σε συνθήκες πανδημίας στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.
Γκιούρου Μαρία*

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. (2022). Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας.

Υπουργείο Υγείας. (2019). Εθνικό στρατηγικό σχέδιο Δημόσιας Υγείας

Υπουργείο Υγείας. (2021). Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025.