



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Π.Μ.Σ. Διοίκηση Μονάδων Υγείας – ΔΜΥ 61

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ:
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**

Διπλωματική Εργασία
Φοιτήτριας: Γεραντώνη Αικατερίνη
(Α.Μ.:161827)
Επιβλέπων Καθηγητής: Βλάσσης Ιωάννης

Πάτρα, Φεβρουάριος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/ δημιουργός εκχωρεί στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ), μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων των πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Ευχαριστίες

Έχοντας ολοκληρώσει την παρούσα Διπλωματική εργασία, οφείλω να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλλαν, άμεσα ή έμμεσα, στη συγγραφή της.

Πρώτη από όλους, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Ακαδημαϊκό, τον κ. Βλάσση Ιωάννη, μέλος ΣΕΠ του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του ΕΑΠ, για την ανάθεση του θέματος, για την επιστημονική καθοδήγηση, για τον εποικοδομητικό διάλογο που αναπτύξαμε, καθώς και για την ηθική στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα επιπλέον να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου, τόσο για την υπομονή και τη στήριξή τους, όσο και για τις ενδιαφέρουσες συζητήσεις που είχαμε κατά τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας. Οι εύστοχες επισημάνσεις τους, ακόμη κι αν πολλές φορές δεν άπτονταν άμεσα του θέματος της εργασίας μου, υπήρξαν πολύτιμη έμπνευση.

Αισθάνομαι επιπλέον την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά όλες τις διδάσκουσες και όλους τους διδάσκοντες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Όχι μόνο για τις πολύτιμες γνώσεις που αποκόμισα παρακολουθώντας τα μαθήματά τους, αλλά και για τις ενδιαφέρουσες εισηγήσεις και τις σημαντικές παρατηρήσεις.

Τέλος, ευχαριστώ τις συμφοιτήτριες και τους συμφοιτητές μου σε όλη την πορεία των σπουδών μου. Εκτός από τις πολύ ενδιαφέρουσες συζητήσεις μας, η αλληλεγγύη και η αλληλοϋποστήριξη υπήρξαν πολύτιμες πηγές δύναμης.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εξετάζει τη διαμόρφωση, εφαρμογή και αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας για την αντιμετώπιση κρίσεων στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με ιδιαίτερη έμφαση στην υγειονομική κρίση της πανδημίας COVID-19 κατά την περίοδο 2019–2021. Η μελέτη εντάσσεται στο πεδίο της συγκριτικής ανάλυσης δημόσιων πολιτικών και επιδιώκει να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο διαφορετικά εθνικά συστήματα υγείας ανταποκρίθηκαν σε μια διασυννοριακή απειλή υψηλής έντασης και αβεβαιότητας.

Σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση της θεσμικής ετοιμότητας, της χρηματοδοτικής επάρκειας, της διοικητικής ικανότητας και της ανθεκτικότητας επιλεγμένων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εθνικών πολιτικών επιλογών και ευρωπαϊκών μηχανισμών συντονισμού. Η εργασία επιδιώκει επίσης να απαντήσει στα ερευνητικά ζητήματα που αφορούν τη σύνδεση μεταξύ δαπανών υγείας, δυναμικότητας υποδομών (όπως οι κλίνες εντατικής θεραπείας), θεσμικού πλαισίου διακυβέρνησης και αποτελεσματικότητας διαχείρισης κρίσεων.

Η μεθοδολογία που υιοθετείται είναι μικτή (mixed-methods), συνδυάζοντας ποιοτική ανάλυση πολιτικών και θεσμικών παρεμβάσεων με ποσοτική επεξεργασία συγκρίσιμων δεικτών. Συγκεκριμένα, αξιοποιούνται δεδομένα σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες υγείας, τις κατά κεφαλήν δαπάνες, τη δυναμικότητα ΜΕΘ και τις θεσμικές παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν κατά την πανδημία. Ως μελέτες περίπτωσης επιλέγονται πέντε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες εκπροσωπούν διαφορετικά μοντέλα συστημάτων υγείας και διαφορετικά επίπεδα οικονομικής και διοικητικής ανάπτυξης, επιτρέποντας έτσι μια ουσιαστική συγκριτική ανάλυση.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της εργασίας στηρίζεται σε καθιερωμένα μοντέλα ανάλυσης δημόσιας πολιτικής, όπως το Multiple Streams Framework, το Advocacy Coalition Framework, το Health Policy Triangle, η Θεωρία Διακεκομμένης Ισορροπίας και ο Κύκλος Πολιτικής. Τα μοντέλα αυτά λειτουργούν ως ερμηνευτικά εργαλεία για την κατανόηση της δυναμικής λήψης αποφάσεων, της μεταβολής της πολιτικής ατζέντας και της αλληλεπίδρασης θεσμών και δρώντων σε συνθήκες κρίσης.

Τα ευρήματα της έρευνας καταδεικνύουν ότι η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας αποτελεί αποτέλεσμα μακροχρόνιων διαρθρωτικών επενδύσεων, θεσμικού συντονισμού και κοινωνικής εμπιστοσύνης, ενώ η πανδημία λειτούργησε ως καταλύτης για την ενίσχυση της ευρωπαϊκής συνεργασίας στον τομέα της δημόσιας υγείας. Παράλληλα, αναδεικνύονται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ κρατών-μελών ως προς τη χρηματοδότηση, τη διοικητική

ευελιξία και την αποτελεσματικότητα εφαρμογής πολιτικών. Η εργασία συμβάλλει στη σύνδεση θεωρητικής ανάλυσης και εμπειρικής τεκμηρίωσης, προσφέροντας ένα συγκροτημένο πλαίσιο κατανόησης των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαχείριση κρίσεων στον τομέα της υγείας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Λέξεις-Κλειδιά: Πολιτική υγείας, διαχείριση κρίσεων, COVID-19, Ευρωπαϊκή Ένωση, ανθεκτικότητα συστημάτων υγείας, συγκριτική ανάλυση, θεσμική διακυβέρνηση, δημόσιες δαπάνες υγείας, πολυεπίπεδη διακυβέρνηση.

Abstract

This study examines the formulation, implementation, and effectiveness of health policies for crisis management within the European Union, with particular emphasis on the COVID-19 pandemic during the period 2019–2021. Positioned within the field of comparative public policy analysis, the research investigates how different national health systems responded to a high-intensity, cross-border health crisis characterized by uncertainty and systemic pressure.

The primary objective of the study is to assess institutional preparedness, financial capacity, administrative responsiveness, and overall resilience among selected EU Member States. Additionally, the research explores the interaction between national policy choices and European-level coordination mechanisms, aiming to identify the determinants that influenced the effectiveness of crisis management strategies. Special attention is given to the relationship between public health expenditure, infrastructure capacity (such as ICU beds), governance structures, and policy outcomes during the pandemic.

The study adopts a mixed-methods approach, combining qualitative policy and institutional analysis with quantitative indicators derived from official sources. Key variables include public health expenditure as a percentage of GDP, per capita spending, intensive care unit capacity, and the scope of emergency policy interventions implemented during the pandemic. Five EU Member States are selected as case studies, representing different health system models and varying levels of economic and administrative development, thereby enabling a structured comparative analysis.

The theoretical framework is grounded in established public policy models, including the Multiple Streams Framework, the Advocacy Coalition Framework, the Health Policy Triangle, Punctuated Equilibrium Theory, and the Policy Cycle approach. These frameworks provide analytical tools to interpret agenda-setting processes, institutional change, actor dynamics, and decision-making patterns under crisis conditions.

The findings indicate that health system resilience is not merely a function of emergency response measures but is largely determined by long-term structural investments, institutional coordination, governance quality, and public trust. The COVID-19 crisis acted as a catalyst for enhanced European cooperation in health policy, particularly in areas such as joint procurement, surveillance, and preparedness planning. However, significant disparities among Member States remain in terms of infrastructure capacity, funding levels, and implementation effectiveness.

Overall, the study contributes to bridging theoretical analysis and empirical evidence, offering a comprehensive framework for understanding crisis management in health policy within the European Union and highlighting the structural factors that shape institutional resilience in times of systemic stress.

Key-words: Health policy, crisis management, COVID-19, European Union, health system resilience, comparative analysis, institutional governance, public health expenditure, multilevel governance.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	ii
Περίληψη.....	iii
Abstract	v
1. Εισαγωγή	1
1.1. Γενικά	1
1.2. Ερευνητικά Ζητούμενα και Υποθέσεις.....	2
1.2.1. Ερευνητικά Ζητούμενα.....	2
1.2.1.1. Κατανόηση βασικών χαρακτηριστικών πολιτικών υγείας σε περιόδους κρίσεων	2
1.2.1.2. Στρατηγικές πρόληψης και ανταπόκρισης.....	3
1.2.1.3. Προσδιορισμός παραγόντων επιτυχίας ή αδυναμίας.....	3
1.2.1.4. Συγκριτική αξιολόγηση επιδόσεων	3
1.2.1.5. Εντοπισμός βέλτιστων πρακτικών	3
1.2.2. Υποθέσεις	3
1.2.2.1. Ενίσχυση νομικού πλαισίου και ανθεκτικότητα:	3
1.2.2.2. Προγράμματα χρηματοδότησης και ανθεκτικότητα συστημάτων υγείας	4
1.2.2.3. Συντονισμός σε επίπεδο ΕΕ και ανταποκρισιμότητα	4
1.2.2.4. Ενίσχυση εργαστηρίων και προειδοποίησης για πρόληψη.....	4
1.2.2.5. Εμπειρική ανάγκη για συνεχή προετοιμασία	4
1.3. Σκοπός της εργασίας	4
1.4. Δομή της εργασίας	6
1.5. Συμβολή της εργασίας.....	7
2. Μεθοδολογία Έρευνας.....	8
2.1. Ερευνητικός Σχεδιασμός και Μεθοδολογική Προσέγγιση.....	8
2.2. Ερευνητικό Πλαίσιο και Μονάδα Ανάλυσης	9
2.3. Κριτήρια Επιλογής Χωρών και Λογική Δειγματοληψίας	10
2.3.1. Κριτήρια επιλογής.....	11
2.3.1.1. Διαθεσιμότητα συγκρίσιμων ποσοτικών δεδομένων	11
2.3.1.2. Διαφοροποίηση μοντέλων συστημάτων υγείας	11
2.3.1.3. Γεωγραφική και οικονομική διαφοροποίηση	12
2.3.2. Επιλεγμένες χώρες	12
2.3.3. Προσέγγιση Κρίσεων στην Έρευνα	12
2.4. Σύνοψη	13
3. Πολιτικές υγείας και κρίσεις.....	15
3.1. Έννοια και σημασία της «πολιτικής της υγείας»	15
3.1.1. Ορισμός, πεδίο και εννοιολογικά χαρακτηριστικά της πολιτικής της υγείας ..	15
3.1.2. Η σημασία της πολιτικής της υγείας για τα συστήματα υγείας και την κοινωνική συνοχή ..	16
3.2. Θεωρίες και μοντέλα διαμόρφωσης πολιτικών υγείας.....	18
3.2.1. Multiple Streams Framework (Πλαίσιο Πολλαπλών Ρευμάτων)	19
3.2.1.1. Θεωρητική προσέγγιση και βασικές έννοιες	19
3.2.1.2. Εφαρμογή του μοντέλου στην πολιτική υγείας.....	19
3.2.1.3. Ευρωπαϊκή διάσταση και κρίσεις υγείας	20
3.2.1.4. Η έννοια του policy entrepreneur στην πολιτική υγείας.....	21
3.2.1.5. Περιορισμοί του μοντέλου	22
3.2.2. Advocacy Coalition Framework (Πλαίσιο Συμμαχιών Υποστήριξης)	22
3.2.2.1. Θεωρητική βάση και βασικές έννοιες	22

3.2.2.2.	Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις	23
3.2.2.3.	Διοικητική και οργανωσιακή οπτική	24
3.2.2.4.	Κριτική και περιορισμοί	24
3.2.3.	Health Policy Triangle (Τρίγωνο Πολιτικής Υγείας).....	24
3.2.3.1.	Θεωρητική βάση και βασικές έννοιες	24
3.2.3.2.	Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις	25
3.2.3.3.	Διοικητική και οργανωσιακή οπτική	26
3.2.3.4.	Ευρωπαϊκή εμπειρία: COVID-19 και Τρίγωνο Πολιτικής Υγείας.....	26
3.2.3.5.	Κριτική και περιορισμοί	27
3.2.4.	Punctuated Equilibrium Theory (Θεωρία Διακεκομμένης Ισορροπίας)	27
3.2.4.1.	Θεωρητικό υπόβαθρο και βασικές αρχές.....	27
3.2.4.2.	Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις	27
3.2.4.3.	Διοικητική και οργανωσιακή οπτική	28
3.2.4.4.	Σύνδεση με άλλες θεωρίες πολιτικής	29
3.2.4.5.	Κριτική και περιορισμοί	29
3.2.5.	Policy Cycle (Κύκλος Πολιτικής).....	29
3.2.5.1.	Θεωρητική βάση και βασικές έννοιες	29
3.2.5.2.	Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις	30
3.2.5.3.	Διοικητική και οργανωσιακή οπτική	31
3.2.5.4.	Ευρωπαϊκή εμπειρία: COVID-19 και Policy Cycle	31
3.2.5.5.	Κριτική και περιορισμοί	32
3.3.	Δευτερεύοντα μοντέλα διαμόρφωσης πολιτικών υγείας	32
3.3.1.	Institutional Analysis and Development Framework (Πλαίσιο θεσμικής Ανάλυσης και Ανάπτυξης, IAD).....	32
3.3.1.1.	Θεωρητική βάση.....	32
3.3.1.2.	Εφαρμογή στην πολιτική υγείας	33
3.3.1.3.	Διοικητική οπτική.....	33
3.3.2.	Diffusion of Innovations Theory (Θεωρία Διάχυσης Καινοτομιών)	33
3.3.2.1.	Θεωρητική βάση.....	34
3.3.2.2.	Εφαρμογή στην πολιτική υγείας	34
3.3.2.3.	Παραδείγματα από Ε.Ε.	34
3.3.2.4.	Διοικητική οπτική.....	34
3.3.3.	Narrative Policy Framework (Πλαίσιο Πολιτικής Αφήγησης, NPF).....	35
3.3.3.1.	Θεωρητική βάση.....	35
3.3.3.2.	Εφαρμογή στην πολιτική υγείας	35
3.3.3.3.	Παραδείγματα από Ε.Ε.	35
3.3.3.4.	Διοικητική οπτική.....	36
3.3.4.	Social Construction Framework (Πλαίσιο Κοινωνικής Κατασκευής).....	36
3.3.4.1.	Θεωρητική βάση.....	36
3.3.4.2.	Εφαρμογή στην υγεία	36
3.3.4.3.	Διοικητική οπτική.....	36
3.3.5.	Garbage Can Model (Μοντέλο κάδου απορριμμάτων).....	36
3.3.5.1.	Θεωρητική βάση.....	36
3.3.5.2.	Εφαρμογή στην πανδημία COVID-19.....	37
3.3.5.3.	Διοικητική οπτική.....	37
3.3.6.	Αξιολόγηση των Δευτερευόντων μοντέλων.....	37
4.	Ο ρόλος των κρατών και υπερεθνικών οργανισμών.....	40
4.1.	Η έννοια της κρίσης στον τομέα της υγείας	40

4.2. Ο ρόλος των κρατών και των υπερεθνικών οργανισμών στη διαχείριση κρίσεων υγείας.....	43
4.3. Η Ευρωπαϊκή Ένωση και οι πολιτικές υγείας σε συνθήκες κρίσης.....	45
4.3.1. Πολιτικές Υγείας της ΕΕ σε Υγειονομικές / Επιδημιολογικές Κρίσεις.....	45
4.3.1.1. Προετοιμασία και Παρακολούθηση Κρίσεων	46
4.3.1.2. Συντονισμός και Προμήθεια Αντίμετρων.....	47
4.3.1.3. Μαθήματα από την COVID-19 και Προσανατολισμός στο Μέλλον	48
4.3.2. Οι οικονομικές κρίσεις και η επίδρασή τους στις Πολιτικές Υγείας	48
4.3.3. Κοινωνικές / Προσφυγικές κρίσεις με υγειονομικές συνέπειες	51
4.4. Ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη στήριξη κρατών-μελών σε κρίσεις υγείας.....	55
4.4.1. Επιτήρηση επιδημιολογικών κρίσεων.....	56
4.4.2. Τεχνική υποστήριξη και οικοδόμηση ικανοτήτων.....	56
4.4.3. Συντονισμός, χρηματοδότηση και μελλοντική ετοιμότητα.....	57
4.5. Προκλήσεις και Προοπτικές Εναρμόνισης Πολιτικών Υγείας μεταξύ Κρατών-Μελών.....	58
5. Συγκριτική Ανάλυση Πολιτικών Υγείας σε επιλεγμένες χώρες της ΕΕ	62
5.1. Κρίσεις και Πολιτικές Υγείας στην Ευρώπη	62
5.2. Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την πανδημία COVID-19.....	65
5.2.1. Ελλάδα – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19	65
5.2.2. Γερμανία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19	68
5.2.3. Σουηδία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19	71
5.2.4. Γαλλία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19	73
5.2.5. Πολωνία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την πανδημία COVID-19	76
5.3. Συγκριτική Αποτύπωση Χρηματοδότησης και Θεσμικής Ανταπόκρισης (2019–2021)	78
6. Συμπεράσματα	82
6.1. Πολιτικές υγείας σε συνθήκες κρίσεων.....	82
6.2. Συγκριτική Ανάλυση των υπό μελέτη χωρών.....	84
6.2.1. Η αφετηρία ως καθοριστικός παράγοντας.....	84
6.2.2. Η ένταση της δημοσιονομικής αντίδρασης	85
6.2.3. Υποδομές και επιχειρησιακή ετοιμότητα	85
6.2.4. Θεσμική διακυβέρνηση και διοικητική ικανότητα	86
6.2.5. Ψηφιακή διαχείριση και ευρωπαϊκή διάσταση	86
6.2.6. Δυναμική 2019–2021 και ανθεκτικότητα.....	86
6.2.7. Συνολική αποτίμηση	86
7. Βιβλιογραφία	88

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 5-1: Συνολικές δαπάνες για την υγεία σε Ισοδυναμία Αγοραστικής Δύναμης σε δολάρια (PPP\$) κατά κεφαλήν, μερίδιο δημόσιου και ιδιωτικού τομέα: Έτος 2019. Πηγή: Garel, 2022..... 66

Εικόνα 5-2: Δυναμικότητα εντατικής θεραπείας – κλίνες ΜΕΘ πριν από την κρίση COVID-19, τελευταίο διαθέσιμο έτος. Αριθμός κλινών εντατικής θεραπείας ανά 100 000 κατοίκους. Για τη Γερμανία, τα δεδομένα αναφέρονται σε όλες τις ηλικίες. Πηγή: OECD, 2020. 69

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 5-1: Συγκριτική Αποτύπωση Δαπανών Υγείας και Έκτακτης Χρηματοδότησης (2019–2020), για τις υπό εξέταση χώρες (OECD, 2020· Garel, 2022)	78
Πίνακας 5-2: Συγκριτική Αποτύπωση Υποδομών Εντατικής Θεραπείας και Δυναμικότητας Συστήματος, τα έτη 2019/2021 (OECD, 2020).....	79
Πίνακας 5-3: Συγκριτική Αποτύπωση Θεσμικών Παρεμβάσεων Διαχείρισης COVID-19 (2020–2021)	80

1. Εισαγωγή

1.1. Γενικά

Οι σύγχρονες κοινωνίες αντιμετωπίζουν ολοένα και συχνότερα σύνθετες και πολυεπίπεδες κρίσεις, οι οποίες υπερβαίνουν τα εθνικά σύνορα και θέτουν σε δοκιμασία την αποτελεσματικότητα των δημόσιων πολιτικών. Στο πεδίο της δημόσιας υγείας, οι κρίσεις αυτές, υγειονομικές, οικονομικές ή κοινωνικές, αναδεικνύουν τις διαρθρωτικές αντοχές αλλά και τις θεσμικές αδυναμίες των συστημάτων υγείας. Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε χαρακτηριστικό παράδειγμα διασυνωριακής απειλής, η οποία προκάλεσε ταυτόχρονη πίεση στα συστήματα υγείας, στις οικονομίες και στις δομές διακυβέρνησης των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Greer *et al.*, 2021).

Η εμπειρία της πανδημίας κατέδειξε ότι τα συστήματα υγείας δεν λειτουργούν σε θεσμικό κενό, αλλά εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο πολιτικής διακυβέρνησης, χρηματοδότησης και κοινωνικής νομιμοποίησης. Όπως υπογραμμίζεται στη βιβλιογραφία της ανάλυσης πολιτικής υγείας, η αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης δεν εξαρτάται αποκλειστικά από το περιεχόμενο της πολιτικής, αλλά από το πλαίσιο, τους δρώντες και τη διαδικασία εφαρμογής της (Walt & Gilson, 1994). Η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας, επομένως, δεν αποτελεί μόνο ζήτημα πόρων, αλλά και ζήτημα θεσμικής οργάνωσης και διοικητικής ικανότητας (Thomas *et al.*, 2020).

Παρά το γεγονός ότι η υγεία αποτελεί κατά κύριο λόγο αρμοδιότητα των κρατών-μελών, η κρίση COVID-19 ανέδειξε την αναγκαιότητα ενισχυμένου ευρωπαϊκού συντονισμού. Η δημιουργία μηχανισμών όπως η Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA), η ενίσχυση του ECDC και η υλοποίηση του προγράμματος EU4Health σηματοδοτούν μία ποιοτική μετατόπιση προς ενισχυμένη πολυεπίπεδη διακυβέρνηση στον τομέα της υγείας (European Commission, 2021· Eerens *et al.*, 2023). Ωστόσο, η διατήρηση της εθνικής αρμοδιότητας διαμορφώνει ένα σύνθετο πεδίο αλληλεπίδρασης μεταξύ εθνικών στρατηγικών και υπερεθνικών κατευθύνσεων.

Η παρούσα εργασία εντάσσεται στο πεδίο της συγκριτικής ανάλυσης πολιτικών υγείας και επιδιώκει να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο επιλεγμένα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαμόρφωσαν και εφάρμοσαν πολιτικές υγείας για την αντιμετώπιση κρίσεων, με έμφαση στην περίοδο 2019–2021. Η επιλογή της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου επιτρέπει τη συγκριτική αποτύπωση τριών διακριτών φάσεων: της προ κρίσης κανονικότητας (2019), της άμεσης αντίδρασης (2020) και της φάσης προσαρμογής και θεσμικής εδραίωσης (2021).

Η έρευνα στηρίζεται θεωρητικά σε καθιερωμένα μοντέλα ανάλυσης δημόσιας πολιτικής, όπως το Multiple Streams Framework (Kingdon, 2011), η Θεωρία Διακεκομμένης Ισορροπίας (Baumgartner & Jones, 2009), το Advocacy Coalition Framework (Sabatier & Weible, 2007) και το Health Policy Triangle (Walt & Gilson, 1994). Τα θεωρητικά αυτά εργαλεία παρέχουν ερμηνευτικό πλαίσιο για την κατανόηση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων, της δυναμικής πολιτικής ατζέντας και της αλληλεπίδρασης θεσμών και δρώντων σε περιόδους έντονης πίεσης.

Σκοπός της εργασίας είναι η συγκριτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της θεσμικής ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας σε συνθήκες κρίσης, μέσα από την ανάλυση επιλεγμένων χωρών που εκπροσωπούν διαφορετικά μοντέλα οργάνωσης και επίπεδα χρηματοδότησης. Η μελέτη επιχειρεί να απαντήσει στα ερευνητικά ζητήματα που τέθηκαν σχετικά με τη σχέση μεταξύ δαπανών υγείας, θεσμικής ετοιμότητας, διοικητικής ικανότητας και αποτελεσματικότητας διαχείρισης κρίσεων.

1.2. Ερευνητικά Ζητούμενα και Υποθέσεις

Τα ερευνητικά ζητούμενα της παρούσας εργασίας καθορίζουν τις κατευθύνσεις και το ερευνητικό πεδίο της ανάλυσης των πολιτικών υγείας κατά την αντιμετώπιση κρίσεων στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα εξεταζόμενα ζητούμενα διαρθρώνονται έτσι ώστε να διερευνούν τόσο τα θεμελιώδη συστατικά των πολιτικών υγείας όσο και τη λειτουργική τους αποτελεσματικότητα σε διαφορετικές εθνικές και ευρωπαϊκές συνθήκες, εστιάζοντας στον βαθμό ετοιμότητας, στον συντονισμό και στην ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας. Οι υποθέσεις που ακολουθούν αποτυπώνουν τις προσδοκίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των πολιτικών και θα αποτελέσουν τη βάση για τη συγκριτική ανάλυση των κρατών-μελών της ΕΕ.

1.2.1. Ερευνητικά Ζητούμενα

Πρόκειται για τα ερωτήματα, τα οποία λειτουργούν ως σταθερά σημεία αναφοράς κατά την ανάπτυξη της έρευνας, και κάθε επόμενη ενότητα της εργασίας θα αναφέρεται ρητά στην απάντησή τους.

Αυτά είναι:

1.2.1.1. Κατανόηση βασικών χαρακτηριστικών πολιτικών υγείας σε περιόδους κρίσεων

Ποια είναι τα κύρια δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά που απαντώνται στις πολιτικές υγείας κατά τη διάρκεια κρίσεων στις χώρες-μέλη της ΕΕ.

1.2.1.2. Στρατηγικές πρόληψης και ανταπόκρισης

Ποιες στρατηγικές προληπτικών και αντιδραστικών μέτρων έχουν υιοθετηθεί σε διαφορετικά κράτη-μέλη, και με ποιο τρόπο διαφοροποιείται η εφαρμογή τους στο πλαίσιο της ΕΕ.

1.2.1.3. Προσδιορισμός παραγόντων επιτυχίας ή αδυναμίας

Ποιοι κοινωνικοοικονομικοί, θεσμικοί ή οργανωτικοί παράγοντες συνδέονται με την αποτελεσματική εφαρμογή ή αποτυχία πολιτικών υγείας σε κρίσεις.

1.2.1.4. Συγκριτική αξιολόγηση επιδόσεων

Πώς διαφοροποιούνται οι επιδόσεις των χωρών σε βασικούς δείκτες, όπως ετοιμότητα συστήματος, ταχύτητα ανταπόκρισης και συνακόλουθη ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας.

1.2.1.5. Εντοπισμός βέλτιστων πρακτικών

Ποιες πολιτικές και πρακτικές μπορούν να θεωρηθούν ως «βέλτιστες» και μεταβιβάσιμες σε άλλα κράτη-μέλη στο πλαίσιο ενισχυμένης ευρωπαϊκής συνεργασίας.

1.2.2. Υποθέσεις

Οι υποθέσεις που παρατίθενται κατωτέρω, διατυπώνονται με βάση επίσημο πλαίσιο πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης και επιστημονική βιβλιογραφία σχετικά με την προετοιμασία, ανταπόκριση και ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας σε κρίσεις δημόσιας υγείας. Κάθε υπόθεση θα ελεγχθεί στη συνέχεια της εργασίας με βάση συγκριτική ανάλυση των κρατών-μελών.

1.2.2.1. Ενίσχυση νομικού πλαισίου και ανθεκτικότητα:

Η υιοθέτηση και ενσωμάτωση νομικών οργανωτικών μέτρων για την πρόληψη, ετοιμότητα και ανταπόκριση σε σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας συνδέεται με καλύτερη ικανότητα αντιμετώπισης κρίσεων σε επίπεδο ΕΕ και κρατών-μελών, όπως καθορίζεται στον ενωσιακό σχεδιασμό πρόληψης και αντίδρασης (Eerens *et al.*, 2023¹ European Commission, 2023).

1.2.2.2. Προγράμματα χρηματοδότησης και ανθεκτικότητα συστημάτων υγείας

Η ύπαρξη στοχευμένων χρηματοδοτικών προγραμμάτων της ΕΕ που ενισχύουν τόσο την ποιότητα όσο και την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας, όπως το πρόγραμμα EU4Health, σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανότητα προετοιμασίας και συντονισμού δράσεων κατά τη διάρκεια κρίσεων (European Commission, 2025a).

1.2.2.3. Συντονισμός σε επίπεδο ΕΕ και ανταποκρισιμότητα

Το ενωσιακό πλαίσιο για την πρόληψη, προετοιμασία και αντίδραση περιλαμβάνει μηχανισμούς συντονισμού και κοινής δράσης που μπορούν να μειώσουν τις δυσκολίες της διασυννοριακής συνεργασίας μεταξύ κρατών-μελών, υποστηρίζοντας μία πληρέστερη και πιο συντονισμένη αντιμετώπιση κρίσεων (European Commission, 2023).

1.2.2.4. Ενίσχυση εργαστηρίων και προειδοποίησης για πρόληψη

Η ανάπτυξη κοινών συστημάτων επιτήρησης, προειδοποίησης και κεντρικών υποδομών (π.χ., εργαστηριακά δίκτυα και διαλειτουργικά δίκτυα υγείας) συμβάλλει στην ταχύτερη ανίχνευση απειλών και στην έγκαιρη ανταπόκριση σε υγειονομικές κρίσεις (European Commission, 2023).

1.2.2.5. Εμπειρική ανάγκη για συνεχή προετοιμασία

Παρότι η ΕΕ έχει ενισχύσει τα πλαίσια ετοιμότητας μετά την πανδημία COVID-19, πρόσφατες εκθέσεις δείχνουν ότι η ανισομερής ετοιμότητα μεταξύ κρατών-μελών και η ανάγκη για περαιτέρω στενότερη συνεργασία εξακολουθούν να αποτελούν προκλήσεις που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της συνολικής ανταπόκρισης (Mosolova, 2024).

1.3. Σκοπός της εργασίας

Ο βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι αφενός η ανάλυση και αφετέρου η συγκριτική αξιολόγηση των πολιτικών υγείας, οι οποίες εφαρμόστηκαν από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση κρίσεων, με έμφαση τόσο στις υγειονομικές κρίσεις (όπως η πανδημία COVID-19), όσο και σε οικονομικές και κοινωνικές κρίσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας.

Επιπλέον, η εργασία επιδιώκει να αναδείξει τις ομοιότητες και τις διαφοροποιήσεις στις εθνικές στρατηγικές διαχείρισης κρίσεων, καθώς και τον ρόλο των θεσμικών, πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνουν την αποτελεσματικότητα των

πολιτικών υγείας εντός του ευρωπαϊκού πλαισίου. Παράλληλα, εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο οι υπερεθνικές παρεμβάσεις και οι κοινές πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμβάλλουν στη βελτίωση της ετοιμότητας και της ανταπόκρισης των κρατών-μελών σε καταστάσεις κρίσης.

Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Η θεωρητική προσέγγιση της έννοιας των πολιτικών υγείας και της διαχείρισης κρίσεων.
- Η αποτύπωση του θεσμικού πλαισίου πολιτικής της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Η συγκριτική ανάλυση επιλεγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως προς τις πολιτικές που υιοθέτησαν σε περιόδους κρίσεων.
- Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών αυτών με βάση συγκεκριμένους δείκτες.
- Η ανάδειξη καλών πρακτικών και αδυναμιών.
- Η διατύπωση προτάσεων πολιτικής για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στην ελληνική περίπτωση.

Με βάση τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας, διαμορφώνονται τα ακόλουθα βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

- Πώς ορίζονται και πώς διαμορφώνονται οι πολιτικές υγείας σε περιόδους κρίσεων στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Ποιες είναι οι βασικές διαφορές και ομοιότητες στις εθνικές πολιτικές υγείας των κρατών-μελών της ΕΕ κατά την αντιμετώπιση υγειονομικών και οικονομικών κρίσεων
- Ποιος είναι ο ρόλος των υπερεθνικών θεσμών (όπως η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ECDC και ο ΠΟΥ Ευρώπης) στη διαχείριση κρίσεων υγείας
- Σε ποιον βαθμό οι εθνικές πολιτικές υγείας επηρεάζονται από το επίπεδο οργάνωσης των συστημάτων υγείας, τη διαθεσιμότητα πόρων και τις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες
- Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην επιτυχία ή την αποτυχία των πολιτικών υγείας κατά την αντιμετώπιση κρίσεων στα κράτη-μέλη της ΕΕ

- Ποια διδάγματα μπορούν να εξαχθούν για τη μελλοντική χάραξη πολιτικών υγείας σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε εθνικό επίπεδο.

1.4. Δομή της εργασίας

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε έξι κύρια κεφάλαια, τα οποία οργανώνονται με στόχο τη σταδιακή μετάβαση από τη θεωρητική θεμελίωση στην εμπειρική συγκριτική ανάλυση και, τέλος, στη σύνθεση συμπερασμάτων.

Το **Κεφάλαιο 1** περιλαμβάνει την εισαγωγή στο αντικείμενο της έρευνας, τον προσδιορισμό του σκοπού και της σημασίας της μελέτης, τη διατύπωση των ερευνητικών ζητούμενων και υποθέσεων, καθώς και τη συνοπτική παρουσίαση της δομής της εργασίας.

Το **Κεφάλαιο 2** παρουσιάζει τη μεθοδολογία της έρευνας. Αναλύεται ο ερευνητικός σχεδιασμός, η μικτή μεθοδολογική προσέγγιση (ποιοτική και ποσοτική), τα κριτήρια επιλογής των χωρών, οι πηγές δεδομένων (Eurostat, OECD, WHO και θεσμικά έγγραφα της Ευρωπαϊκής Ένωσης), καθώς και οι μέθοδοι ανάλυσης. Επιπλέον, αποσαφηνίζονται οι περιορισμοί της μελέτης και το πλαίσιο συγκριτικής αξιολόγησης.

Το **Κεφάλαιο 3** αναπτύσσει το θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας. Παρουσιάζονται τα βασικά μοντέλα και θεωρίες διαμόρφωσης δημόσιας πολιτικής (Multiple Streams Framework, Advocacy Coalition Framework, Health Policy Triangle, Punctuated Equilibrium Theory, Policy Cycle), καθώς και δευτερεύοντα θεωρητικά εργαλεία. Το κεφάλαιο αυτό λειτουργεί ως ερμηνευτικό υπόβαθρο για την ανάλυση που ακολουθεί, συνδέοντας τη θεωρία με την εμπειρική εφαρμογή στον τομέα της πολιτικής υγείας σε συνθήκες κρίσης.

Το **Κεφάλαιο 4** εξετάζει τον ρόλο των κρατών και των υπερεθνικών οργανισμών, ιδίως της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας σε κρίσεις. Αναλύονται οι θεσμικοί μηχανισμοί συντονισμού, τα χρηματοδοτικά εργαλεία και οι στρατηγικές ετοιμότητας και ανταπόκρισης.

Το **Κεφάλαιο 5** αποτελεί τον πυρήνα της εμπειρικής έρευνας και περιλαμβάνει τη συγκριτική ανάλυση επιλεγμένων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο 2019–2021, με έμφαση στην πανδημία COVID-19. Παρουσιάζονται ποσοτικά δεδομένα (δαπάνες υγείας, δυναμικότητα ΜΕΘ, θεσμικές παρεμβάσεις), αναλύονται εθνικές στρατηγικές και επιχειρείται σύνδεση με το θεωρητικό πλαίσιο του Κεφαλαίου 3.

Τέλος, το **Κεφάλαιο 6** διατυπώνει τα γενικά και συγκριτικά συμπεράσματα της έρευνας, απαντά στα ερευνητικά ζητήματα και αξιολογεί τις υποθέσεις υπό το πρίσμα της βιβλιογραφίας. Παράλληλα, επισημαίνονται προοπτικές για μελλοντική έρευνα και πολιτική βελτίωση.

1.5. Συμβολή της εργασίας

Η συμβολή της παρούσας εργασίας έγκειται στη σύνδεση θεωρητικής ανάλυσης και εμπειρικής τεκμηρίωσης, με στόχο την κατανόηση των παραγόντων που ενισχύουν ή περιορίζουν την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέσα από τη συγκριτική προσέγγιση, επιχειρείται η ανάδειξη κοινών τάσεων αλλά και διαρθρωτικών αποκλίσεων, οι οποίες μπορούν να τροφοδοτήσουν τον επιστημονικό και πολιτικό διάλογο για το μέλλον της ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας σε συνθήκες διαρκούς αβεβαιότητας.

2. Μεθοδολογία Έρευνας

Το κεφάλαιο της μεθοδολογίας αποτελεί το θεμέλιο της παρούσας έρευνας, καθώς περιγράφει διεξοδικά τη λογική, τις επιλογές και τις διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν για τη συστηματική ανάλυση των πολιτικών υγείας σε περιόδους κρίσεων. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει με σαφήνεια τον τρόπο με τον οποίο συνδυάζονται η ποιοτική και η ποσοτική διάσταση της μελέτης, ώστε να προσφέρει μια ολοκληρωμένη εικόνα της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των εθνικών συστημάτων υγείας υπό συνθήκες πίεσης. Η μικτή μεθοδολογική προσέγγιση επιτρέπει όχι μόνο τη συλλογή και αξιολόγηση συγκριτικών ποσοτικών δεδομένων, όπως οι δαπάνες υγείας και η δυναμικότητα των κλινών ΜΕΘ, αλλά και την κατανόηση της θεσμικής οργάνωσης, των μηχανισμών συντονισμού και της εφαρμογής ευρωπαϊκών κατευθύνσεων. Μέσα από αυτή την προσέγγιση, η έρευνα αποκτά την ικανότητα να αναλύει ταυτόχρονα τη λειτουργική αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα των συστημάτων, επιτρέποντας μια πολύπλευρη και ισορροπημένη ερμηνεία των δεδομένων σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης, από τον ευρωπαϊκό συντονισμό έως τις εθνικές πολιτικές πρακτικές.

Η συστηματική αυτή προσέγγιση διασφαλίζει ότι η έρευνα παραμένει συγκριτική, αξιόπιστη και επιστημονικά τεκμηριωμένη, ενώ παράλληλα προσφέρει την ευελιξία να εξεταστούν οι ποικίλες συνθήκες που επικρατούν σε διαφορετικά κράτη-μέλη. Μέσω της μεθοδολογικής αυτής βάσης, καθίσταται δυνατή η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με βάση την ορθότητα, την πληρότητα και τη διασταύρωση πληροφοριών, στοιχεία κρίσιμα για την κατανόηση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών υγείας και για την υποστήριξη των συμπερασμάτων που θα παρουσιαστούν στα επόμενα κεφάλαια.

2.1. Ερευνητικός Σχεδιασμός και Μεθοδολογική Προσέγγιση

Η παρούσα έρευνα υιοθετεί μικτή μεθοδολογική προσέγγιση (mixed-methods), συνδυάζοντας ποιοτική συγκριτική ανάλυση πολιτικών με την αξιοποίηση επιλεγμένων ποσοτικών δεικτών συστημάτων υγείας. Η επιλογή αυτή βασίζεται στην ανάγκη ολοκληρωμένης κατανόησης ενός σύνθετου φαινομένου, όπως είναι η αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας σε περιόδους κρίσεων, το οποίο δεν μπορεί να αποτυπωθεί επαρκώς ούτε αποκλειστικά μέσω ποσοτικών μετρήσεων ούτε μόνο μέσω θεσμικής ερμηνείας.

Η μικτή προσέγγιση επιτρέπει τη συμπληρωματική αξιοποίηση διαφορετικών τύπων δεδομένων, ενισχύοντας την αναλυτική ισχύ της έρευνας και τη διασταύρωση των συμπερασμάτων (Creswell & Creswell, 2009). Συγκεκριμένα, η ποιοτική διάσταση εστιάζει

στη θεσμική οργάνωση, στον βαθμό ενσωμάτωσης ευρωπαϊκών κατευθύνσεων και στη λειτουργία των μηχανισμών συντονισμού, ενώ η ποσοτική διάσταση αξιοποιεί δείκτες όπως:

- Δημόσιες δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ).
- Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας.
- Διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ (ICU beds per 100.000 κατοίκους).
- Συνολικές δαπάνες υγείας ανά χώρα.

Κατά συνέπεια, η μικτή προσέγγιση παρέχει τη δυνατότητα σύνθετης ανάλυσης των πολιτικών υγείας, επιτρέποντας την ενοποίηση στοιχείων, τα οποία διαφορετικά θα παρέμεναν αποσπασματικά. Η ποιοτική διάσταση επιτρέπει την εμβάθυνση στη λήψη αποφάσεων, στους μηχανισμούς συντονισμού και στην εφαρμογή ευρωπαϊκών κατευθύνσεων, ενώ η ποσοτική παρέχει αντικειμενικά δεδομένα για τη σύγκριση χωρών και χρονικών περιόδων.

Η μεθοδολογία αυτή ενισχύει την αναλυτική πληρότητα της έρευνας και διασφαλίζει ότι η εργασία μπορεί να αποδώσει όχι μόνο ποσοτικά αποτελέσματα αλλά και ποιοτική κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας κατά τη διάρκεια κρίσεων.

Η ανάλυση εντάσσεται στο πλαίσιο της συγκριτικής μελέτης περιπτώσεων (comparative case study), η οποία θεωρείται κατάλληλη για τη μελέτη σύγχρονων θεσμικών φαινομένων εντός πραγματικού πολιτικού και διοικητικού περιβάλλοντος (Yin, 2018).

2.2. Ερευνητικό Πλαίσιο και Μονάδα Ανάλυσης

Μονάδα ανάλυσης της έρευνας αποτελεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάθε επιλεγμένου κράτους-μέλους, σε συνάρτηση με το ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο διαχείρισης κρίσεων δημόσιας υγείας. Η ανάλυση εξετάζει:

- Τον βαθμό θεσμικής ετοιμότητας.
- Τη λειτουργική ικανότητα ανταπόκρισης.
- Την ανθεκτικότητα του συστήματος υπό συνθήκες πίεσης.

Η έννοια της ανθεκτικότητας προσεγγίζεται ως η ικανότητα ενός Συστήματος Υγείας να απορροφά, να προσαρμόζεται και να μετασχηματίζεται υπό συνθήκες κρίσης, χωρίς να διαταράσσεται η βασική λειτουργία του. Αυτή η προσέγγιση υιοθετείται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία για τα συστήματα υγείας (Thomas *et al.*, 2020).

Στο ποσοτικό σκέλος, οι δείκτες που χρησιμοποιούνται επιλέγονται με βάση τη διεθνή τους καθιέρωση και τη διαθεσιμότητα συγκρίσιμων δεδομένων μεταξύ κρατών-μελών. Οι δείκτες προέρχονται από:

- Τη Eurostat.
- Τον OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development).
- Τον WHO (World Health Organization).

Οι οργανισμοί αυτοί παρέχουν εναρμονισμένα και διεθνώς συγκρίσιμα δεδομένα, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία της ανάλυσης.

Η μελέτη επικεντρώνεται σε κάθε εθνικό σύστημα υγείας ως αυτόνομη μονάδα ανάλυσης, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνει υπόψη το ευρωπαϊκό πλαίσιο συνεργασίας και καθοδήγησης. Αυτή η διπλή εστίαση επιτρέπει την κατανόηση τόσο των εσωτερικών δυνατοτήτων και περιορισμών των συστημάτων, όσο και του τρόπου με τον οποίο οι ευρωπαϊκές πολιτικές επηρεάζουν την ετοιμότητα και την ανταπόκριση σε κρίσεις.

Η προσέγγιση αυτή καθιστά δυνατή την αναγνώριση μοτίβων και τάσεων που δεν θα ήταν εμφανή αν εξετάζονταν μόνο οι αριθμητικοί δείκτες ή μόνο οι θεσμικές δομές, ενισχύοντας έτσι τη συνολική αξιοπιστία και πληρότητα της έρευνας.

2.3. Κριτήρια Επιλογής Χωρών και Λογική Δειγματοληψίας

Η επιλογή των χωρών της μελέτης βασίζεται σε σκοπούμενη (purposive) δειγματοληψία και εντάσσεται στη λογική της συγκριτικής ανάλυσης πολλαπλών περιπτώσεων (multiple case study design). Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη θεωρητική γενίκευση μέσω διασταυρούμενης σύγκρισης διαφορετικών θεσμικών πλαισίων, αντί της στατιστικής γενίκευσης (Yin, 2018).

Η στρατηγική επιλογής δεν αποσκοπεί στην αριθμητική αντιπροσώπευση του συνόλου των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά στην αναλυτική διαφοροποίηση, ώστε να εξεταστούν διαφορετικά μοντέλα οργάνωσης, επίπεδα δαπάνης και βαθμοί θεσμικής ετοιμότητας. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την ανάδειξη τόσο συγκλίσεων όσο και αποκλίσεων στις πολιτικές υγείας υπό συνθήκες κρίσης.

Έτσι, η στρατηγική επιλογής των χωρών επιτρέπει τη δημιουργία ενός ποικιλόμορφου δείγματος, το οποίο αναδεικνύει τις διαφοροποιήσεις στη διαχείριση κρίσεων και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Μέσα από τη συγκριτική μελέτη, γίνεται δυνατή η αναγνώριση κοινών παραγόντων επιτυχίας ή αποτυχίας, ανεξάρτητα από τις ιδιαιτερότητες κάθε κράτους-μέλους.

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει επίσης την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ δομικών χαρακτηριστικών των συστημάτων και της αποτελεσματικότητας των πολιτικών, παρέχοντας μια ισχυρή βάση για τα επόμενα κεφάλαια όπου θα παρουσιαστούν συγκριτικοί πίνακες και αναλυτικά στοιχεία.

2.3.1. Κριτήρια επιλογής

Η εφαρμογή αυστηρών κριτηρίων διασφαλίζει ότι το δείγμα περιλαμβάνει χώρες για τις οποίες υπάρχει αξιόπιστη και συγκρίσιμη πληροφορία. Αυτό καθιστά δυνατή την αξιοποίηση των στοιχείων όχι μόνο σε αναλυτικό επίπεδο αλλά και για την εξαγωγή γενικεύσιμων συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας σε περιόδους κρίσης.

Επιπλέον, η διαφοροποίηση των μοντέλων υγειονομικής οργάνωσης και των οικονομικών χαρακτηριστικών των χωρών προσφέρει τη δυνατότητα να αξιολογηθεί η επίδραση της αρχιτεκτονικής των συστημάτων στην ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα τους.

Τα βασικά κριτήρια διαμόρφωσης του δείγματος παρατίθενται κατωτέρω.

2.3.1.1. Διαθεσιμότητα συγκρίσιμων ποσοτικών δεδομένων

Επιλέχθηκαν χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα και εναρμονισμένα δεδομένα σε χρονοσειρές σχετικά με:

- Τις συνολικές δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ).
- Τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας.
- Τις κατά κεφαλήν δαπάνες.
- Τις νοσοκομειακές κλίνες και κλίνες εντατικής θεραπείας.

Τα δεδομένα αυτά αντλούνται από τις βάσεις της Eurostat, η οποία δημοσιεύει εναρμονισμένους δείκτες δαπανών υγείας για όλα τα κράτη-μέλη (Eurostat, 2025a,b), καθώς και από την Organisation for Economic Co-operation and Development, η οποία παρέχει συγκρίσιμα στατιστικά στοιχεία για υποδομές υγείας και capacity indicators (OECD, 2023).

2.3.1.2. Διαφοροποίηση μοντέλων συστημάτων υγείας

Το δείγμα περιλαμβάνει χώρες που αντιπροσωπεύουν διαφορετικές παραδόσεις οργάνωσης (μοντέλα τύπου Beveridge, Bismarck και μικτά συστήματα), ώστε να διερευνηθεί εάν η θεσμική αρχιτεκτονική επηρεάζει την ανθεκτικότητα σε περιόδους κρίσης.

2.3.1.3. Γεωγραφική και οικονομική διαφοροποίηση

Η επιλογή καλύπτει χώρες της Βόρειας, Δυτικής, Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης, καθώς και διαφορετικά επίπεδα ΑΕΠ και δημόσιας δαπάνης υγείας.

2.3.2. Επιλεγμένες χώρες

Με βάση τα ανωτέρω κριτήρια, το δείγμα περιλαμβάνει χώρες από όλη την Ευρώπη,

Η επιλογή των κρατών επιτρέπει την αναλυτική σύγκριση σε διαφορετικά θεσμικά και οικονομικά πλαίσια, δίνοντας τη δυνατότητα να αναδειχθούν καλές πρακτικές και περιορισμοί σε κάθε περίπτωση. Η μεθοδολογία αυτή παρέχει σαφήνεια στην ανάλυση και διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα θα ανταποκρίνονται στους στόχους της έρευνας και στα ερευνητικά ζητούμενα. Οι συγκριτικοί Πίνακες που παρέχονται, βασίζονται σε στοιχεία που συλλέχθηκαν κατά περίπτωση.

Η επιλογή πολλαπλών περιπτώσεων ενισχύει τη θεωρητική εμβάθυνση της ανάλυσης και επιτρέπει την ταυτόχρονη εξέταση διαφορετικών επιπέδων θεσμικής οργάνωσης και οικονομικής δυνατότητας, σύμφωνα με τη λογική της συγκριτικής μελέτης περιπτώσεων (Yin, 2018).

2.3.3. Προσέγγιση Κρίσεων στην Έρευνα

Η παρούσα μελέτη εστιάζει σε πολιτικές υγείας στο πλαίσιο της αντιμετώπισης κρίσεων. Για λόγους συγκριτικής ανάλυσης, οι κρίσεις ορίζονται εδώ ως καταστάσεις που προκαλούν έκτακτη πίεση στα συστήματα υγείας, με άμεσο αντίκτυπο στην προσβασιμότητα, την ποιότητα και την ανθεκτικότητα των υπηρεσιών. Οι κρίσεις περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε:

- Υγειονομικές κρίσεις: πανδημίες όπως η COVID-19, έξαρση λοιμωδών νοσημάτων.
- Οικονομικές κρίσεις: δημοσιονομικοί περιορισμοί που επηρεάζουν τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.
- Κοινωνικές κρίσεις: μεταναστευτικά ρεύματα, φυσικές καταστροφές ή μαζικά ατυχήματα.

Η ερευνητική προσέγγιση συνδυάζει ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες, ώστε να καταγραφεί τόσο η δομή και η ικανότητα του συστήματος όσο και η λειτουργική ανταπόκριση σε περιόδους κρίσης. Συγκεκριμένα:

- Ποσοτικά δεδομένα:
- Δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ)
- ICU capacity (κλίνες εντατικής ανά 100.000 κατοίκους)
- Κατά κεφαλήν δαπάνες
- Μεταβολή δαπανών πριν και μετά κρίσεις
- Ποιοτική ανάλυση:
- Νομοθετικές και θεσμικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια κρίσεων
- Εφαρμογή ευρωπαϊκών κατευθύνσεων (π.χ. EU4Health, RescEU)
- Δομή συντονισμού και ρόλος εθνικών φορέων

Η μεθοδολογία αυτή επιτρέπει διασταύρωση δεδομένων: οι ποσοτικοί δείκτες παρέχουν τη βάση για συγκριτική ανάλυση, ενώ οι ποιοτικές παρατηρήσεις προσθέτουν την αναγκαία ερμηνευτική διάσταση για την αποτελεσματικότητα των πολιτικών. Η προσέγγιση ευθυγραμμίζεται με τη λογική της συγκριτικής ανάλυσης πολλαπλών περιπτώσεων (Yin, 2018), με έμφαση στη δυναμική αντίδραση των συστημάτων υγείας σε έκτακτες καταστάσεις.

Η επιλογή αυτής της μεθοδολογικής προσέγγισης διασφαλίζει ότι τα ευρήματα της έρευνας θα απαντούν συγκεκριμένα στα ερευνητικά ζητούμενα και θα υποστηρίζονται από αξιόπιστα, επαληθεύσιμα δεδομένα από Eurostat, OECD και WHO.

Η εστίαση στις κρίσεις επιτρέπει την ανίχνευση των μηχανισμών αντίδρασης των συστημάτων υγείας σε καταστάσεις πίεσης, χωρίς να απαιτείται λεπτομερής αναφορά σε συγκεκριμένα γεγονότα. Η σύνδεση ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών σε διαφορετικά περιβάλλοντα, ενώ η συγκριτική διάσταση αναδεικνύει μοτίβα που επαναλαμβάνονται και στρατηγικές που αποδίδουν σε διαφορετικά κράτη-μέλη.

2.4. Σύνοψη

Η ολοκλήρωση του κεφαλαίου της μεθοδολογίας παρέχει τη στέρεη βάση για την παρουσίαση των συγκριτικών αποτελεσμάτων που θα ακολουθήσουν στα επόμενα κεφάλαια. Η σαφής διατύπωση του ερευνητικού σχεδιασμού, της δειγματοληψίας, των δεικτών και της

προσέγγισης των κρίσεων καθιστά δυνατή την κατανόηση των διαδικασιών συλλογής και επεξεργασίας δεδομένων, καθώς και τη διασφάλιση της συνέπειας και της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Η μεθοδολογία επιτρέπει την αναγνώριση μοτίβων, τάσεων και διαφορών μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διατηρώντας παράλληλα τη δυνατότητα για εμβάθυνση στις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε συστήματος υγείας.

Παράλληλα, η μεθοδολογική αυτή προσέγγιση θέτει τα θεμέλια για τη σύνδεση των ερευνητικών ζητούμενων με τα αποτελέσματα, διασφαλίζοντας ότι η ανάλυση θα αποδώσει συγκεκριμένα συμπεράσματα και πολιτικές συστάσεις. Η έμφαση στη συνδυαστική αξιοποίηση ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων ενισχύει την επιστημονική εγκυρότητα της έρευνας, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπει την ευρεία εφαρμογή των ευρημάτων σε διαφορετικά πλαίσια διαχείρισης κρίσεων. Με αυτόν τον τρόπο, η μελέτη θέτει τις βάσεις για μια συνολική και ουσιαστική κατανόηση των πολιτικών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, διατηρώντας την εστίαση στην ανθεκτικότητα και στην αποτελεσματικότητα των συστημάτων υπό συνθήκες πίεσης.

3. Πολιτικές υγείας και κρίσεις

Η πολιτική υγείας είναι στενά συνδεδεμένη με την έννοια της δημόσιας υγείας, η οποία εστιάζει στη βελτίωση της υγείας ολόκληρων πληθυσμών αντί στην αντιμετώπιση ατομικών περιστατικών. Σε αυτό το πλαίσιο, οι πολιτικές υγείας θεωρούνται μέσο επίτευξης αποτελεσμάτων που δεν θα μπορούσαν να επιτευχθούν μεμονωμένα από μεμονωμένους φορείς ή άτομα, καθώς απαιτούν συντονισμό σε επίπεδο κράτους ή ακόμη και διεθνών θεσμών (WHO, 2016).

3.1. Έννοια και σημασία της «πολιτικής της υγείας»

Η πολιτική υγείας αποτελεί κεντρικό πεδίο της δημόσιας πολιτικής, και συνδέεται άμεσα με τον τρόπο με τον οποίο τα κράτη και οι θεσμοί αντιλαμβάνονται, οργανώνουν και παρεμβαίνουν στη διαχείριση της υγείας των πληθυσμών. Στην επιστημονική βιβλιογραφία, ο όρος «πολιτική υγείας» χρησιμοποιείται για να περιγράψει το σύνολο των στρατηγικών επιλογών, αποφάσεων και κατευθύνσεων που λαμβάνονται από κυβερνητικούς και θεσμικούς φορείς με στόχο τη ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, την προαγωγή της υγείας και την αντιμετώπιση κινδύνων που απειλούν τη δημόσια υγεία (Buse *et al.*, 2012· Azzuhri Rozaqi, 2023· Azzuhri Rozaqi & Sungkowo Raharjo, 2023).

3.1.1. Ορισμός, πεδίο και εννοιολογικά χαρακτηριστικά της πολιτικής της υγείας

Η πολιτική υγείας συνιστά έναν από τους πλέον θεμελιώδεις τομείς της δημόσιας πολιτικής, καθώς αφορά άμεσα την προστασία, την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας των πληθυσμών. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η πολιτική υγείας ορίζεται ως το σύνολο των αποφάσεων, στρατηγικών, κατευθύνσεων και δράσεων που υιοθετούνται από δημόσιους ή και υπερεθνικούς φορείς με στόχο την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας της κοινότητας (WHO, 2016· Azzuhri Rozaqi, 2023· Azzuhri Rozaqi & Sungkowo Raharjo, 2023).

Ο ορισμός αυτός αναδεικνύει ότι η πολιτική υγείας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύτερο φάσμα παρεμβάσεων που επηρεάζουν τους κοινωνικούς και οικονομικούς προσδιοριστές της υγείας. Η προσέγγιση αυτή αντανάκλα την εξέλιξη της έννοιας της υγείας από ένα στενά βιοϊατρικό μοντέλο σε μια πολυδιάστατη αντίληψη, η οποία λαμβάνει υπόψη κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και πολιτικούς παράγοντες (Buse *et al.*, 2012). Ως εκ τούτου, η πολιτική

υγείας διασταυρώνεται με τομείς όπως η κοινωνική πολιτική, η οικονομική πολιτική, η περιβαλλοντική πολιτική και η πολιτική απασχόλησης.

Συνήθως η πολιτική υγείας δύναται να αναλυθεί ως αποτέλεσμα πολιτικών διεργασιών, οι οποίες διαμορφώνονται εντός ενός συγκεκριμένου θεσμικού και κοινωνικού πλαισίου. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται στον τομέα της υγείας δεν είναι ουδέτερες, αλλά αντανακλούν προτεραιότητες, αξίες και συσχετισμούς ισχύος. Αυτό καθιστά την πολιτική υγείας ένα πεδίο, εντός του οποίου συγκρούονται διαφορετικά συμφέροντα, όπως δημοσιονομικοί περιορισμοί, κοινωνικές ανάγκες, επιστημονικά δεδομένα και πολιτικές σκοπιμότητες (Bodenheimer & Grumbach, 2005· Birkland, 2020).

Η εννοιολογική ανάλυση της πολιτικής της υγείας προϋποθέτει επίσης τη διάκριση μεταξύ της έννοιας της *πολιτικής* (policy) και της *πολιτικής διαδικασίας* (politics). Η πολιτική υγείας αναφέρεται κυρίως στο περιεχόμενο των αποφάσεων και των μέτρων που υιοθετούνται, ενώ η πολιτική διαδικασία αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι αποφάσεις αυτές διαμορφώνονται, διαπραγματεύονται και εφαρμόζονται, συνήθως επηρεαζόμενες από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη για την κατανόηση των λόγων για τους οποίους ορισμένες πολιτικές υγείας επιτυγχάνουν τους στόχους τους, ενώ άλλες αποτυγχάνουν ή εφαρμόζονται μερικώς (Bodenheimer & Grumbach, 2005· Birkland, 2020).

Επιπροσθέτως, η πολιτική υγείας χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή πολλαπλών δρώντων. Εκτός από το κράτος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας, οι διοικητικοί φορείς, οι επιστημονικές κοινότητες, οι οργανώσεις ασθενών και, σε διεθνές επίπεδο, οι υπερεθνικοί οργανισμοί. Η πολυπλοκότητα αυτή ενισχύει την ανάγκη για θεωρητικά εργαλεία, τα οποία επιτρέπουν την ανάλυση όχι μόνο του περιεχομένου των πολιτικών, αλλά και των διαδικασιών και των συνθηκών υπό τις οποίες αυτές διαμορφώνονται (Walt & Gilson, 1994).

Η πολιτική υγείας περιλαμβάνει τόσο ρητές παρεμβάσεις όσο και σιωπηρές επιλογές ή παραλείψεις. Η μη λήψη μέτρων σε κρίσιμους τομείς, όπως η πρόληψη ή η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αποτελεί επίσης πολιτική επιλογή με σημαντικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία. Η διάσταση αυτή καθιστά την πολιτική υγείας ένα πεδίο με έντονη κανονιστική και ηθική διάσταση, καθώς οι αποφάσεις επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής και την υγεία των πολιτών.

3.1.2. Η σημασία της πολιτικής της υγείας για τα συστήματα υγείας και την κοινωνική συνοχή

Η σημασία της πολιτικής της υγείας αναδεικνύεται πρωτίστως μέσω του ρόλου της στη διαμόρφωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας. Μέσω των πολιτικών αποφάσεων

καθορίζονται η δομή, η χρηματοδότηση και οι προτεραιότητες των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι όροι πρόσβασης των πολιτών σε αυτές. Η πολιτική υγείας επηρεάζει άμεσα τη διαθεσιμότητα ανθρώπινων και υλικών πόρων, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας σε μακροπρόθεσμο επίπεδο. Η ύπαρξη επαρκών πόρων για την υγειονομική περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας για τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Ωστόσο, οι υψηλότεροι πόροι δεν μεταφράζονται αυτόματα σε καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας. Η αποτελεσματικότητα των δαπανών είναι επίσης σημαντική (OECD, 2017).

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει η πολιτική υγείας στη διαχείριση των κοινωνικών ανισοτήτων. Εκτεταμένη βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει ότι οι ανισότητες στην υγεία συνδέονται στενά με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και οι συνθήκες διαβίωσης (WHO, 2017). Οι πολιτικές υγείας μπορούν να λειτουργήσουν είτε ως μηχανισμός αναπαραγωγής αυτών των ανισοτήτων είτε ως εργαλείο περιορισμού τους, ανάλογα με τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής τους.

Υπάρχουν ερευνητές, οι οποίοι επισημαίνουν ότι ο ΠΟΥ πρέπει να αντιμετωπίσει τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την παγκόσμια ανθρώπινη υγεία. Πρώτα όμως, οφείλει να αναγνωρίσει ότι, ενώ πολλά από τα κοινωνικά καθορισμένα αποτελέσματα για την υγεία είναι παρόμοια σε όλο τον κόσμο, οι υποκείμενες αιτίες τους συχνά δεν είναι. Οι διάφορες χώρες και περιοχές έχουν διαφορετικούς πολιτικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς και ικανότητες δράσης, καθώς και ποικίλες κανονιστικές κατευθύνσεις που απαιτούν μια πιο λεπτή προσέγγιση για την επίτευξη αλλαγών στον τομέα της πολιτικής της υγείας (Nikora & McFarlane, 2010).

Η σημασία της πολιτικής της υγείας καθίσταται ακόμη πιο εμφανής σε περιόδους κρίσεων. Υγειονομικές κρίσεις, όπως πανδημίες, αλλά και οικονομικές ή κοινωνικές κρίσεις, ασκούν έντονη πίεση στα συστήματα υγείας και δοκιμάζουν την ικανότητά τους να ανταποκριθούν σε αυξημένες ανάγκες. Σε αυτές τις συνθήκες, η ύπαρξη σαφούς πολιτικής κατεύθυνσης, θεσμικού συντονισμού και επαρκούς προετοιμασίας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα αποτελεσματικής διαχείρισης της κρίσης (Buse *et al.*, 2012).

Καθίσταται προφανές ότι, η πολιτική υγείας, συνδέεται άμεσα με την έννοια της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας. Ανθεκτικά συστήματα είναι εκείνα που διαθέτουν τη δυνατότητα να απορροφούν τους κραδασμούς κρίσεων, να προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες και να συνεχίζουν να παρέχουν βασικές υπηρεσίες. Η ανθεκτικότητα αυτή δεν προκύπτει

τυχαία, αλλά αποτελεί αποτέλεσμα μακροχρόνιων πολιτικών επιλογών, οι οποίες ενισχύουν την πρόληψη, την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλα, η πολιτική της υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Πολιτικές που στοχεύουν στη μείωση παραγόντων κινδύνου και στην ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, μπορούν να μειώσουν τη νοσηρότητα και να περιορίσουν τη μακροπρόθεσμη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας. Η διάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική σε κοινωνίες με γηράσκοντα πληθυσμό και αυξανόμενη επιβάρυνση από χρόνιες νόσους (OECD, 2017).

Τέλος, η πολιτική υγείας αποτελεί κρίσιμο σύνδεσμο μεταξύ επιστημονικής γνώσης και πολιτικής πράξης (Walt & Gilson, 1994· Bodenheimer & Grumbach, 2005· Birkland, 2020). Η αξιοποίηση ερευνητικών δεδομένων και η συστηματική αξιολόγηση των πολιτικών παρεμβάσεων συμβάλλουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των πολιτικών υγείας. Ως εκ τούτου, η πολιτική υγείας δεν αποτελεί μόνο αντικείμενο θεωρητικής ανάλυσης, αλλά βασικό εργαλείο κοινωνικής διακυβέρνησης και προστασίας της δημόσιας υγείας.

3.2. Θεωρίες και μοντέλα διαμόρφωσης πολιτικών υγείας

Η διαμόρφωση πολιτικών υγείας αποτελεί μια σύνθετη και δυναμική διαδικασία, η οποία ξεπερνά κατά πολύ τη γραμμική λογική της αναγνώρισης ενός προβλήματος και της εφαρμογής μιας τεχνικά ορθής λύσης. Ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης, όπως για παράδειγμα η πανδημία COVID-19, οι πολιτικές υγείας καλούνται να ληφθούν υπό συνθήκες αβεβαιότητας, πολιτικής πίεσης και κοινωνικής ανησυχίας.

Τα θεωρητικά μοντέλα διαμόρφωσης πολιτικών υγείας προσφέρουν ένα κρίσιμο αναλυτικό πλαίσιο για την κατανόηση αυτών των διαδικασιών. Αξίζει αν σημειωθεί ότι, τέτοια μοντέλα, δεν λειτουργούν ως αλάνθαστες *συνταγές επιτυχίας*, αλλά ως εργαλεία ερμηνείας των μηχανισμών μέσω των οποίων αναδεικνύονται προβλήματα, προωθούνται λύσεις, και λαμβάνονται αποφάσεις. Οι πολιτικές υγείας, ως συνδυασμός διαφόρων παραγόντων, αποτελούν διαδικασίες οι οποίες είναι κατά βάση απλές, στη σύγχρονη πολιτική όμως, απαιτούν συγκεκριμένες, επακριβώς καθορισμένες διαδικασίες. Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου οι πολιτικές υγείας επηρεάζονται τόσο από εθνικούς όσο και από Διεθνείς θεσμούς, η κατανόηση αυτών των μοντέλων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάλυση της ετοιμότητας, της ανθεκτικότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας σε καταστάσεις κρίσης.

3.2.1. Multiple Streams Framework (Πλαίσιο Πολλαπλών Ρευμάτων)

3.2.1.1. Θεωρητική προσέγγιση και βασικές έννοιες

Το *Multiple Streams Framework* (MSF), όπως αναπτύχθηκε αρχικά από τον John W. Kingdon, αποτελεί ένα από τα πιο επιδραστικά θεωρητικά πλαίσια στη μελέτη της χάραξης δημόσιας πολιτικής και έχει εφαρμοστεί εκτενώς στον τομέα της πολιτικής υγείας (Kingdon, 2011· Cairney, 2024). Το μοντέλο απορρίπτει την ιδέα ότι η πολιτική λήψη αποφάσεων ακολουθεί μια ορθολογική και προβλέψιμη πορεία. Αντ' αυτού, προτείνει ότι η αλλαγή πολιτικής προκύπτει από τη σύμπτωση τριών ανεξάρτητων αλλά αλληλεπιδρώντων *ρευμάτων*.

Το πρώτο είναι το *ρεύμα του προβλήματος* (problem stream), στο οποίο ορισμένες καταστάσεις αναγνωρίζονται ως πολιτικά προβλήματα που απαιτούν παρέμβαση. Στον χώρο της υγείας, αυτό συχνά συνδέεται με επιδημιολογικούς δείκτες, κρίσεις δημόσιας υγείας ή ορατές δυσλειτουργίες των συστημάτων φροντίδας. (Kingdon, 2011· Cairney, 2024)

Το δεύτερο είναι το *ρεύμα των πολιτικών λύσεων* (policy stream), όπου ειδικοί, επιστημονικές κοινότητες και οργανισμοί αναπτύσσουν και επεξεργάζονται προτάσεις πολιτικής, ανεξάρτητα από το αν αυτές είναι άμεσα πολιτικά αποδεκτές.

Το τρίτο είναι το *ρεύμα της πολιτικής διαδικασίας* (politics stream), το οποίο περιλαμβάνει το πολιτικό κλίμα, τις εκλογικές πιέσεις, τις κυβερνητικές αλλαγές και τη δημόσια γνώμη (Kingdon, 2011· Cairney, 2024).

Η καινοτομία του μοντέλου έγκειται στην έννοια του *παραθύρου πολιτικής* (policy window). Η αλλαγή πολιτικής διαδικασίας, καθίσταται εφικτή όταν τα τρία ρεύματα ευθυγραμμίζονται χρονικά. Σε αυτές τις στιγμές, οι λεγόμενοι *επιχειρηματίες πολιτικής* (policy entrepreneurs), οι οποίοι είναι άτομα ή θεσμοί με πρόσβαση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, δύνανται μπορούν να προωθήσουν συγκεκριμένες πολιτικές επιλογές.

3.2.1.2. Εφαρμογή του μοντέλου στην πολιτική υγείας

Το MSF έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμο στην ανάλυση πολιτικών υγείας, καθώς ο τομέας χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό επιστημονικής αβεβαιότητας και πολιτικής ευαισθησίας. Σε αντίθεση με τεχνοκρατικά μοντέλα, το MSF αναγνωρίζει ότι η ύπαρξη επιστημονικών αποδείξεων δεν αρκεί από μόνη της για την υιοθέτηση μιας πολιτικής.

Κατά την πανδημία COVID-19, το ρεύμα του προβλήματος ενεργοποιήθηκε ταχύτατα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσω της αύξησης κρουσμάτων, της πίεσης στις

ΜΕΘ και της θνησιμότητας. Παράλληλα, το ρεύμα των λύσεων περιλάμβανε ήδη διαθέσιμες παρεμβάσεις, όπως περιοριστικά μέτρα, ιχνηλάτηση επαφών και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις δημόσιας υγείας. Ωστόσο, η υιοθέτηση αυτών των μέτρων εξαρτήθηκε σε μεγάλο βαθμό από το πολιτικό ρεύμα, το οποίο διαφοροποιήθηκε σημαντικά μεταξύ χωρών, επηρεαζόμενο από κοινωνικές αντιδράσεις, πολιτισμικούς παράγοντες και κυβερνητικές στρατηγικές (Amri & Logan, 2021).

Η εφαρμογή του MSF σε περιπτώσεις πολιτικών αντιμετώπισης COVID-19, υποστηρίζεται από εμπειρικές μελέτες που αναδεικνύουν πώς οι ροές προβλήματος, λύσεων και πολιτικής συγκλίνουν σε κρίσιμες στιγμές. Σε μελέτη από την επαρχία της Yogyakarta της Ινδονησίας, αυτή η σύγκλιση οδήγησε σε άμεσες παρεμβάσεις της τοπικής κυβέρνησης για την COVID-19, αποδεικνύοντας ότι η κρίση άνοιξε ένα παράθυρο πολιτικής στο οποίο ενσωματώθηκαν κοινωνικές και διοικητικές ανησυχίες (Hadna, 2021). Παρόμοιες εννοιολογικές εφαρμογές του MSF σε πολιτικές αντιμετώπισης COVID-19 καταγράφονται και σε διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία (Amri & Logan, 2021).

3.2.1.3. Ευρωπαϊκή διάσταση και κρίσεις υγείας

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, το MSF βοηθά στην κατανόηση του πώς ζητήματα όπως η κοινή προμήθεια εμβολίων και η ενίσχυση της ευρωπαϊκής υγειονομικής ετοιμότητας εισήλθαν στην πολιτική ατζέντα. Η δημιουργία της HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority) μπορεί να ιδωθεί ως αποτέλεσμα της σύγκλισης των τριών ρευμάτων. Η πανδημία ανέδειξε το πρόβλημα, οι τεχνικές λύσεις είχαν ήδη συζητηθεί σε επίπεδο πολιτικής υγείας, και το πολιτικό περιβάλλον κατέστη ευνοϊκό για υπερεθνικές παρεμβάσεις (European Commission, 2021b).

Από την οπτική της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, το MSF προσφέρει ένα ρεαλιστικό εργαλείο κατανόησης των περιορισμών μέσα στους οποίους λαμβάνονται οι αποφάσεις. Εξηγεί γιατί πολιτικές, οι οποίες φαίνονται αναγκαίες σε επίπεδο παρόχων φροντίδας, δεν υλοποιούνται πάντοτε άμεσα, καθώς και γιατί οι κρίσεις, παρότι καταστροφικές, μπορούν να λειτουργήσουν ως καταλύτες αλλαγής.

Από την οπτική της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, το MSF συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση της απόστασης, η οποία συχνά παρατηρείται ανάμεσα στη χάραξη πολιτικής και στην καθημερινή λειτουργία των μονάδων φροντίδας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι διοικητές υγειονομικών δομών κλήθηκαν να εφαρμόσουν πολιτικές που είχαν σχεδιαστεί υπό καθεστώς επείγοντος, χωρίς πάντοτε να έχουν προηγηθεί επαρκείς διαδικασίες

προσαρμογής στις τοπικές ανάγκες. Το MSF εξηγεί γιατί αυτή η ασυμμετρία δεν αποτελεί απαραίτητα αποτυχία του συστήματος, αλλά αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο ανοίγουν τα «παράθυρα πολιτικής» σε περιόδους κρίσης, όπου η ταχύτητα υπερισχύει της διοικητικής ωρίμανσης (Kingdon, 2011).

Η εμπειρία της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναδεικνύει επίσης ότι τα παράθυρα πολιτικής δεν ανοίγουν μόνο σε εθνικό επίπεδο, αλλά και σε υπερεθνικά συστήματα διακυβέρνησης. Η ταχεία θεσμοθέτηση μηχανισμών κοινής προμήθειας εμβολίων και η ενίσχυση του ρόλου του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC) αποτέλεσαν χαρακτηριστικά παραδείγματα πολιτικής σύγκλισης υπό πίεση. Στο πλαίσιο αυτό, το MSF βοηθά να ερμηνευθεί γιατί παλαιότερες συζητήσεις περί ευρωπαϊκής υγειονομικής ενοποίησης, οι οποίες για χρόνια παρέμεναν στο επίπεδο των τεχνικών προτάσεων, απέκτησαν ξαφνικά πολιτική δυναμική μετά το 2020 (European Commission, 2021b).

3.2.1.4. Η έννοια του *policy entrepreneur* στην πολιτική υγείας

Ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο του MSF έχει η έννοια του *policy entrepreneur*, δηλαδή του δρώντα που αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη σύνδεση των τριών ρευμάτων. Στην πολιτική υγείας, οι *policy entrepreneurs* δεν περιορίζονται σε πολιτικά πρόσωπα, αλλά περιλαμβάνουν ανώτερα στελέχη δημόσιας υγείας, επιστημονικούς συμβούλους, διεθνείς οργανισμούς και, σε ορισμένες περιπτώσεις, διοικητές υγειονομικών οργανισμών. Κατά την πανδημία, επιστημονικές επιτροπές και εμπειρογνώμονες λειτούργησαν συχνά ως διαμεσολαβητές ανάμεσα στην επιστημονική γνώση και την πολιτική απόφαση, επιχειρώντας να μεταφράσουν πολύπλοκα δεδομένα σε πολιτικά εφαρμόσιμες επιλογές (Amri, 2021).

Καθίσταται προφανές ότι, η επιτυχία των *policy entrepreneurs*, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο δρουν. Σε περιβάλλοντα όπου η εμπιστοσύνη στους θεσμούς είναι περιορισμένη, ακόμη και καλά τεκμηριωμένες προτάσεις ενδέχεται να μην αξιοποιηθούν πλήρως. Αυτό αναδείχθηκε έντονα σε ορισμένα κράτη-μέλη της Ε.Ε., όπου η πολιτική πόλωση περιόρισε την ικανότητα σύγκλισης των ρευμάτων, παρά την ύπαρξη ισχυρής επιστημονικής συναίνεσης. Κατά συνέπεια, η αντικειμενική και τεκμηριωμένα επιβεβαιωμένη εδραίωση και των τριών ρευμάτων, είναι αναγκαία για την ορθή λειτουργία του MSF. Το στοιχείο αυτό ενισχύει τη σημασία του MSF ως εργαλείου κατανόησης όχι μόνο της πολιτικής απόφασης, αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο αυτή λαμβάνεται (Cairney, 2024).

3.2.1.5. Περιορισμοί του μοντέλου

Παρά τη χρησιμότητά του, το MSF επικεντρώνεται κυρίως στη φάση της διαμόρφωσης και υιοθέτησης πολιτικών και λιγότερο στην εφαρμογή και αξιολόγησή τους. Επιπλέον, η έμφαση στον ρόλο των *policy entrepreneurs* ενδέχεται να υποβαθμίζει τη σημασία των θεσμικών δομών και της διοικητικής ικανότητας, στοιχεία κρίσιμα για τη βιωσιμότητα των πολιτικών υγείας σε βάθος χρόνου (Carano, 2025).

3.2.2. Advocacy Coalition Framework (Πλαίσιο Συμμαχιών Υποστήριξης)

3.2.2.1. Θεωρητική βάση και βασικές έννοιες

Το Advocacy Coalition Framework (ACF), όπως διαμορφώθηκε από τον Sabatier και τους συνεργάτες του (1993), αποτελεί ένα ισχυρό θεωρητικό εργαλείο για την ανάλυση της πολιτικής αλλαγής σε πολυεπίπεδα συστήματα, όπως η δημόσια υγεία. Το ACF βασίζεται στην ιδέα ότι οι πολιτικές εξελίσσονται μέσα από τη συγκρότηση και σύγκρουση **συμμαχιών υποστήριξης** (advocacy coalitions), δηλαδή ομάδων δρώντων που μοιράζονται κοινές πεποιθήσεις, αξίες και στρατηγικές (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993· Jenkins-Smith & Weible, 2025).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, κάθε συμμαχία περιλαμβάνει πολιτικούς, επιστήμονες, τεχνοκράτες, επαγγελματικούς φορείς και οργανώσεις ασθενών, οι οποίοι συνεργάζονται για να προωθήσουν το πρόγραμμα πολιτικής που αντανακλά τις βασικές τους αξίες (Sabatier & Weible, 2007). Η σταθερότητα των συμμαχιών και η επιμονή τους στις πολιτικές στρατηγικές τους εξηγούν γιατί οι πολιτικές συχνά εμφανίζονται αμετάβλητες σε «ήρεμες» περιόδους, ενώ η σύγκρουση μεταξύ διαφορετικών συμμαχιών οδηγεί σε σταδιακή ή ριζική αλλαγή.

Οι κεντρικές έννοιες του ACF είναι (Sabatier & Weible, 2007· Jenkins-Smith & Weible, 2025):

- **Πυρήνας πεποιθήσεων (deep core beliefs):** Είναι οι θεμελιώδεις αξίες, οι οποίες καθοδηγούν τις σχηματιζόμενες συμμαχίες (π.χ. δικαίωμα στην υγεία, προτεραιότητα δημόσιας ασφάλειας).
- **Συγκεκριμένες πεποιθήσεις πολιτικής (policy core beliefs):** Είναι οι στρατηγικές και επιλογές για την εφαρμογή των αξιών αυτών στο πλαίσιο συγκεκριμένων πολιτικών.

- **Δευτερεύουσες πεποιθήσεις (secondary beliefs):** Αποτελούν τις λεπτομέρειες εφαρμογής, που είναι πιο ευέλικτες και τροποποιούνται εύκολα.

Το ACF παρέχει επίσης πλαίσιο για την κατανόηση του ρόλου εξωτερικών σοκ (π.χ. κρίσεις υγείας, οικονομικές πιέσεις) και πολιτικής μάθησης στη μεταβολή των πεποιθήσεων ή της δύναμης των συμμαχιών (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993· Sabatier & Weible, 2007).

3.2.2.2. Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις

Η πανδημία COVID-19 αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του ACF στην πολιτική υγείας. Στην Ε.Ε., παρατηρήθηκαν διαφορετικές συμμαχίες σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο (ECDPC, 2020· ECDPC, 2022):

- Η επιστημονική συμμαχία, αποτελούμενη από επιδημιολόγους, λοιμωξιολόγους και ερευνητικά κέντρα, προώθησε στρατηγικές κοινωνικής αποστασιοποίησης, μάσκες και εμβολιασμούς.
- Η πολιτική συμμαχία, αποτελούμενη από κυβερνήσεις και υπουργεία, αντιμετώπιζε τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις των μέτρων και συχνά διαφοροποιούνταν σε αποφάσεις σχετικά με lockdown, σχολεία και επιχειρήσεις (OECD, 2020).
- Η κοινωνική/μη κυβερνητική συμμαχία, συμπεριλαμβανομένων οργανώσεων ασθενών και ομάδων πολιτών, οδήγησε σε πιέσεις για προστασία των πιο ευάλωτων ομάδων και ισότιμη πρόσβαση στα εμβόλια (WHO, 2021).

Η σύγκρουση και η συνεργασία αυτών των συμμαχιών επηρέασε το σχεδιασμό και την εφαρμογή των πολιτικών υγείας. Για παράδειγμα, στην Ιταλία και την Ισπανία, η ένταση μεταξύ επιστημονικών και πολιτικών συμμαχιών οδήγησε σε μεταβολές στρατηγικών lockdown, ενώ στη Σουηδία η επιστημονική συμμαχία είχε μεγαλύτερη επιρροή στην απόφαση για πιο ήπια μέτρα (Lupu & Tiganasu, 2022).

Το ACF εξηγεί επίσης πώς οι ευρωπαϊκές πολιτικές προσαρμόστηκαν μέσω μάθησης και προσαρμογής: η εμπειρία των πρώτων κυμάτων της πανδημίας ώθησε τις συμμαχίες να αναθεωρήσουν στρατηγικές εμβολιασμού, κοινής προμήθειας και κατανομής πόρων (European Commission, 2021d).

3.2.2.3. Διοικητική και οργανωσιακή οπτική

Όσον αφορά τους διευθυντές μονάδων φροντίδας, το ACF προσφέρει ένα σαφές πλαίσιο κατανόησης των συμφερόντων και επιρροών που επηρεάζουν την πολιτική εφαρμογή. Οι διοικητές βρίσκονται στο σταυροδρόμι διαχείρισης δρώντων. Οφείλουν να εφαρμόζουν τις οδηγίες της επιστημονικής συμμαχίας, να συντονίζονται με τις κυβερνητικές πολιτικές και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και των κοινωνικών ομάδων. Κάτι τέτοιο, βέβαια, καθιστά το έργο τους ιδιαίτερα δύσκολο, καθώς ενδεχομένως να καλούνται να συνδυάσουν αντικρουόμενες προτάσεις πάνω στο ίδιο θέμα.

Η θεωρία επισημαίνει ότι η επιτυχής εφαρμογή πολιτικής απαιτεί (Sabatier & Weible, 2007):

- Κατανόηση των συμμαχιών και των στόχων τους.
- Επικοινωνία και διαπραγμάτευση μεταξύ διαφορετικών δρώντων.
- Ταχεία προσαρμογή σε εξωτερικά σοκ, όπως η εμφάνιση νέων μεταλλάξεων των ιών ιού ή ανεπαρκούς προμήθειας εμβολίων.

Η εμπειρία από την πανδημία COVID-19 έδειξε ότι η αποτελεσματική διοίκηση απαιτεί όχι μόνο τεχνική γνώση, αλλά και ικανότητα πολιτικής μάθησης — δηλαδή αναγνώριση των αλλαγών στις συμμαχίες, αξιολόγηση των στρατηγικών τους και προσαρμογή των οργανωσιακών διαδικασιών.

3.2.2.4. Κριτική και περιορισμοί

Παρά τη θεωρητική της δύναμη, το ACF επικρίθηκε για την πολύπλοκη φύση των συμμαχιών, η οποία καθιστά δύσκολη την εμπειρική παρακολούθηση και αξιολόγηση των δρώντων σε πραγματικό χρόνο. Επίσης, η θεωρία εστιάζει σε μακροπρόθεσμες αλλαγές, με αποτέλεσμα να υποτιμά τα γρήγορα, βραχυπρόθεσμα μέτρα που λαμβάνονται σε έκτακτες καταστάσεις (Weible *et al.*, 2009). Παρά ταύτα, το ACF παρέχει ισχυρό πλαίσιο για κατανόηση της δυναμικής συμφερόντων, αξιών και στρατηγικών στην πολιτική υγείας, ιδιαίτερα σε πολυεπίπεδες ευρωπαϊκές δομές.

3.2.3. Health Policy Triangle (Τρίγωνο Πολιτικής Υγείας)

3.2.3.1. Θεωρητική βάση και βασικές έννοιες

Το Health Policy Triangle (Walt & Gilson, 1994) αποτελεί ένα από τα πιο αναγνωρισμένα και πρακτικά πλαίσια ανάλυσης πολιτικής υγείας. Σε αντίθεση με θεωρίες που επικεντρώνονται

αποκλειστικά στο περιεχόμενο των πολιτικών ή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, το HPT προσεγγίζει την πολιτική ως προϊόν τεσσάρων αλληλεξαρτώμενων διαστάσεων (Walt & Gilson, 1994):

- **Περιεχόμενο (content):** Είναι τα μέτρα, οι κανονισμοί και οι πολιτικές που υιοθετούνται.
- **Πλαίσιο (context):** Είναι οι κοινωνικοοικονομικοί, πολιτικοί και θεσμικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικών.
- **Δρώντες (actors):** Είναι κυβερνήσεις, οι επιστημονικές επιτροπές, οι οργανώσεις πολιτών, οι Διεθνείς Οργανισμοί, τα ΜΜΕ και άλλοι συμμετέχοντες.
- **Διαδικασία (process):** Είναι η αλληλουχία σχεδιασμού, εφαρμογής, αξιολόγησης και τροποποίησης πολιτικών.

Το μοντέλο παρέχει μια ολιστική θεώρηση της πολιτικής, εστιάζοντας όχι μόνο στο *τι* γίνεται, αλλά και στο *πώς*, *γιατί* και *από ποιον*. Αυτή η προσέγγιση καθιστά το HPT ιδιαίτερα χρήσιμο σε συνθήκες κρίσης, όπου η αλληλεπίδραση δρώντων και διαδικασιών συχνά καθορίζει την αποτελεσματικότητα της πολιτικής.

3.2.3.2. Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις

Η πανδημία COVID-19 προσφέρει σαφή παράδειγμα της χρησιμότητας του HPT. Το περιεχόμενο των πολιτικών περιλάμβανε μέτρα περιορισμού της κυκλοφορίας, στρατηγικές εμβολιασμού, χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και κατευθυντήριες οδηγίες για τις μονάδες φροντίδας (European Commission, 2021d). Το πλαίσιο στην Ε.Ε. χαρακτηριζόταν από πολυεπίπεδη διακυβέρνηση, περιορισμένες αρμοδιότητες σε επίπεδο Ένωσης και έντονες εθνικές διαφοροποιήσεις στην υγειονομική οργάνωση και κουλτούρα (European Commission, 2021a).

Οι δρώντες περιλάμβαναν:

- Επιστημονικές επιτροπές που καθόριζαν τις κατευθύνσεις για μέτρα και εμβολιασμό.
- Κυβερνήσεις που αποφάσιζαν για την εφαρμογή και την επικοινωνία των μέτρων.
- Διεθνείς οργανισμούς όπως η Ε.Ε. και ο ΠΟΥ, οι οποίοι συντόνιζαν κοινές δράσεις.
- Μέσα ενημέρωσης και οργανώσεις πολιτών, που επηρέαζαν την κοινωνική αποδοχή και συμμόρφωση.

Η διαδικασία εφαρμογής ανέδειξε τις προκλήσεις του συντονισμού σε πολυεπίπεδα συστήματα: καθυστερήσεις στην προμήθεια εμβολίων, ασυνέπειες στην επικοινωνία, ανισότητες στην πρόσβαση και διαφοροποιήσεις στην αποτελεσματικότητα των μέτρων (Gilson, 2003). Η ανάλυση μέσω του HPT υπογραμμίζει ότι η επιτυχία της πολιτικής δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την ορθότητα του περιεχομένου, αλλά από την κατανόηση και διαχείριση του πλαισίου, των δρώντων και της διαδικασίας.

3.2.3.3. Διοικητική και οργανωσιακή οπτική

Για τα στελέχη μονάδων φροντίδας, το HPT αποτελεί πρακτικό εργαλείο για την κατανόηση της πολυπλοκότητας της καθημερινής εφαρμογής πολιτικών. Οι διευθυντές μονάδων υγείας και φροντίδας, συχνά καλούνται κλήθηκαν να μεταφράσουν κεντρικές πολιτικές αποφάσεις σε λειτουργικές διαδικασίες, λαμβάνοντας υπόψη το τοπικό πλαίσιο, τη διαθεσιμότητα προσωπικού και τις ανάγκες των ασθενών (Gilson, 2003). Κάτι τέτοιο έγινε περισσότερο εμφανές κατά την πανδημία COVID-19.

Επιπροσθέτως, το μοντέλο HPT βοηθά στην προβλεψιμότητα και διαχείριση κρίσεων, υποδεικνύοντας ποιοι δρώντες έχουν επιρροή, ποιο είναι το θεσμικό πλαίσιο που πρέπει να σεβαστεί η διοίκηση και ποια διαδικασία εφαρμογής θα μεγιστοποιήσει την αποτελεσματικότητα των μέτρων.

3.2.3.4. Ευρωπαϊκή εμπειρία: COVID-19 και Τρίγωνο Πολιτικής Υγείας

Στην Ε.Ε., η εφαρμογή του HPT είναι εμφανής σε (European Commission, 2021d' Lupu & Tiganasu, 2022):

- **Διαχείριση εμβολιαστικής στρατηγικής:** Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συντόνισε κοινές προμήθειες, ενώ τα κράτη-μέλη ανέπτυξαν εθνικά σχέδια εφαρμογής. Η επιτυχία εξαρτήθηκε από την συνεργασία δρώντων και διαδικασιών.
- **Διαχείριση lockdown:** Για παράδειγμα, η Σουηδία σε σχέση με την Ιταλία. Διαφορετικές αποφάσεις οφείλονταν όχι μόνο στο περιεχόμενο των μέτρων, αλλά και στο πλαίσιο και τους δρώντες που εμπλέκονταν.
- **Διαχείριση ΜΕΘ και προσωπικού:** Οι οργανωσιακές προκλήσεις ανέδειξαν τη σημασία της διοικητικής κατανόησης και της προσαρμογής διαδικασιών σε τοπικό επίπεδο, παράλληλα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές.

Η εμπειρία δείχνει ότι το HPT δεν είναι απλά θεωρητικό εργαλείο, αλλά πρακτική μέθοδος για ανάλυση, σχεδιασμό και αξιολόγηση πολιτικών υγείας σε πολυεπίπεδα συστήματα.

3.2.3.5. Κριτική και περιορισμοί

Παρά την πρακτική του χρησιμότητα, το HPT έχει δεχθεί κριτική για τον περιγραφικό του χαρακτήρα, χωρίς σαφή μηχανισμό πρόβλεψης της πολιτικής αλλαγής ή ιεράρχησης της σχετικής σημασίας των τεσσάρων διαστάσεων (Walt *et al.*, 2008). Ωστόσο, η ευελιξία του το καθιστά πολύτιμο εργαλείο τόσο για ακαδημαϊκή ανάλυση όσο και για εφαρμοσμένη διοίκηση, ειδικά σε συνθήκες κρίσης.

3.2.4. Punctuated Equilibrium Theory (Θεωρία Διακεκομμένης Ισορροπίας)

3.2.4.1. Θεωρητικό υπόβαθρο και βασικές αρχές

Η Punctuated Equilibrium Theory (PET), αποτελεί ένα σημαντικό θεωρητικό εργαλείο για την κατανόηση της μη γραμμικής δυναμικής των πολιτικών αλλαγών. Σύμφωνα με τη θεωρία, οι πολιτικές παραμένουν σε σχετικά σταθερή κατάσταση για μεγάλα χρονικά διαστήματα, λόγω θεσμικής αδράνειας και ισχυρών κανονιστικών πλαισίων, αλλά υπόκεινται σε αιφνίδιες, ριζικές αλλαγές όταν εμφανίζονται σημαντικά εξωτερικά σοκ ή όταν αλλάζει η αντίληψη του ζητήματος από το κοινό και τους θεσμούς (Baumgartner & Jones, 2009; Jones & Baumgartner, 2012).

Η PET αντλεί έμπνευση από την εξελικτική βιολογία, όπου η εξέλιξη χαρακτηρίζεται από μακράς διάρκειας σταθερότητα και περιστασιακές *εκρήξεις* αλλαγής. Μεταφέροντας αυτή την ιδέα στον χώρο των πολιτικών, η θεωρία εξηγεί πώς και γιατί ακόμα και καλά εδραιωμένες πολιτικές μπορούν να αλλάξουν ριζικά μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (Baumgartner & Jones, 2009).

Κεντρικές έννοιες της PET περιλαμβάνουν την πολιτική εικόνα (policy image) και τα πολιτικά venues. Η πολιτική εικόνα αναφέρεται στο πώς ένα ζήτημα γίνεται αντιληπτό και αξιολογείται από θεσμούς και κοινό, ενώ τα πολιτικά venues είναι οι χώροι λήψης αποφάσεων, όπου η πολιτική μπορεί να προωθηθεί ή να αποκλειστεί. Αλλαγή πολιτικής προκύπτει είτε όταν η εικόνα ενός ζητήματος μεταβάλλεται, είτε όταν το ζήτημα μεταφέρεται σε νέο θεσμικό venue με διαφορετικούς κανόνες και ισορροπίες δυνάμεων (Baumgartner & Jones, 2009).

3.2.4.2. Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις

Η PET έχει ιδιαίτερη αξία στην ανάλυση πολιτικής υγείας, όπου οι συστήματα χαρακτηρίζονται από θεσμική αδράνεια, πολυπλοκότητα και πολλαπλούς δρώντες. Πριν την πανδημία COVID-19, η ετοιμότητα για πανδημίες αντιμετωπιζόταν κυρίως ως τεχνοκρατικό

ζήτημα, περιορισμένο σε εκθέσεις, σχέδια και προγράμματα εκπαίδευσης προσωπικού, χωρίς ουσιαστική πολιτική προτεραιότητα. Η πανδημία προκάλεσε ριζική αλλαγή. Η υγεία αναδείχθηκε σε κεντρικό ζήτημα δημόσιας ασφάλειας, με άμεσες συνέπειες στη λήψη αποφάσεων και στη διανομή πόρων (Jones & Baumgartner, 2012· Amri & Drummond, 2020).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, η κρίση λειτούργησε ως καταλύτης θεσμικών μεταβολών (European Commission, 2021a,b,c):

- Ενίσχυση του ρόλου του ECDC.
- Δημιουργία της HERA, για καλύτερη ετοιμότητα και κοινή προμήθεια υγειονομικού υλικού.
- Συντονισμένη στρατηγική εμβολιασμού μέσω της Ε.Ε., που περιόρισε τις εθνικές ανισότητες.

Η PET εξηγεί γιατί πολιτικές που φαίνονται επιτυχημένες σε κανονικές συνθήκες μπορεί να αποτύχουν σε κρίσεις, καθώς οι αλλαγές συνοδεύονται από νέα κανάλια λήψης αποφάσεων και προσωρινή αύξηση επιρροής νέων δρώντων, όπως διεθνείς οργανισμοί, επιστημονικές επιτροπές ή ειδικές κυβερνητικές ομάδες (Jones & Baumgartner, 2012· Amri & Drummond, 2020).

Στην πράξη, παρατηρήθηκε διαφοροποίηση μεταξύ κρατών-μελών: στην Ιταλία και την Ισπανία, η αυξημένη θνητότητα και η ένταση στο σύστημα υγείας οδήγησαν σε απότομες μεταβολές πολιτικών lockdown, ενώ στη Σουηδία, η τεχνοκρατική προσέγγιση οδήγησε σε πιο σταδιακές προσαρμογές (OECD, 2020).

3.2.4.3. Διοικητική και οργανωσιακή οπτική

Από τη σκοπιά των στελεχών μονάδων φροντίδας, η PET παρέχει πλαίσιο για κατανόηση των αιφνίδιων αλλαγών στις πολιτικές. Οι διευθυντές κλήθηκαν να διαχειριστούν ξαφνικές αλλαγές στα πρωτόκολλα, ανακατανομή προσωπικού, διαχείριση κλινών ΜΕΘ και αυξημένες απαιτήσεις λογοδοσίας. Η θεωρία αναδεικνύει ότι οι αλλαγές αυτές δεν είναι τυχαίες, αλλά ενσωματωμένες στη δυναμική των πολιτικών κρίσεων (Jones & Baumgartner, 2012).

Η PET υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της μετα-κρίσης μάθησης: οι προσωρινές παρεμβάσεις πρέπει να ενσωματωθούν σε θεσμικά πρότυπα για να βελτιωθεί η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας σε μελλοντικές κρίσεις (Jones & Baumgartner, 2012· Amri & Drummond, 2020).

3.2.4.4. Σύνδεση με άλλες θεωρίες πολιτικής

Από όσα αναφέρθηκαν ως τώρα, είναι προφανές ότι η PET συμπληρώνει το *Multiple Streams Framework* και το *Advocacy Coalition Framework*, παρέχοντας εξήγηση όχι μόνο πότε και γιατί συμβαίνει μια αλλαγή, αλλά και το πώς οι κρίσεις αναδιαμορφώνουν τις ισορροπίες δρώντων και θεσμών. Επιπλέον, συνδέεται με το *Health Policy Triangle*, καθώς οι εκρήξεις αλλαγής επηρεάζουν το περιεχόμενο, τους δρώντες και τις διαδικασίες εφαρμογής πολιτικών.

3.2.4.5. Κριτική και περιορισμοί

Η θεωρία έχει επικριθεί για την έμφαση της στις μεγάλες, αιφνίδιες αλλαγές, υποτιμώντας τις σταδιακές βελτιώσεις και τη συνεχόμενη μάθηση των οργανισμών. Με την πανδημία COVID-19, η PET βοήθησε να γίνει προφανές ότι, θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στον στρατηγικό σχεδιασμό και την πρόβλεψη, αντί για βραχυπρόθεσμες και προσωρινές λύσεις, όπως για παράδειγμα η ανάγκη για *διαρκή* δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας. Επιπλέον, δεν παρέχει σαφή εργαλεία πρόβλεψης της έντασης ή διάρκειας των αλλαγών (Jones & Baumgartner, 2012· Amri & Drummond, 2020). Παρά τους περιορισμούς αυτούς όμως, παραμένει βασικό εργαλείο ανάλυσης κρίσεων υγείας και στρατηγικού σχεδιασμού.

3.2.5. Policy Cycle (Κύκλος Πολιτικής)

3.2.5.1. Θεωρητική βάση και βασικές έννοιες

Το σύστημα *Policy Cycle* αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα πλαίσια για την ανάλυση της διαδικασίας διαμόρφωσης πολιτικών, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η δημόσια υγεία (Howlett *et al.*, 2009). Το μοντέλο προσεγγίζει την πολιτική ως μια διαδοχική αλληλουχία σταδίων, επιτρέποντας την κατανόηση τόσο του περιεχομένου όσο και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Τα κύρια στάδια περιλαμβάνουν:

- **Καθορισμός προβλήματος (agenda-setting):** Αναγνώριση και ένταξη ενός ζητήματος στην πολιτική ατζέντα.
- **Σχεδιασμός πολιτικής (policy formulation):** Ανάπτυξη και αξιολόγηση εναλλακτικών λύσεων.
- **Λήψη αποφάσεων (decision-making):** Επιλογή της κατάλληλης πολιτικής λύσης.
- **Εφαρμογή (implementation):** Εφαρμογή της πολιτικής σε επίπεδο οργανισμών και κοινωνίας.

- **Αξιολόγηση (evaluation):** Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και προσαρμογή ή αναθεώρηση της πολιτικής.

Η λογική του κύκλου είναι ότι κάθε στάδιο επηρεάζει και καθοδηγεί τα επόμενα, δημιουργώντας ένα δυναμικό πλαίσιο που επιτρέπει την συνεχή βελτίωση και προσαρμογή (Howlett *et al.*, 2009). Η θεωρία δίνει ιδιαίτερη σημασία στο πώς θεσμοί, δρώντες και κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο επηρεάζουν την εφαρμογή της πολιτικής, ειδικά σε πολυεπίπεδα συστήματα όπως η Ε.Ε.

3.2.5.2. Εφαρμογή στην πολιτική υγείας και κρίσεις

Κατά την πανδημία COVID-19, η προσέγγιση του Policy Cycle επιτρέπει να κατανοήσουμε με σαφήνεια τη διαδοχή των πολιτικών δράσεων (OECD, 2020· WHO, 2020· European Commission, 2021a,b,c· Luru & Tiganasu, 2022):

- **Καθορισμός προβλήματος:** Η ταχεία εξάπλωση του ιού SARS-CoV-2, αναγνωρίστηκε ως άμεση απειλή για την υγεία και την κοινωνική συνοχή. Τα κρούσματα και οι θάνατοι αποτέλεσαν κρίσιμες παραμέτρους για την ένταξη της υγείας στην πολιτική ατζέντα σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.
- **Σχεδιασμός πολιτικής:** Οι επιστημονικές επιτροπές και οι Διεθνείς Οργανισμοί πρότειναν μέτρα περιορισμού, στρατηγικές εμβολιασμού και πρωτόκολλα προστασίας των ευάλωτων ομάδων. Στην Ε.Ε., αναπτύχθηκαν κοινές στρατηγικές προμήθειας εμβολίων και αξιολόγησης κινδύνου.
- **Λήψη αποφάσεων:** Οι κυβερνήσεις των κρατών-μελών αξιολόγησαν τα επιστημονικά δεδομένα, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις και έλαβαν αποφάσεις για lockdown, καραντίνες και πολιτικές εμβολιασμού.
- **Εφαρμογή:** Σε εθνικό επίπεδο, η εφαρμογή διαφοροποιήθηκε ανά χώρα. Για παράδειγμα, η Γερμανία υιοθέτησε συντονισμένα lockdown και αυστηρούς ελέγχους, ενώ η Σουηδία επέλεξε πιο ήπια μέτρα με έμφαση στην αυτορρύθμιση των πολιτών. Η Ελλάδα και η Ιταλία εφάρμοσαν μέτρα που συνδύαζαν κεντρικό συντονισμό και περιφερειακή.
- **Αξιολόγηση:** Οι πολιτικές αξιολογήθηκαν με βάση την επίδρασή τους στη μείωση κρουσμάτων, θανάτων, πίεσης στις ΜΕΘ και κοινωνικές συνέπειες. Τα αποτελέσματα οδήγησαν σε αναθεώρηση στρατηγικών, όπως η επιτάχυνση του

εμβολιαστικού προγράμματος και η ενίσχυση της διαχείρισης υγειονομικού προσωπικού.

Η προσέγγιση του PC δείχνει ότι η επιτυχία των πολιτικών εξαρτάται όχι μόνο από την ποιότητα των μέτρων, αλλά και από τη χρονική διαδοχή, τον συντονισμό δρώντων και την προσαρμοστικότητα των διαδικασιών εφαρμογής.

3.2.5.3. Διοικητική και οργανωσιακή οπτική

Για τα στελέχη μονάδων φροντίδας, το PC προσφέρει ένα εργαλείο κατανόησης και οργάνωσης της πολιτικής εφαρμογής. Οι διευθυντές βρίσκονται στο κέντρο του κύκλου (Howlett et al., 2009):

- Συμμετέχουν στον καθορισμό προβλημάτων και αναφέρουν κρίσιμες ανάγκες.
- Εφαρμόζουν τις πολιτικές στην καθημερινή λειτουργία.
- Αξιολογούν τα αποτελέσματα και ανατροφοδοτούν τα υπεύθυνα όργανα.

Η εμπειρία της πανδημίας COVID-19 έδειξε ότι οι διοικητές που κατανοούσαν τη λογική του κύκλου μπορούσαν να αντιδρούν ταχύτερα σε αλλαγές, να αξιοποιούν πόρους αποτελεσματικά και να μειώνουν την πίεση στο προσωπικό και στους ασθενείς.

3.2.5.4. Ευρωπαϊκή εμπειρία: COVID-19 και Policy Cycle

Στην Ε.Ε., η εφαρμογή του Policy Cycle ήταν εμφανής σε όλες τις φάσεις (OECD, 2020¹ WHO, 2020² European Commission, 2021a,b,c³ Luru & Tiganasu, 2022):

- **Καθορισμός προβλήματος:** Οι μετρήσεις κρουσμάτων και θνησιμότητας οδήγησαν στην ένταξη COVID-19 στην πολιτική ατζέντα.
- **Σχεδιασμός πολιτικής:** Δημιουργία κοινών στρατηγικών για εμβολιασμό, προμήθεια PPE και διαχείριση ΜΕΘ.
- **Λήψη αποφάσεων:** Διαφορετικές στρατηγικές ανά κράτος-μέλος, με βασική συνισταμένη την κοινωνική αποδοχή και τις οικονομικές συνέπειες.
- **Εφαρμογή:** Συντονισμός των εθνικών συστημάτων υγείας και ενσωμάτωση κατευθυντήριων γραμμών Ε.Ε.
- **Αξιολόγηση:** Αναπροσαρμογή πολιτικών, βελτίωση διαδικασιών και ανταλλαγή καλών πρακτικών μεταξύ κρατών-μελών (EOHSP, 2005⁴ European Commission, 2021⁵ Thomas et al., 2020).

Η ευρωπαϊκή εμπειρία δείχνει ότι η αποτελεσματικότητα των πολιτικών εξαρτάται από την συνεχή αλληλεπίδραση των σταδίων και τον συντονισμό δρώντων σε πολυεπίπεδα συστήματα.

3.2.5.5. Κριτική και περιορισμοί

Το σύστημα Policy Cycle έχει δεχθεί κριτική για την γραμμική απεικόνιση της πολιτικής διαδικασίας, η οποία στην πράξη συχνά είναι μη γραμμική και επηρεάζεται από απρόβλεπτους παράγοντες και εξωτερικά σοκ (Howlett *et al.*, 2009). Παρά ταύτα, παραμένει πολύτιμο εργαλείο για συστηματική ανάλυση και διαχείριση πολιτικών, ιδιαίτερα σε κρίσεις υγείας όπου η διαδοχή και η αξιολόγηση των σταδίων είναι κρίσιμη.

3.3. Δευτερεύοντα μοντέλα διαμόρφωσης πολιτικών υγείας

Στην ανάλυση πολιτικών υγείας, εκτός από τα κύρια θεωρητικά μοντέλα που εξετάζουν συνολικά τη διαμόρφωσή τους, υπάρχουν και σημαντικά δευτερεύοντα πλαίσια, τα οποία επικεντρώνονται σε ειδικές πτυχές της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, της διάχυσης και υιοθέτησης πρακτικών, του τρόπου με τον οποίο οι πολιτικές εκφράζονται κοινωνικά και του πώς αντιμετωπίζονται οι συγκρούσεις συμφερόντων και ευκαιριών. Η κατανόηση αυτών των πλαισίων ενισχύει την ικανότητα ερμηνείας της πολυπλοκότητας των πολιτικών υγείας και προσφέρει εργαλεία που μπορούν να εφαρμοστούν τόσο στην έρευνα όσο και στη διοικητική πράξη.

Στην περίοδο της πανδημίας COVID-19, αυτά τα μοντέλα έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμα για την ανάλυση της ποικιλίας απαντήσεων των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη διαφορετική ταχύτητα υιοθέτησης μέτρων και την ετερογένεια στις στρατηγικές επικοινωνίας και εφαρμογής. Τα δευτερεύοντα μοντέλα που ακολουθούν αναδεικνύουν συμπληρωματικές διαστάσεις στην κατανόηση της χάραξης πολιτικών.

3.3.1. Institutional Analysis and Development Framework (Πλαίσιο θεσμικής Ανάλυσης και Ανάπτυξης, IAD)

3.3.1.1. Θεωρητική βάση

Το *Institutional Analysis and Development Framework* (IAD), αναπτύχθηκε ως ένα εργαλείο για την κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ κανόνων, δρώντων και αποτελεσμάτων σε συλλογικές δράσεις (Ostrom, 2005). Το IAD δεν είναι αποκλειστικά θεωρία δημόσιας πολιτικής. Αποτελεί ένα αναλυτικό πλαίσιο, το οποίο εστιάζει στον τρόπο με τον

οποίο οι κανόνες του παιχνιδιού, οι ομάδες συμμετεχόντων, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και το ευρύτερο περιβάλλον διαμορφώνουν τα αποτελέσματα των συλλογικών δράσεων.

Στο IAD, κάθε «έργο» (action situation) αναλύεται ως μια διασύνδεση μεταξύ:

- Κανόνων και κανονιστικών πλαισίων.
- Δρώντων και των στρατηγικών τους επιλογών.
- Διαθέσιμης πληροφορίας.
- Αποτελεσμάτων που προκύπτουν και ανατροφοδοτούν το σύστημα.

3.3.1.2. Εφαρμογή στην πολιτική υγείας

Στην πολιτική υγείας, το IAD μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναλύσει πώς κανόνες και θεσμικές ρυθμίσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά των φορέων υγείας, των υπηρεσιών, των πολιτών και των κρατών. Κατά την πανδημία COVID-19, οι κανόνες που καθόριζαν τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, την πρόσβαση σε ΜΕΘ, τις προτεραιότητες εμβολιασμού και την προμήθεια υγειονομικού υλικού αποτέλεσαν βασικά στοιχεία του θεσμικού πλαισίου που επηρέασε άμεσα τα αποτελέσματα (Ostrom, 2005· OECD, 2020· WHO, 2020· European Commission, 2021a,b,c).

Για παράδειγμα, κράτη-μέλη της Ε.Ε. με πιο δεσμευτικό νομικό πλαίσιο για υποχρεωτικούς εμβολιασμούς παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό εμβολιασμού στις ευάλωτες ομάδες, συγκριτικά με χώρες που βασίστηκαν σε εθελοντική συμμετοχή, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι κανόνες διαμόρφωσαν τις στρατηγικές επιλογές των δρώντων και, κατ' επέκταση, τα αποτελέσματα της πολιτικής (OECD, 2020· WHO, 2020· European Commission, 2021a,b,c).

3.3.1.3. Διοικητική οπτική

Για τους Διευθυντές Μονάδων Φροντίδας, το IAD βοηθά στην κατανόηση του πώς οι θεσμικές ρυθμίσεις επηρεάζουν τις καθημερινές πρακτικές. Η ύπαρξη αυστηρών κανόνων αναφοράς, πρωτοκόλλων και νομικών υποχρεώσεων επιτρέπει την πρόβλεψη συμπεριφορών προσωπικού, ροών ασθενών και διαχείρισης πόρων. Το πλαίσιο υπογραμμίζει ότι οι διοικητές δεν «λειτουργούν στο κενό»: οι κανόνες και το θεσμικό πλαίσιο διαμορφώνουν τα όρια και τις δυνατότητες δράσης τους.

3.3.2. Diffusion of Innovations Theory (Θεωρία Διάχυσης Καινοτομιών)

3.3.2.1. Θεωρητική βάση

Η *Diffusion of Innovations Theory* διερευνά τον τρόπο με τον οποίο νέες ιδέες, πρακτικές ή τεχνολογίες διαχέονται μέσα σε ένα κοινωνικό σύστημα (Rogers, 1983). Ο Rogers διακρίνει διαφορετικές κατηγορίες υιοθετών (καινοτόμοι, πρώιμοι υιοθετούντες, πρόωγη και καθυστερημένη πλειοψηφία, καθυστερημένοι) και περιγράφει πώς οι κοινωνικές δομές, η επικοινωνία και οι αντιλήψεις κινδύνου/οφέλους επηρεάζουν την υιοθέτηση.

3.3.2.2. Εφαρμογή στην πολιτική υγείας

Στην υγεία, η διάχυση καινοτομιών περιλαμβάνει την υιοθέτηση νέων θεραπευτικών πρακτικών, ψηφιακών εργαλείων, στρατηγικών εμβολιασμού και μέτρων δημόσιας υγείας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η ταχεία υιοθέτηση ψηφιακών λύσεων για ιχνηλάτηση επαφών, τηλεϊατρική και ηλεκτρονική παρακολούθηση ασθενών αποτέλεσε χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η θεωρία DIT εξηγεί ότι η ταχεία διάχυση αυτών των πρακτικών δεν είναι αυτονόητη. Προκύπτει όταν οι επωφελείς καινοτομίες θεωρούνται ανώτερες, συμβατές με τις ανάγκες των χρηστών, σχετικά εύκολες στην εφαρμογή και με δυνατότητα δοκιμής σε ελεγχόμενα περιβάλλοντα (Rogers, 1983).

3.3.2.3. Παραδείγματα από Ε.Ε.

Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η υιοθέτηση ψηφιακών εργαλείων δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 ανέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κρατών-μελών. Παρότι υπήρξε κοινός ευρωπαϊκός συντονισμός και θεσμική υποστήριξη για την ανάπτυξη εφαρμογών ιχνηλάτησης επαφών, η ταχύτητα εφαρμογής και ο βαθμός αποδοχής τους επηρεάστηκαν από εθνικούς παράγοντες, όπως το θεσμικό πλαίσιο προστασίας προσωπικών δεδομένων, το επίπεδο ψηφιακής ωριμότητας και η εμπιστοσύνη των πολιτών προς τις δημόσιες αρχές. Η εμπειρία αυτή υπογραμμίζει ότι, σε επίπεδο Ε.Ε., η αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας σε συνθήκες κρίσης εξαρτάται όχι μόνο από την τεχνική διαθεσιμότητα λύσεων, αλλά και από τη θεσμική και κοινωνική τους ενσωμάτωση (European Commission, 2022).

3.3.2.4. Διοικητική οπτική

Για τους Διευθυντές Μονάδων Φροντίδας, η θεωρία αυτή προσφέρει εργαλεία κατανόησης για το πότε και πώς να εισάγουν καινοτομίες στην υπηρεσία τους. Η γνώση του ότι οι πρώιμοι υιοθετούντες μπορούν να λειτουργήσουν ως multipliers βοηθά στη δημιουργία πλάνων

εισαγωγής νέων πρακτικών, που ενισχύουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

3.3.3. Narrative Policy Framework (Πλαίσιο Πολιτικής Αφήγησης, NPF)

3.3.3.1. Θεωρητική βάση

Το *Narrative Policy Framework* αντιμετωπίζει τις πολιτικές ως αφηγήματα που διαμορφώνουν και επηρεάζουν την κοινή γνώμη, τις πεποιθήσεις και τις επιλογές δρώντων (Schlauffer *et al.*, 2022). Σύμφωνα με το NPF, οι πολιτικές αφηγήσεις αποτελούνται από στοιχεία όπως:

- Πρόσωπα ή ομάδες που περιγράφονται ως *ήρωες*, *θύματα* ή *κακοί*.
- Αίτια και επιδράσεις.
- Ρήξεις και λύσεις.
- Ηγέτες που δίνουν νόημα στο αφήγημα.

3.3.3.2. Εφαρμογή στην πολιτική υγείας

Κατά την πανδημία COVID-19, οι αφηγήσεις γύρω από την επικινδυνότητα του ιού, την αξία των εμβολίων και τη διάκριση ανάμεσα σε «υπεύθυνη» και «ανεύθυνη» συμπεριφορά διαμορφώθηκαν μέσα από δημόσιο λόγο, ΜΜΕ και πολιτικές δηλώσεις. Σε χώρες όπου η αφήγηση επικεντρώθηκε στην προστασία των ηλικιωμένων και ευάλωτων ομάδων, η συμμόρφωση στα μέτρα ήταν υψηλότερη· σε άλλες, όπου η αφήγηση εστίασε στην ατομική ελευθερία, οι αντιδράσεις ήταν πιο πολωμένες (OECD, 2020· WHO, 2020· European Commission, 2021a,b,c· Lupu & Tiganasu, 2022).

3.3.3.3. Παραδείγματα από Ε.Ε.

Στη ορισμένες χώρες, η δημόσια αφήγηση που συνδύαζε την προστασία της δημόσιας υγείας με την εθνική υπευθυνότητα συνέβαλε στην υψηλή αποδοχή των μέτρων, ενώ σε χώρες με ισχυρούς δημόσιους διαλόγους γύρω από την ελευθερία κινήσεων και τα δικαιώματα, όπως ορισμένες Σκανδιναβικές χώρες, η αντιμετώπιση παρουσίασε διαφοροποιήσεις. Το NPF δείχνει ότι οι αφηγήσεις δεν είναι απλά επικοινωνιακά εργαλεία· διαμορφώνουν τις πολιτικές επιλογές και τις κοινωνικές απαντήσεις (OECD, 2020· WHO, 2020· European Commission, 2021a,b,c· Lupu & Tiganasu, 2022).

3.3.3.4. Διοικητική οπτική

Για τους Διευθυντές Μονάδων Φροντίδας, η κατανόηση των αφηγημάτων που κυριαρχούν στην κοινωνία βοηθά στη διαχείριση της επικοινωνίας με το προσωπικό, τους ασθενείς και το κοινό, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη και τη συμμόρφωση στα μέτρα υγείας.

3.3.4. Social Construction Framework (Πλαίσιο Κοινωνικής Κατασκευής)

3.3.4.1. Θεωρητική βάση

Το *Social Construction Framework* αναπτύχθηκε για να εξηγήσει πώς οι πολιτικές επηρεάζονται από τις κοινωνικές αντιλήψεις και κατασκευές για ομάδες πληθυσμού (Schneider & Ingram, 1993). Σύμφωνα με αυτό, οι πολιτικές αποφάσεις επηρεάζονται από το πώς οι διάφορες ομάδες, όπως για παράδειγμα, ηλικιωμένοι, μετανάστες, άτομα με αναπηρία, κατασκευάζονται κοινωνικά ως *θετικοί*, *αρνητικοί* ή *ουδέτεροι* στόχοι πολιτικής.

3.3.4.2. Εφαρμογή στην υγεία

Κατά την πανδημία COVID-19, οι αντιλήψεις για ευπαθείς ομάδες επηρέασαν τις επιλογές πολιτικής. Σε χώρες όπου οι ηλικιωμένοι θεωρήθηκαν κεντρικός πολιτικός στόχος, οι στρατηγικές εμβολιασμού και προστασίας κατευθύνθηκαν με σαφή προτεραιότητα προς αυτές τις ομάδες. Σε άλλες, η έμφαση ήταν λιγότερο σαφής, αντανακλώντας διαφορετικές κοινωνικές κατασκευές (OECD, 2020· WHO, 2020· European Commission, 2021a,b,c· Lupu & Tiganasu, 2022).

3.3.4.3. Διοικητική οπτική

Για τους Διευθυντές Μονάδων Φροντίδας, το πλαίσιο αυτό υπογραμμίζει ότι τα κοινωνικά στερεότυπα και οι πολιτικές κατασκευές επηρεάζουν τις προτεραιότητες, τον τρόπο επικοινωνίας και τις αντιλήψεις για τι θεωρείται δίκαιη κατανομή πόρων.

3.3.5. Garbage Can Model (Μοντέλο κάδου απορριμμάτων)

3.3.5.1. Θεωρητική βάση

Το *Garbage Can Model* περιγράφει την πολιτική απόφαση ως αποτέλεσμα τυχαίας σύμπτωσης προβλημάτων, λύσεων, δρώντων και ευκαιριών (Cohen *et al.*, 1972). Σε αντίθεση με γραμμικές, ορθολογικές περιγραφές, το μοντέλο υποστηρίζει ότι σε χαοτικά ή ασαφή περιβάλλοντα, όπως μια κρίση υγείας, οι αποφάσεις προκύπτουν από την τυχαία ή ευκαιριακή αντιστοίχιση διαφορετικών στοιχείων.

3.3.5.2. Εφαρμογή στην πανδημία COVID-19

Κατά το πρώτο κύμα COVID-19, πολλές αποφάσεις για lockdown και περιοριστικά μέτρα λήφθηκαν υπό συνθήκες ελλιπούς πληροφόρησης, μεταβαλλόμενων δεδομένων και πίεσης χρόνου. Το Garbage Can Model εξηγεί πώς, υπό αυτές τις συνθήκες, οι αποφάσεις δεν ήταν πάντα προϊόν καθαρής ανάλυσης αλλά συχνά αποτέλεσαν ευκαιριακή σύνθεση διαθέσιμων λύσεων και επειγουσών προβλημάτων (OECD, 2020· WHO, 2020· European Commission, 2021a,b,c· Luru & Tiganasu, 2022).

3.3.5.3. Διοικητική οπτική

Για τους Διευθυντές Μονάδων Φροντίδας, το μοντέλο αυτό υπενθυμίζει ότι η χωρίς πλήρη πληροφορία λήψη αποφάσεων δεν αποτελεί από μόνη της πρόβλημα. Είναι χαρακτηριστικό πολύπλοκων περιβαλλόντων. Η ικανότητα να διαχειρίζεται κανείς την αβεβαιότητα, την παράλληλη ύπαρξη πολλαπλών προβλημάτων και την ανάγκη για γρήγορες λύσεις αποτελεί κρίσιμο στοιχείο επιτυχίας.

3.3.6. Αξιολόγηση των Δευτερευόντων μοντέλων

Τα δευτερεύοντα μοντέλα πολιτικών υγείας προσφέρουν συμπληρωματικές οπτικές για την ανάλυση πολύπλοκων ζητημάτων. Το *Institutional Analysis and Development Framework* αναδεικνύει τον ρόλο των κανόνων. Το *Diffusion of Innovations* εξηγεί το πώς υιοθετούνται νέες πρακτικές. Το *Narrative Policy Framework* φωτίζει τη δύναμη των αφηγήσεων. Το *Social Construction Framework* δείχνει το πώς οι κοινωνικές κατασκευές επηρεάζουν πολιτικές επιλογές. Τέλος, το *Garbage Can Model* υπογραμμίζει την αβεβαιότητα και την ευκαιριακή φύση αποφάσεων σε περιόδους κρίσης.

Η ανάλυση των δευτερευόντων μοντέλων πολιτικών υγείας καταδεικνύει ότι η κατανόηση των πολιτικών απαιτεί πολλαπλές συμπληρωματικές οπτικές, που υπερβαίνουν τη γραμμική ή μονοδιάστατη θεώρηση. Το *Institutional Analysis and Development Framework (IAD)* υπογραμμίζει ότι οι κανόνες, οι διαδικασίες και οι θεσμικές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο δρώντες στο πεδίο της υγείας αντιδρούν και λαμβάνουν αποφάσεις, κάτι που έγινε εμφανές κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όπου οι χώρες της Ε.Ε. με πιο δεσμευτικό νομικό πλαίσιο για την προτεραιοποίηση εμβολιασμών κατάφεραν να προστατεύσουν πιο αποτελεσματικά τις ευάλωτες ομάδες.

Παράλληλα, η *Diffusion of Innovations Theory* εξηγεί το πώς νέες πρακτικές, όπως η τηλεϊατρική, οι ψηφιακές εφαρμογές ιχνηλάτησης και τα ηλεκτρονικά συστήματα καταγραφής

κρουσμάτων, υιοθετήθηκαν διαφορετικά σε κάθε κράτος-μέλος. Οι χώρες που αναγνώρισαν γρήγορα την αξία των καινοτομιών και ενσωμάτωσαν τους πρώιμους υιοθετούντες ως multipliers παρουσίασαν ταχύτερη διάχυση και υψηλότερη αποδοχή μέτρων. Η εμπειρία αυτή επιβεβαιώνει ότι η επιτυχής διάχυση καινοτομιών εξαρτάται τόσο από τις τεχνολογικές δυνατότητες όσο και από τις κοινωνικές και θεσμικές δομές, όπως οι κεντρικές πολιτικές και οι κατευθυντήριες γραμμές των οργανισμών υγείας.

Το *Narrative Policy Framework (NPF)* προσθέτει ότι η επιτυχία των πολιτικών εξαρτάται επίσης από τον τρόπο που οι πολιτικές παρουσιάζονται στην κοινωνία. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η αφήγηση που τόνιζε την προστασία των ηλικιωμένων και ευάλωτων ομάδων σε χώρες όπως η Γαλλία συνέβαλε στην υψηλή συμμόρφωση και αποδοχή των μέτρων, ενώ σε χώρες με διαφορετική αφήγηση, όπως κάποιες Σκανδιναβικές, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στην ανταπόκριση των πολιτών. Αυτό δείχνει ότι οι αφηγήσεις δεν είναι απλώς επικοινωνιακά εργαλεία, αλλά διαμορφώνουν τις πολιτικές επιλογές, την κοινωνική συμπεριφορά και τη στρατηγική εφαρμογής.

Το *Social Construction Framework* υπογραμμίζει την επίδραση των κοινωνικών κατασκευών στη διαμόρφωση πολιτικών. Οι επιλογές για προτεραιοποίηση ομάδων, όπως ηλικιωμένοι ή ευπαθείς, επηρεάστηκαν από κοινωνικές αντιλήψεις για το ποιοι θεωρούνται *πολιτικά σημαντικοί* ή *ευάλωτοι*. Στην πανδημία COVID-19, αυτές οι κατασκευές καθόρισαν τα προγράμματα εμβολιασμού και την κατανομή προσωπικού και πόρων στις μονάδες φροντίδας, επηρεάζοντας άμεσα τη διοικητική πράξη και την αποτελεσματικότητα των πολιτικών.

Τέλος, το *Garbage Can Model* υπενθυμίζει ότι οι πολιτικές δεν αναπτύσσονται πάντα με γραμμικό ή ορθολογικό τρόπο. Κατά τα πρώτα κύματα της πανδημίας COVID-19, αποφάσεις για lockdown, περιοριστικά μέτρα ή προτεραιοποίηση ΜΕΘ συχνά προέκυπταν από τυχαία συνύπαρξη προβλημάτων, λύσεων και ευκαιριών, ιδιαίτερα σε συνθήκες αβεβαιότητας και περιορισμένης πληροφορίας. Η θεωρία αυτή δείχνει τη σημασία της ευελιξίας, της ταχείας προσαρμογής και της ικανότητας διαχείρισης αβεβαιότητας από τη διοίκηση, στοιχείο κρίσιμο για διευθυντές μονάδων φροντίδας και πολιτικούς υπεύθυνους.

Συνολικά, η εφαρμογή των δευτερευόντων μοντέλων στην πανδημία COVID-19 και την Ε.Ε. αναδεικνύει ότι η αποτελεσματική χάραξη και εφαρμογή πολιτικών υγείας απαιτεί συνδυασμό θεσμικής κατανόησης, διάχυσης καινοτομιών, κοινωνικής επικοινωνίας, αναγνώρισης κοινωνικών κατασκευών και ευελιξίας σε συνθήκες αβεβαιότητας. Η πολυπρισματική αυτή προσέγγιση επιτρέπει όχι μόνο την ερμηνεία των αποφάσεων σε

περιόδους κρίσης, αλλά και τη διαμόρφωση στρατηγικών που ενισχύουν την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας, την αποτελεσματική κατανομή πόρων και την εμπιστοσύνη των πολιτών.

4. Ο ρόλος των κρατών και υπερεθνικών οργανισμών

Η αντιμετώπιση των κρίσεων στον τομέα της υγείας, αποτελεί ένα πεδίο στο οποίο αλληλεπιδρούν εθνικές αρμοδιότητες και υπερεθνικοί μηχανισμοί συντονισμού. Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα κράτη-μέλη διατηρούν την κύρια ευθύνη για την οργάνωση και παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα λειτουργούν εντός ενός ευρύτερου θεσμικού περιβάλλοντος, το οποίο διαμορφώνει κατευθύνσεις, μηχανισμούς συνεργασίας και κοινές στρατηγικές για την αντιμετώπιση διασυνοριακών απειλών. Υπερεθνικοί οργανισμοί, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση πλαισίων ετοιμότητας, στον συντονισμό πολιτικών και στη διάχυση τεχνογνωσίας, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσεων που υπερβαίνουν τα εθνικά σύνορα. Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει τη δυναμική αυτή σχέση, αναλύοντας τον καταμερισμό ρόλων και την αλληλεπίδραση μεταξύ εθνικού και υπερεθνικού επιπέδου στη διαχείριση κρίσεων υγείας.

4.1. Η έννοια της κρίσης στον τομέα της υγείας

Η έννοια της κρίσης στον τομέα της υγείας έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια σε κεντρικό αντικείμενο ανάλυσης τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και στο επίπεδο της ευρωπαϊκής και παγκόσμιας πολιτικής. Οι κρίσεις υγείας δεν αποτελούν πλέον σπάνια ή παροδικά φαινόμενα, αλλά εντάσσονται σε ένα ευρύτερο περιβάλλον αυξανόμενης αβεβαιότητας, το οποίο χαρακτηρίζεται από πανδημίες, δημογραφικές πιέσεις, διασυνοριακές μετακινήσεις πληθυσμών και οικονομικές αστάθειες. Στο πλαίσιο αυτό, η κρίση δεν νοείται αποκλειστικά και μόνο ως υγειονομικό γεγονός, αλλά ως μια σύνθετη κατάσταση, η οποία δοκιμάζει ταυτόχρονα τη λειτουργική επάρκεια, τη θεσμική συνοχή και την πολιτική ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας.

Η συχνότητα, η κλίμακα και η πολυπλοκότητα των έκτακτων καταστάσεων στον τομέα της υγείας συνεχίζουν να αυξάνονται χρόνο με το χρόνο, εξαιτίας πολλών από τις ίδιες μακροπρόθεσμες τάσεις που συνεχίζουν να επιταχύνουν την εμφάνιση και την επανεμφάνιση ασθενειών που είναι επιρρεπείς σε επιδημίες: γεωπολιτικές συγκρούσεις, κατάρρευση του εμπορίου που οδηγεί σε λιμό και έλλειψη βασικών αγαθών, εντατικοποίηση της οικολογικής υποβάθμισης και της κλιματικής αλλαγής, αποδυνάμωση των συστημάτων υγείας και διεύρυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, της οικονομίας και της κοινωνίας. Τα στοιχεία των τελευταίων δεκαετιών μας δείχνουν ότι αυτές οι τάσεις αλληλεπιδρούν όλο και περισσότερο, με πολύπλοκους και απρόβλεπτους τρόπους, προκαλώντας έκτακτες καταστάσεις στον τομέα της υγείας. Οι βιώσιμες λύσεις και η επίτευξη των στόχων βιώσιμης

ανάπτυξης που σχετίζονται με την υγεία θα εξαρτηθούν από την απονομή μεγαλύτερης βαρύτητας σε προληπτικά μέτρα, μέτρα ετοιμότητας και μέτρα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, ακόμη και όταν ανταποκρινόμαστε σε τρέχουσες κρίσεις (WHO, 2023b).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μια κρίση υγείας αποτελεί μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, η οποία προκαλεί σοβαρή διατάραξη της παροχής υπηρεσιών υγείας και απαιτεί συντονισμένη, πολυεπίπεδη αντίδραση πέραν της συνήθους λειτουργίας του συστήματος (WHO, 2023b). Η δυναμική παρακολούθηση της διαθεσιμότητας, της προσβασιμότητας και της χρήσης βασικών υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική λήψη αποφάσεων σε όλες τις φάσεις μιας κρίσης. Αυτή η προσέγγιση υπογραμμίζει δύο κρίσιμες διαστάσεις: αφενός την πίεση στη λειτουργική ικανότητα των συστημάτων υγείας και αφετέρου την ανάγκη ενεργοποίησης μηχανισμών διακυβέρνησης σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο.

Η πολυπλοκότητα των κρίσεων υγείας εντείνεται περαιτέρω από τη χρονική τους διάσταση. Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές αντιλήψεις περί κρίσεων ως βραχυπρόθεσμων και αιφνίδιων γεγονότων, οι σύγχρονες κρίσεις στον τομέα της υγείας συχνά εκδηλώνονται ως παρατεταμένες καταστάσεις με διαδοχικά κύματα έντασης. Η χρονική αυτή επιμήκυνση μεταβάλλει ριζικά τις απαιτήσεις πολιτικής, καθώς τα συστήματα υγείας καλούνται όχι μόνο να ανταποκριθούν άμεσα, αλλά και να διατηρήσουν τη λειτουργικότητά τους σε βάθος χρόνου, υπό συνθήκες συνεχούς ή μεταβαλλόμενης πίεσης.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά, στο πλαίσιο αυτό, η διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας κρίσης. Οι οξείες κρίσεις, όπως μια αιφνίδια επιδημία ή μια φυσική καταστροφή, απαιτούν ταχεία κινητοποίηση πόρων και έκτακτα μέτρα. Αντιθέτως, οι χρόνιες κρίσεις, όπως οι παρατεταμένες οικονομικές πιέσεις ή οι μακροχρόνιες επιπτώσεις δημογραφικών αλλαγών, επηρεάζουν σταδιακά τη βιωσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η συνύπαρξη αυτών των δύο τύπων κρίσεων καθιστά τη χάραξη πολιτικών ιδιαίτερα απαιτητική, καθώς τα μέτρα βραχυπρόθεσμης διαχείρισης πρέπει να συνδυάζονται με στρατηγικές μακροπρόθεσμης ενίσχυσης. Επιπροσθέτως, οι χρόνιες κρίσεις, ενδέχεται να επιβαρύνουν σταδιακά τα συστήματα υγείας, δυσχεραίνοντας τη μελλοντική απόδοσή τους.

Στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, η έννοια της κρίσης υγείας συνδέεται στενά με τη διασυνοριακή της διάσταση. Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει ότι φαινόμενα όπως οι πανδημίες, οι περιβαλλοντικές καταστροφές ή οι μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά αποκλειστικά σε εθνικό επίπεδο, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ενίσχυση της ευρωπαϊκής συνεργασίας και του συντονισμού πολιτικών

(European Commission, 2024). Η εμπειρία της πανδημίας COVID-19 ανέδειξε με σαφήνεια ότι η έλλειψη έγκαιρου συντονισμού μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες πρόσβασης, καθυστερήσεις στην απόκριση και αποδυνάμωση της εμπιστοσύνης των πολιτών.

Η κρίση στον τομέα της υγείας δεν περιορίζεται, ωστόσο, στις υγειονομικές απειλές με τη στενή έννοια. Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οικονομικές κρίσεις μπορούν να λειτουργήσουν ως έμμεσες αλλά εξίσου σοβαρές κρίσεις υγείας, επηρεάζοντας τη χρηματοδότηση, τη στελέχωση και τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών (Greer *et al.*, 2021). Η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, η αναστολή επενδύσεων σε υποδομές και η αύξηση των ανισοτήτων πρόσβασης συνιστούν μορφές «σιωπηλών» κρίσεων, οι οποίες ενδέχεται να υπονομεύσουν τη μακροπρόθεσμη ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας.

Στο επίπεδο της διακυβέρνησης, οι κρίσεις υγείας λειτουργούν ως καταλύτες αναδιάταξης αρμοδιοτήτων και σχέσεων εξουσίας. Η ανάγκη για ταχεία λήψη αποφάσεων συχνά οδηγεί σε ενίσχυση του εκτελεστικού ρόλου του κράτους, αλλά ταυτόχρονα αναδεικνύει τη σημασία της πολυεπίπεδης συνεργασίας. Σε ευρωπαϊκό πλαίσιο, αυτό μεταφράζεται σε αυξημένη αλληλεξάρτηση μεταξύ εθνικών κυβερνήσεων και υπερεθνικών θεσμών, γεγονός που επαναπροσδιορίζει τα όρια της εθνικής κυριαρχίας στον τομέα της υγείας.

Παράλληλα, οι κρίσεις στον τομέα της υγείας έχουν έντονη κοινωνική διάσταση. Η άνιση κατανομή των επιπτώσεων, τόσο μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων όσο και μεταξύ κρατών, καθιστά την κρίση πεδίο ενίσχυσης ή μετριασμού των ανισοτήτων. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, η προστασία των ευάλωτων πληθυσμών και η διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής αναδεικνύονται σε κρίσιμες παραμέτρους αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των πολιτικών υγείας σε περιόδους κρίσης.

Παράλληλα, οι προσφυγικές και μεταναστευτικές κρίσεις συνιστούν μια ιδιαίτερη κατηγορία κρίσεων με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Η μαζική και αιφνίδια αύξηση πληθυσμών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές δημιουργεί πιέσεις στις δομές πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, ενώ απαιτεί προσαρμογή των πολιτικών υγείας ώστε να διασφαλίζεται η καθολική πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες (WHO, 2018). Στο ευρωπαϊκό επίπεδο, οι κρίσεις αυτές έχουν αναδείξει την ανάγκη σύνδεσης της πολιτικής υγείας με πολιτικές κοινωνικής συνοχής και ανθρωπιστικής προστασίας.

Κεντρική έννοια στη σύγχρονη προσέγγιση των κρίσεων υγείας αποτελεί η ανθεκτικότητα (resilience) των συστημάτων υγείας. Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας είναι η ικανότητα προετοιμασίας, διαχείρισης (απορρόφησης, προσαρμογής και μετασχηματισμού) και μάθησης από κρίσεις (Thomas *et al.*, 2020). Στο πλαίσιο αυτό, η κρίση αντιμετωπίζεται όχι

μόνο ως απειλή, αλλά και ως δοκιμασία της θεσμικής ωριμότητας και της διοικητικής ικανότητας των κρατών.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στον ρόλο της πληροφόρησης και της εμπιστοσύνης. Σε συνθήκες κρίσης, η αξιοπιστία των δημόσιων θεσμών και η σαφήνεια της επικοινωνίας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες συμμόρφωσης των πολιτών και επιτυχούς εφαρμογής των μέτρων. Η κρίση υγείας, επομένως, δεν δοκιμάζει μόνο τις υλικές δυνατότητες των συστημάτων υγείας, αλλά και τη θεσμική τους νομιμοποίηση.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει ενσωματώσει την έννοια της κρίσης υγείας στη χάραξη πολιτικών μέσω πρωτοβουλιών όπως το πρόγραμμα EU4Health και η ενίσχυση των αρμοδιοτήτων του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), με στόχο τη βελτίωση της ετοιμότητας και της συλλογικής αντίδρασης (CEU, 2020). Οι παρεμβάσεις αυτές καταδεικνύουν μια μετατόπιση από την αποσπασματική διαχείριση κρίσεων προς μια πιο συστηματική, προληπτική προσέγγιση.

Επιπροσθέτως, μια κρίση λειτουργεί ως πεδίο μάθησης και θεσμικής προσαρμογής. Οι εμπειρίες από προηγούμενες κρίσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζονται οι μελλοντικές πολιτικές, ενσωματώνοντας μηχανισμούς πρόληψης, έγκαιρης προειδοποίησης και εφεδρικής ικανότητας. Η ανάλυση της έννοιας της κρίσης στον τομέα της υγείας δεν περιορίζεται, συνεπώς, στην καταγραφή των επιπτώσεων, αλλά επεκτείνεται στη διερεύνηση της δυναμικής εξέλιξης των συστημάτων υγείας μέσα από αλληπάλληλες δοκιμασίες.

Συνολικά, η κρίση στον τομέα της υγείας συνιστά ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο υπερβαίνει τα στενά όρια της ιατρικής ή της επιδημιολογίας. Αποτελεί πεδίο στο οποίο διασταυρώνονται η πολιτική, η οικονομία και η κοινωνική συνοχή, καθιστώντας αναγκαία την υιοθέτηση ολοκληρωμένων πολιτικών υγείας σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο. Η κατανόηση της έννοιας της κρίσης αποτελεί, συνεπώς, θεμελιώδη προϋπόθεση για την ανάλυση του ρόλου των κρατών και των διεθνών οργανισμών στη διαχείριση και αντιμετώπισή της, η οποία εξετάζεται στα επόμενα υποκεφάλαια.

4.2. Ο ρόλος των κρατών και των υπερεθνικών οργανισμών στη διαχείριση κρίσεων υγείας

Η διαχείριση κρίσεων στον τομέα της υγείας αποτελεί ένα πολυεπίπεδο σύστημα στο οποίο εμπλέκονται τόσο τα εθνικά κράτη όσο και υπερεθνικοί οργανισμοί, με στόχο τη διατήρηση της λειτουργικότητας των συστημάτων υγείας υπό συνθήκες πίεσης. Τα κράτη-μέλη διατηρούν την πρωταρχική ευθύνη για τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας, ειδικά σε

περιόδους κρίσης, μέσω της οργάνωσης των υπηρεσιών, της κατανομής πόρων και της λήψης δημόσιων μέτρων που διασφαλίζουν την προστασία της υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, οι διασυνοριακές απειλές, όπως οι πανδημίες και άλλες κρίσεις, καθιστούν σαφές ότι η αποκλειστική εθνική αντιμετώπιση δεν είναι επαρκής και απαιτούνται συντονισμένες δράσεις σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και διεθνώς (European Commission, 2020b).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση λειτουργεί ως μηχανισμός συντονισμού και υποστήριξης των κρατών-μελών στην αντιμετώπιση διασυνοριακών κρίσεων υγείας, συμπληρώνοντας τις εθνικές πολιτικές υγείας με εργαλεία που ενισχύουν την προετοιμασία, την επιτήρηση και την ανταπόκριση. Ο κανονισμός (ΕΕ) 2022/2371 για τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας αποτελεί μια εξέλιξη που διευρύνει τη δυνατότητα της ΕΕ να συντονίζει την πρόληψη και τη διαχείριση κρίσεων υγείας μεταξύ των κρατών-μελών (European Commission, 2023). Το εν λόγω νομικό πλαίσιο επιδιώκει να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες που αναδείχθηκαν κατά την πανδημία COVID-19, ενισχύοντας δομές, όπως τον Μηχανισμό Πολιτικής Προστασίας και την κοινή αντίδραση σε απειλές.

Μια από τις βασικές δομές που υποστηρίζουν τον ευρωπαϊκό συντονισμό είναι το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC). Το ECDC παρέχει επιστημονικές αξιολογήσεις, επιδημιολογικά δεδομένα και εκτιμήσεις κινδύνου, τα οποία συμβάλλουν στην έγκαιρη ενημέρωση των κρατών-μελών και στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων κατά τη διάρκεια κρίσεων (ECDC, 2022). Μέσω της συνεχούς συλλογής και ανάλυσης δεδομένων, το ECDC υποστηρίζει την εναρμόνιση των στρατηγικών και ενισχύει την ικανότητα κοινής αντιμετώπισης υγειονομικών απειλών.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, σημαντικός παράγοντας διακυβέρνησης σε κρίσεις υγείας είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος θεσπίζει διεθνείς κανόνες και πρωτόκολλα όπως οι *Διεθνείς Υγειονομικοί Κανονισμοί* (International Health Regulations, IHR). Οι IHR παρέχουν ένα κοινό νομικό πλαίσιο για την έγκαιρη αναφορά και ανταπόκριση σε απειλές δημόσιας υγείας που υπερβαίνουν τα εθνικά σύνορα, ενισχύοντας τη διακρατική συνεργασία και την ανταλλαγή πληροφοριών (WHO, 2024). Οι κατευθυντήριες γραμμές και τα εργαλεία του ΠΟΥ λειτουργούν ως βασικό σημείο αναφοράς για τις εθνικές πολιτικές και για την ευρωπαϊκή συνεργασία σε θέματα επιδημιολογικής επιτήρησης και ετοιμότητας.

Η εμπειρία της πανδημίας COVID-19 ανέδειξε, ωστόσο, προκλήσεις στον πλήρη συντονισμό μεταξύ των κρατών-μελών και των ευρωπαϊκών οργανισμών. Αναλύσεις και εκθέσεις δείχνουν ότι ο συντονισμός σε επίπεδο ΕΕ δεν ήταν πάντα ομοιογενής και ότι υπήρχαν

αποκλίσεις στην πρόσβαση σε πόρους, δεδομένα και μέσα αντιμετώπισης, θέτοντας ζήτημα περαιτέρω ενίσχυσης των ευρωπαϊκών μηχανισμών (European Council, 2025). Αυτές οι προκλήσεις έχουν οδηγήσει σε νέες συζητήσεις για την εμβάθυνση της συνεργασίας και την ενίσχυση των κοινών πρακτικών πρόληψης και ανταπόκρισης.

Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω του προγράμματος EU4Health (2021–2027) παρέχει χρηματοδοτική υποστήριξη για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και την αύξηση της ανθεκτικότητάς τους, συμπεριλαμβάνοντας έργα που αφορούν την πρόληψη κρίσεων, τη διαχείριση αντίμετρων και την προσαρμογή των υποδομών σε επείγουσες ανάγκες (European Commission, 2025a). Αυτή η χρηματοδότηση αποσκοπεί στη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των κρατών-μελών και στη βελτίωση της συνολικής ανταπόκρισης σε κρίσεις, ενισχύοντας τόσο την εθνική δύναμη όσο και τη συλλογική ικανότητα διαχείρισης.

Παράλληλα, η συνεργασία μεταξύ εθνικών κρατών, ΕΕ και ΠΟΥ επεκτείνεται και σε θέματα πρόληψης και διαχείρισης μελλοντικών απειλών πέραν των σημερινών κρίσεων, όπως η μικροβιακή αντοχή, η υπολειτουργία συστημάτων υγείας και οι επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής στην υγεία (European Commission, 2020b). Αυτά τα φαινόμενα απαιτούν ολοκληρωμένες στρατηγικές που συνδυάζουν πολιτικές υγείας, περιβαλλοντική πολιτική και κοινωνική προστασία, αναδεικνύοντας τη σημασία της πολυτομεακής συνεργασίας σε επίπεδο ΕΕ και διεθνώς.

Συνολικά, ο ρόλος των κρατών-μελών και των υπερεθνικών οργανισμών στη διαχείριση κρίσεων υγείας αποδεικνύει ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση των σύγχρονων απειλών προϋποθέτει την ένωση εθνικών δυνατοτήτων με διεθνείς και ευρωπαϊκούς μηχανισμούς. Η προώθηση μιας συνεκτικής συλλογικής προσέγγισης συμβάλλει όχι μόνο στην άμεση αντιμετώπιση κρίσεων, αλλά και στην ενίσχυση της συνολικής ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας, παρέχοντας ένα πλαίσιο για συνεχή βελτίωση και προσαρμογή σε μελλοντικές προκλήσεις.

4.3. Η Ευρωπαϊκή Ένωση και οι πολιτικές υγείας σε συνθήκες κρίσης

4.3.1. Πολιτικές Υγείας της ΕΕ σε Υγειονομικές / Επιδημιολογικές Κρίσεις

Οι υγειονομικές και επιδημιολογικές κρίσεις αποτελούν μια από τις πλέον καθοριστικές δοκιμασίες για τα εθνικά συστήματα υγείας και τις πολιτικές υγείας σε διεθνές επίπεδο. Ιδίως μετά την πανδημία του COVID-19, έχει αναδειχθεί το γεγονός ότι, τα παραδοσιακά σύνορα και οι ανεξάρτητες εθνικές πολιτικές δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση κρίσεων που διασχίζουν τα σύνορα και επηρεάζουν πολλαπλές χώρες ταυτόχρονα. Στο πλαίσιο της

Ευρωπαϊκής Ένωσης, αυτό οδήγησε στη σταδιακή οργάνωση και εμβάθυνση ενός πλέγματος πολιτικών, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση της ετοιμότητας, του συντονισμού και της συλλογικής αντίδρασης των κρατών-μελών.

Η αντιπροσωπευτικότερη υγειονομική κρίση της εποχής μας, η πανδημία του COVID-19, ανέδειξε τόσο τις δυνατότητες όσο και τα όρια του ευρωπαϊκού θεσμικού πλαισίου. Μια μελέτη που εκπόνησε η Ειδική Επιτροπή του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για την πανδημία υπογραμμίζει πέντε βασικούς άξονες της ανταπόκρισης της ΕΕ: τη στρατηγική για εμβολιασμό και την υποστήριξη των εθνικών στρατηγικών, τη χρήση επιστημονικών δεδομένων για πολιτικές αποφάσεις, τον συντονισμό των μέτρων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, την πρόληψη και ετοιμότητα για μελλοντικές απειλές και την κριτική αξιολόγηση των αρμοδιοτήτων της Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (EPTT, 2023).

Σε επίπεδο θεσμικού πλαισίου, η ΕΕ έχει ενσωματώσει τη διαχείριση υγειονομικών κρίσεων στο ευρύτερο πλαίσιο Ευρωπαϊκής Ένωσης Υγείας (European Health Union), η οποία στοχεύει στην ενοποίηση των προσπάθειών για πρόληψη, ετοιμότητα και αντίδραση απέναντι σε σοβαρές διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας. Με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2022/2371 και τις επακόλουθες τροποποιήσεις, οι θεσμικοί μηχανισμοί έχουν ενισχυθεί έτσι ώστε να περιλαμβάνουν προληπτικό σχεδιασμό, συστήματα επιτήρησης και μεθόδους για από κοινού προμήθεια αντίμετρων, γεγονός που αυξάνει τη δυνατότητα κοινής δράσης σε περίπτωση κρίσεων που επηρεάζουν πολλά κράτη-μέλη ταυτόχρονα.

4.3.1.1. Προετοιμασία και Παρακολούθηση Κρίσεων

Η βασική δομή που έχει θεσμοθετήσει η ΕΕ για την αντιμετώπιση επιδημιολογικών κρίσεων δίνει έμφαση στην πρόληψη, την παρακολούθηση και την έγκαιρη ειδοποίηση των πληθυσμών. Μέσω αυτών των μηχανισμών, τα κράτη-μέλη υποχρεούνται να συμμετέχουν σε κοινά συστήματα επιτήρησης, να μοιράζονται δεδομένα και να ενημερώνουν τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC) για πιθανά κρούσματα ή ανιχνευμένες απειλές. Αυτή η συλλογική προσέγγιση επιτρέπει πρόωπη ανίχνευση και συντονισμένη αντίδραση, κάνοντας χρήση δεδομένων από όλα τα κράτη-μέλη, έτσι ώστε να υπάρχει άμεση απόκριση στις κρίσεις και στη διαχείρισή τους.

Στην πράξη, η επιδημιολογική παρακολούθηση περιλαμβάνει πρότυπα αναφοράς και εκτίμησης κινδύνου που δεσμεύουν τις δημόσιες αρχές. Η εναρμόνιση των δεδομένων συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη αξιολόγηση των κινδύνων και στην ενεργοποίηση των

κατάλληλων μέτρων, όπως επιδημιολογική έρευνα, περιοριστικά μέτρα ή μαζικές εκστρατείες εμβολιασμού, όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Παράλληλα, η αντιμετώπιση κρίσεων σε περιόδους υψηλής μεταδοτικότητας επιδημιών, απαιτεί όχι μόνο τεχνικό εξοπλισμό αλλά και δεδομένα υψηλής ποιότητας, σχεδιασμό και ανάλυση κινδύνων. Επιστημονικές εργασίες υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολοκληρωμένες μεθόδους παρακολούθησης και διαχείρισης κρίσεων, συμπεριλαμβανομένων εργαλείων μοντελοποίησης και διεθνούς δεδομενογραφίας, ώστε η λήψη αποφάσεων να στηρίζεται σε συστηματική γνώση και όχι μόνο σε εμπειρική εκτίμηση (Chinyeaka *et al.*, 2025¹ Kamarul Aryffin *et al.*, 2025).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ένα από τα νεότερα όργανα που αναπτύχθηκε είναι η Ευρωπαϊκή Αρχή Ετοιμότητας και Αντιμετώπισης Καταστάσεων Έκτακτης Υγειονομικής Ανάγκης (Health Emergency Preparedness and Response Authority, HERA), η οποία ιδρύθηκε το 2021 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με στόχο να διευκολύνει τον εντοπισμό πιθανών μελλοντικών υγειονομικών απειλών και να διασφαλίσει τη διαθεσιμότητα κρίσιμων πόρων, όπως εμβολίων, διαγνωστικών μέσων και φαρμάκων, κατά τη διάρκεια κρίσεων (European Commission, 2025b).

4.3.1.2. Συντονισμός και Προμήθεια Αντίμετρων

Ένα από τα πιο εμφανή προβλήματα στη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 ήταν η αρχική έλλειψη επαρκών ιατρικών αντίμετρων και η άνιση διανομή τους ανάμεσα στα κράτη-μέλη. Ως απάντηση σε αυτό το πρόβλημα, η ΕΕ ξεκίνησε την ενίσχυση μέτρων για κοινή προμήθεια, διαχείριση αποθεμάτων και δίκτυα παραγωγής (European Commission, 2025c). Η στρατηγική της ΕΕ για τη δημιουργία αποθεμάτων έχει ως στόχο να εξασφαλίσει βασικά αγαθά, όπως τρόφιμα, νερό, πετρέλαιο, καύσιμα και φάρμακα, σε περίπτωση κρίσης. Πρόκειται για την πρώτη ολοκληρωμένη προσέγγιση της ΕΕ όσον αφορά τη δημιουργία αποθεμάτων. Όσον αφορά τις υγειονομικές κρίσεις, η δημιουργία στρατηγικών αποθεμάτων και κοινών μηχανισμών προμήθειας επιτρέπει στις χώρες να μοιράζονται ιατρικό εξοπλισμό και φάρμακα, αποφεύγοντας ανταγωνισμό μεταξύ τους κατά τη διάρκεια τέτοιων κρίσεων.

Ο συντονισμός αυτός είναι επίσης ορατός στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί η ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τα αντίμετρα. Μέσω κοινών συμβάσεων και διαπραγματεύσεων, η ΕΕ καταφέρνει να εξασφαλίσει στα κράτη-μέλη πιο ευνοϊκούς όρους στην προμήθεια φαρμάκων και εμβολίων, ιδίως σε περιπτώσεις όπου οι διεθνείς αγορές είναι πιεστικές ή ασταθείς.

4.3.1.3. Μαθήματα από την COVID-19 και Προσανατολισμός στο Μέλλον

Η κρίση COVID-19 αποτέλεσε μια «δοκιμαστική περίοδο» για τον ευρωπαϊκό μηχανισμό αντιμετώπισης υγειονομικών κρίσεων. Αναλύσεις δείχνουν ότι η ΕΕ έχει επιτύχει σημαντικά βήματα σε επίπεδο συντονισμού, όπως η ταχεία ανάπτυξη κοινών στρατηγικών εμβολιασμού και η χρήση ψηφιακών εργαλείων για την επιτήρηση και την επικοινωνία, ιδίως μέσω του EU Digital COVID Certificate (CEU, 2023). Παράλληλα, η κρίση ανέδειξε την ανάγκη για περαιτέρω ενισχυμένη διακυβέρνηση και προσαρμογή του νομικού πλαισίου, έτσι ώστε να υποστηρίξει καλύτερα την αντιμετώπιση μελλοντικών απειλών.

Επιπλέον, η εμπειρία αυτή οδήγησε στην ανάγκη για διεθνή συνεργασία των χωρών πέρα από το πλαίσιο της ΕΕ, μέσω ΠΟΥ και Διεθνών Υγειονομικών Κανονισμών (IHR), οι οποίοι καθορίζουν τις υποχρεώσεις των κρατών και τον τρόπο κοινής αντιμετώπισης επιδημιολογικών απειλών σε παγκόσμιο επίπεδο.

4.3.2. Οι οικονομικές κρίσεις και η επίδρασή τους στις Πολιτικές Υγείας

Οι οικονομικές κρίσεις, αν και σε μεγάλο βαθμό έχουν χρηματοπιστωτικά και δημοσιονομικά αίτια, προκαλούν βαθιές και διαρκείς συνέπειες στη δημόσια υγεία και, επομένως, στις πολιτικές υγείας. Η σύνδεση μεταξύ οικονομικών κρίσεων και υγειονομικών συστημάτων δεν είναι μονοδιάστατη. Χαρακτηρίζεται από αλληλεπιδράσεις, οι οποίες επηρεάζουν τόσο τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών όσο και τη συνολική πρόσβαση σε αυτές, την ποιότητα φροντίδας και τελικά την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας.

Η κρίση χρέους στην Ευρωζώνη που ξεκίνησε το 2008 αποτελεί μία από τις πιο μελετημένες περιπτώσεις, καθώς επηρέασε σημαντικά τις δημόσιες δαπάνες υγείας σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Ιταλία. Σύμφωνα με εκθέσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD), η μείωση των δημόσιων δαπανών και οι αυστηρές δημοσιονομικές προσαρμογές είχαν ως αποτέλεσμα συρρίκνωση των πόρων που διατέθηκαν για υπηρεσίες υγείας, περιορισμό των αποθεμάτων ασφαλείας και επιβάρυνση του προσωπικού υγείας, οδηγώντας σε πτωτική τάση στην πρόσβαση και στην ποιότητα υπηρεσιών (OECD, 2014).

Μεταξύ 2009 και 2012, οι δαπάνες για την υγεία σε πραγματικούς όρους (προσαρμοσμένες στον πληθωρισμό) μειώθηκαν στο ήμισυ των χωρών της ΕΕ και επιβραδύνθηκαν σημαντικά στις υπόλοιπες. Κατά μέσο όρο, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 0,6 % ετησίως, σε

σύγκριση με ετήσια αύξηση 4,7 % μεταξύ 2000 και 2009. Αυτό οφειλόταν σε περικοπές στο προσωπικό και στους μισθούς του τομέα της υγείας, μειώσεις στις αμοιβές που καταβάλλονταν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, χαμηλότερες τιμές φαρμάκων και αύξηση των συνεισφορών των ασθενών (OECD, 2014).

Όμως, οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία δεν περιορίζονται στο επίπεδο της χρηματοδότησης. Η μείωση της απασχόλησης, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, με άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού. Μελέτες δείχνουν ότι αυτές οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές συνδέονται με αυξημένα ποσοστά χρόνιων νοσημάτων, ψυχικής δυσφορίας και θνησιμότητας, ιδίως μεταξύ των ευάλωτων ομάδων (Stuckler *et al.*, 2009).

Το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και Ευεξία, το οποίο ξεκίνησε το 2008, αναγνώρισε την πρόληψη της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας ως έναν από τους πέντε τομείς προτεραιότητας. Ζήτησε τη λήψη μέτρων μέσω της βελτίωσης της κατάρτισης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, του περιορισμού της πρόσβασης σε πιθανά μέσα αυτοκτονίας, της ευαισθητοποίησης σχετικά με την ψυχική υγεία, της μείωσης των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας, όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η κατάχρηση ναρκωτικών και ο κοινωνικός αποκλεισμός, καθώς και της παροχής μηχανισμών υποστήριξης μετά από απόπειρες αυτοκτονίας και για όσους έχουν χάσει αγαπημένα πρόσωπα λόγω αυτοκτονίας, όπως γραμμές τηλεφωνικής υποστήριξης (European Commission, 2009). Αυτές οι διαπιστώσεις αναδεικνύουν ότι οι οικονομικές κρίσεις δεν είναι απλά δημοσιονομικά φαινόμενα· είναι βαθιά δημόσια ζητήματα υγείας.

Σε θεσμικό επίπεδο, η Ευρωπαϊκή Ένωση αντιλαμβάνεται πλέον ότι οι χρηματοοικονομικές κρίσεις συνδέονται στενά με την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας και την κοινωνική συνοχή. Η στρατηγική European Pillar of Social Rights προβλέπει την προστασία των πολιτών από τις επιπτώσεις οικονομικών κρίσεων μέσω ενισχυμένων δικαιωμάτων πρόσβασης στην υγεία και στην κοινωνική ασφάλιση, ιδιαίτερα κατά τις περιόδους οικονομικής συρρίκνωσης (European Commission, 2017).

Οι πολιτικές υγείας που σχεδιάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης καλούνται να εξισορροπήσουν ανάμεσα σε δύο φαινομενικά αντικρουόμενους στόχους:

- Τη διατήρηση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας, και
- Τη διασφάλιση πρόσβασης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας για όλους.

Για τον σκοπό αυτό, η ΕΕ έχει ενσωματώσει μηχανισμούς όπως η Ευρωπαϊκή Εξάμηνη Επανεξέταση (European Semester), με στόχο να αξιολογεί και να συντονίζει τις οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές των κρατών-μελών ώστε να ελαχιστοποιούνται οι αρνητικές επιπτώσεις κρίσεων σε κοινωνικό και υγειονομικό επίπεδο (European Commission, 2024). Μέσω αυτής της εξέτασης, οι πολιτικές υγείας υπόκεινται σε αξιολόγηση σε σχέση με τη δημοσιονομική πορεία κάθε κράτους και τις υποχρεώσεις του έναντι των κοινοτικών κανόνων.

Παράλληλα, ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) σε οικονομικές κρίσεις, συνίσταται στην παροχή τεκμηριωμένων οδηγιών για την προστασία των βασικών υπηρεσιών υγείας και τη διατήρηση της πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων, ανεξάρτητα από τις δημοσιονομικές πιέσεις. Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι οι οικονομικές αναταράξεις πρέπει να αντιμετωπίζονται μέσα από ευρύ φάσμα στρατηγικών, όπως η διατήρηση των βασικών παροχών, ενισχυμένη χρηματοδότηση για προληπτικές υπηρεσίες και διασφάλιση της πρόσβασης των πιο εκτεθειμένων πληθυσμών (Thomson *et al.*, 2015· WHO, 2015).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, το πρόγραμμα EU4Health 2021–2027 προωθεί χρηματοδοτικά μέτρα που ενισχύουν την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας απέναντι σε εξωτερικές πιέσεις, περιλαμβάνοντας πόρους για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων οικονομικών κρίσεων. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην ιδέα ότι οι επενδύσεις στην υγεία, ειδικά σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και πρόληψη, λειτουργούν ως “πυλώνας” ανθεκτικότητας, μειώνοντας το κόστος της υγειονομικής φροντίδας μακροπρόθεσμα και συμβάλλοντας στη σταθερότητα των κοινωνικών δομών (CEU, 2020).

Ένα από τα κρίσιμα πεδία πολιτικής είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια και μετά από οικονομικές κρίσεις. Η αύξηση της ανεργίας και της οικονομικής ανασφάλειας συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και αυτοκτονιών, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για ολοκληρωμένες πολιτικές υγείας που δεν αφορούν μόνον φυσική υγεία αλλά και ψυχική και κοινωνική ευημερία (Patel *et al.*, 2018).

Πέρα από την άμεση στήριξη των υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση των οικονομικών κρίσεων απαιτεί πολιτικές που ενσωματώνουν ευρύτερες κοινωνικές παρεμβάσεις, όπως προγράμματα κοινωνικής προστασίας, ενίσχυση της ασφάλισης υγείας, και στρατηγικές μείωσης των ανισοτήτων. Μια τέτοια διαχείριση υλοποιείται σε εθνικό επίπεδο μέσω της αναθεώρησης συστημάτων χρηματοδότησης υγείας, καθώς και μέσω συνεργασιών με υπερεθνικούς φορείς που παρέχουν τεχνογνωσία και πόρους για την υποστήριξη των πιο εκτεθειμένων κοινωνικών στρωμάτων.

Οι πολιτικές αυτές δεν είναι στατικές αλλά εξελίσσονται παράλληλα με τις οικονομικές συνθήκες. Καθώς η ΕΕ και τα κράτη-μέλη έχουν εμπειρία από πολλαπλές οικονομικές αναταράξεις, υπάρχει σαφής τάση για μετατόπιση από βραχυπρόθεσμες περικοπές σε πιο βιώσιμες πολιτικές, οι οποίες θα διασφαλίζουν την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ακόμη και κάτω από πίεση. Η υλοποίηση τέτοιων στόχων περιλαμβάνει επενδύσεις στην ψηφιακή υγεία, στην πρόληψη και στην ενσωμάτωση κοινωνικών υπηρεσιών στις πολιτικές υγείας, με στόχο τη συνολική ενίσχυση της ανθεκτικότητας του συστήματος.

Συνοψίζοντας, η αντιμετώπιση οικονομικών κρίσεων μέσα από το πρίσμα της δημόσιας υγείας απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία συνδυάζει δημοσιονομική διαχείριση, κοινωνική πολιτική και επενδύσεις στην υγεία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του νομικού πλαισίου, των χρηματοδοτικών εργαλείων και της στρατηγικής συνεργασίας με διεθνείς οργανισμούς όπως ο ΠΟΥ, εργάζεται για την ενίσχυση της ικανότητας των κρατών-μελών να ανταπεξέρχονται στις προκλήσεις αυτές με μεθόδους που προστατεύουν τόσο τη φυσική όσο και την κοινωνική υγεία του πληθυσμού.

4.3.3. Κοινωνικές / Προσφυγικές κρίσεις με υγειονομικές συνέπειες

Οι κοινωνικές και προσφυγικές κρίσεις, όπως οι μεγάλες μεταναστευτικές ροές εξαιτίας πολέμων, περιβαλλοντικών καταστροφών ή πολιτικών αναταραχών, έχουν συχνά βαθύτατες επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και τη δημόσια υγεία συνολικά. Σε αντίθεση με τις επιδημικές κρίσεις, οι οποίες έχουν κυρίως άμεσο ιατρικό χαρακτήρα, οι προσφυγικές και κοινωνικές κρίσεις προκαλούν σημαντικές αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών, επηρεάζοντας την πρόσβαση, την ποιότητα και την ισότητα των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα για τους ευάλωτους πληθυσμούς.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί χώρο συνύπαρξης πολλών χωρών με διαφορετικά κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, και ως τέτοια συχνά γίνεται αποδέκτης μεταναστευτικών και προσφυγικών ρευμάτων. Η προσφυγική κρίση που κορυφώθηκε το 2015 αποτέλεσε μια από τις πιο έντονες δοκιμασίες για τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, καθώς οι υγειονομικές ανάγκες των μετακινούμενων πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού, της αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων και της ψυχικής υγείας, προστέθηκαν στις ήδη υπαρκτές ανάγκες των εθνικών πληθυσμών (WHO, 2018· WHO, 2023a). Ταυτόχρονα, η κοινωνική συνοχή δοκιμάστηκε, δεδομένου ότι τα εθνικά συστήματα υγείας ώθησαν τους φόρους χρήσης, τα ποσοστά κάλυψης και τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών σε νέα όρια.

Σε πολιτικό επίπεδο, η ΕΕ έχει αναγνωρίσει την ανάγκη να ενσωματωθούν οι κοινωνικές / προσφυγικές κρίσεις στο πεδίο των πολιτικών υγείας. Το Σχέδιο Δράσης για την Υγεία Προσφύγων και Μεταναστών στην Παγκόσμια Περιοχή του ΠΟΥ/Ευρώπης τονίζει ότι οι μεταναστευτικές ροές επηρεάζουν την κάλυψη υπηρεσιών υγείας, απαιτώντας προσαρμογές σε επίπεδο σχεδιασμού, χρηματοδότησης και υλοποίησης στρατηγικών υγείας (WHO, 2018· WHO, 2023a). Ο ΠΟΥ προτείνει οι στρατηγικές αυτές να είναι στοχευμένες, ευέλικτες και να έχουν ως πυρήνα την πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική φροντίδα για όλους, ανεξάρτητα από το νομικό ή κοινωνικό καθεστώς των ατόμων.

Ένα από τα βασικά ζητήματα που ανακύπτουν σε τέτοιες κρίσεις, αφορά τη διάγνωση και αντιμετώπιση μεταδοτικών νοσημάτων σε μεγάλους και πυκνοκατοικημένους χώρους φιλοξενίας. Η συνύπαρξη ευάλωτων ομάδων με περιορισμένη πρόσβαση σε οργανωμένες υπηρεσίες υγείας αυξάνει τον κίνδυνο εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων. Οι υπερεθνικοί οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ και το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων υποστηρίζουν τα κράτη-μέλη στην αναγνώριση, την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση τέτοιων κινδύνων μέσω κοινών πρωτοκόλλων επιτήρησης και ανταλλαγής δεδομένων (ECDPC, 2018).

Επιπλέον, οι κοινωνικές/προσφυγικές κρίσεις αναδεικνύουν το ζήτημα της ψυχικής υγείας ως κρίσιμης συνιστώσας των πολιτικών υγείας. Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί συχνά υφίστανται τραύματα από εμπειρίες βίας, απώλειας και μετατόπισης, ενώ παράλληλα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού, ανεργίας και περιθωριοποίησης. Μελέτες δείχνουν ότι οι μακροχρόνιες επιπτώσεις τέτοιων εμπειριών απαιτούν πολιτικές που υπερβαίνουν την κλασική ιατρική προσέγγιση. Η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στο γενικότερο πλαίσιο δημόσιας υγείας, κρίνεται αναγκαία για την πλήρη αντιμετώπιση των επιπτώσεων κοινωνικών κρίσεων (Silove *et al.*, 2017).

Η οικονομική διάσταση των κοινωνικών/προσφυγικών κρίσεων έχει επίσης ουσιαστικό ρόλο στις πολιτικές υγείας. Η αύξηση του αριθμού των ατόμων που χρειάζονται πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας, ιδιαίτερα σε χώρες με ήδη περιορισμένους πόρους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάγκη για αναδιάρθρωση των προϋπολογισμών, την αξιολόγηση της αποδοτικότητας υπηρεσιών, αλλά και την ανάγκη για υποστήριξη από υπερεθνικούς φορείς σε επίπεδο χρηματοδότησης ή τεχνικής υποστήριξης.

Επιπλέον, η καταγραφή και η αναφορά στατιστικών στοιχείων σε περιόδους κοινωνικών κρίσεων παρουσιάζει πρόσθετες δύσκολες προκλήσεις: η μετακίνηση πληθυσμών καθιστά

δυσκολότερη την ακριβή εκτίμηση της επιδημιολογικής κατάστασης, ανέφικτη την παρακολούθηση μακροχρόνιων τάσεων και αυξάνει την πιθανότητα υποκαταγραφής σημαντικών δεικτών υγείας. Σε μια τέτοια δυναμική, η ανάγκη για σταθερά, τεκμηριωμένα δεδομένα που μπορούν να συγκριθούν μεταξύ χωρών είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση πολιτικών υγείας (Kluge *et al.*, 2020).

Ένα πρόσθετο στοιχείο που πρέπει να αναγνωριστεί, είναι ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) και των διεθνών ανθρωπιστικών ομάδων στην υποστήριξη των κρατικών και υπερεθνικών προσπαθειών κατά τη διάρκεια κοινωνικών κρίσεων. Οι οργανώσεις αυτές συχνά λειτουργούν στα πεδία κοντά στους πληθυσμούς που πλήττονται ή στα σημεία άφιξης, παρέχοντας άμεση ιατρική φροντίδα, ψυχολογική υποστήριξη και συνδέοντας την τοπική δράση με διεθνή πόρους και στρατηγικές. Η συνεργασία μεταξύ κρατών, υπερεθνικών οργανισμών και ΜΚΟ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αποτελεσματικής αντιμετώπισης κοινωνικών κρίσεων με υγειονομικές επιπτώσεις.

Η εμπειρία των κοινωνικών/προσφυγικών κρίσεων, επισημαίνει τη σημασία της ενσωμάτωσης της δημόσιας υγείας σε ευρύτερες πολιτικές κοινωνικής συνοχής και προστασίας. Η αντιμετώπιση των επιπτώσεων κοινωνικών κρίσεων έχει επιπτώσεις όχι μόνο στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στην κοινωνική συνοχή, την ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες και την ευημερία των κοινοτήτων. Αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για πολιτικές που ενσωματώνουν πολλαπλές πτυχές της δημόσιας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, της εργασίας, της στέγασης και της κοινωνικής ασφάλισης, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνολική ευημερία των πληθυσμών που πλήττονται από κοινωνικές κρίσεις.

Η ενσωμάτωση της δημόσιας υγείας σε ευρύτερες κοινωνικές πολιτικές καθίσταται ακόμη πιο κρίσιμη όταν οι κοινωνικές κρίσεις αποκτούν διαγενεακές και πολυπαραγοντικές επιπτώσεις. Τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι και οι ευάλωτες κοινότητες, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών χωρίς σταθερό καθεστώς διαμονής, αντιμετωπίζουν πολλαπλά εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής υποστήριξης και εκπαιδευτικών δομών. Αυτό όχι μόνο επιδεινώνει τις υγειονομικές ανισότητες, αλλά και δημιουργεί μακροχρόνιες συνέπειες για την κοινωνική συνοχή και την οικονομική ανάπτυξη (European Commission, 2020a).

Για παράδειγμα, εκθέσεις του ΠΟΥ δείχνουν ότι οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο έχουν υψηλότερα ποσοστά ορισμένων χρόνιων νοσημάτων και αυξημένες ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες συχνά παραμελούνται σε περιόδους κρίσης λόγω έλλειψης πόρων ή αποκλεισμού από το σύστημα υγείας (WHO, 2018). Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για

πολιτικές που να ενσωματώνουν δομές πρωτοβάθμιας μέριμνας, μεταφραστικές υπηρεσίες, και ευαισθητοποίηση του υγειονομικού προσωπικού για τις ειδικές ανάγκες των κοινωνικά επιβαρυνμένων πληθυσμών.

Επιπλέον, η εμπειρία των κοινωνικών και προσφυγικών κρίσεων δείχνει ότι η πρόληψη και προετοιμασία είναι εξίσου σημαντικές με την άμεση ανταπόκριση. Η δημιουργία μηχανισμών πρόληψης, όπως για παράδειγμα η εκπαίδευση κοινοτήτων στην υγιεινή, η ενίσχυση των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και η ενσωμάτωση των κοινωνικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εκτεταμένων επιπτώσεων όταν μια κοινωνική κρίση τελικά εκδηλώνεται (Kluge *et al.*, 2020). Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να περιλαμβάνουν πανδημική ετοιμότητα, εκστρατείες πρόληψης νοσημάτων, και στρατηγικές προσέγγισης ευάλωτων κοινοτήτων.

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι πολιτικές που επηρεάζουν την αντιμετώπιση κοινωνικών κρίσεων με υγειονομικές συνέπειες, συχνά συνδέονται με ευρύτερα εργαλεία κοινωνικής πολιτικής, όπως τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ESIF), που μπορούν να χρηματοδοτήσουν έργα ενίσχυσης της κοινωνικής ενσωμάτωσης και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για ευάλωτες ομάδες. Η στοχευμένη χρηματοδότηση μπορεί έτσι να υποστηρίξει κοινότητες που πλήττονται από ακραίες κοινωνικές συνθήκες, μειώνοντας τις ανισότητες και ενισχύοντας τη συνολική ανθεκτικότητα του συστήματος (European Commission, 2025d).

Επιπροσθέτως, η υλοποίηση τέτοιων πολιτικών, προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων συστημάτων συλλογής δεδομένων και παρακολούθησης. Η έλλειψη πλήρων στοιχείων για μετακινούμενους πληθυσμούς και κοινωνικά ευάλωτες ομάδες αποτελεί μεγάλο εμπόδιο για την αξιολόγηση των αναγκών και τον αποτελεσματικό σχεδιασμό παρεμβάσεων. Σε αυτό το πεδίο, τόσο ο ΠΟΥ όσο και η ΕΕ υποστηρίζουν προγράμματα και έργα που εστιάζουν στη βελτίωση των μηχανισμών παρακολούθησης και στη δημιουργία βάσεων δεδομένων που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την έκδοση πολιτικών και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (WHO, 2023a,b).

Συνοψίζοντας, οι κοινωνικές και προσφυγικές κρίσεις με υγειονομικές συνέπειες απαιτούν πολυεπίπεδη, πολυσύνθετη και διεθνώς συντονισμένη προσέγγιση πολιτικών υγείας. Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των κρίσεων περνά μέσα από την ενσωμάτωση υγειονομικών και κοινωνικών παρεμβάσεων, τη χρήση αξιόπιστων δεδομένων, την ενεργή συνεργασία μεταξύ κρατών-μελών και υπερεθνικών φορέων, καθώς και τη στοχευμένη χρηματοδότηση προς τις πιο ευάλωτες κοινότητες. Οι πολιτικές αυτές όχι μόνο αντιμετωπίζουν

τα άμεσα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια κοινωνικών κρίσεων, αλλά συμβάλλουν και στη δημιουργία ενός πιο ανθεκτικού, δίκαιου και βιώσιμου υγειονομικού περιβάλλοντος για όλες τις κοινωνικές ομάδες.

4.4. Ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη στήριξη κρατών-μελών σε κρίσεις υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αποτελεί τον κυριότερο διεθνή οργανισμό για τη δημόσια υγεία και παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη, ετοιμότητα, ανταπόκριση και ανθεκτικότητα έναντι κρίσεων που επηρεάζουν τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε μια εποχή που οι υγειονομικές απειλές διασχίζουν σύνορα λόγω ταχύτατων μετακινήσεων, οικονομικών σχέσεων και περιβαλλοντικών αλλαγών, η διεθνής συνεργασία, την οποία δημιουργεί και υποστηρίζει ο ΠΟΥ, αποτελεί πυλώνα για τον συντονισμό και την αποτελεσματική αντιμετώπιση κρίσεων όπως επιδημίες, πανδημίες και άλλες σχετικές απειλές.

Στην καρδιά του ρόλου του ΠΟΥ βρίσκεται το Διεθνές Υγειονομικό Κανονιστικό Πλαίσιο (IHR), το οποίο αποτελεί δεσμευτικό νομικό μέσο για όλα τα κράτη-μέλη, με στόχο την πρόληψη της διεθνούς διάδοσης νοσημάτων και την ενίσχυση των ικανοτήτων των συστημάτων υγείας (WHO, 2024). Οι κανονισμοί του IHR είναι σχεδιασμένοι ώστε να καθοδηγούν τα κράτη και τον ίδιο τον ΠΟΥ στην ανίχνευση, αξιολόγηση, αναφορά και αντιμετώπιση κινδύνων, οι οποίοι δύνανται να εξελιχθούν σε κατάσταση μεγάλης υγειονομικής κρίσης. Αυτό απαιτεί πλήρη συνεργασία των κρατών-μελών στην ανταλλαγή δεδομένων, τη δημιουργία εθνικών μηχανισμών παρακολούθησης και την άμεση ειδοποίηση για ύποπτα επεισόδια, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι καθυστερήσεις στην ανταπόκριση και οι επιπτώσεις στην υγεία των πληθυσμών.

Η υποστήριξη που παρέχει ο ΠΟΥ στα κράτη-μέλη, εκτείνεται πέραν της νομικής σύμβασης του IHR. Ο ΠΟΥ λειτουργεί ως κεντρικός κόμβος τεχνικής τεχνογνωσίας και επιστημονικής καθοδήγησης, παρέχοντας κατευθύνσεις στη διαχείριση κρίσεων και αναπτύσσοντας πρότυπα και εργαλεία για τα κύρια στάδια του κύκλου αντιμετώπισης κρίσεων: πρόληψη, ετοιμότητα, αντίδραση και ανάκαμψη (WHO, 2025). Αυτή η στρατηγική περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ικανοτήτων των υγειονομικών συστημάτων, την παροχή συμβουλών για βέλτιστες πρακτικές, καθώς και την ενίσχυση των εθνικών σχεδίων αντιμετώπισης επιδημιών και άλλων επεισοδίων που θέτουν σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία.

4.4.1. Επιτήρηση επιδημιολογικών κρίσεων

Ένας από τους κρίσιμους ρόλους του ΠΟΥ είναι η επιτήρηση καταστάσεων έκτακτης, ανάγκης. Σε αυτή συμπεριλαμβάνονται και η ανίχνευση και ειδοποίηση ύποπτων επιδημιών ή περιστατικών. Μέσω των μηχανισμών του, ο Οργανισμός παρακολουθεί συνεχώς τον παγκόσμιο υγειονομικό χάρτη και λειτουργεί ως συλλέκτης και διανομέας δεδομένων, ενθαρρύνοντας τα κράτη να αναφέρουν άμεσα στοιχεία και να συνεργάζονται στη μελέτη νέων υγειονομικών απειλών. Αυτή η διαδικασία διευκολύνει τα κράτη-μέλη να λαμβάνουν έγκαιρες αποφάσεις, να εφαρμόζουν μέτρα πρόληψης και να σχεδιάζουν στοχευμένες παρεμβάσεις πριν μια κρίση λάβει διαστάσεις πανδημίας (WHO, 2022).

Με τον ίδιο τρόπο, ο ΠΟΥ στηρίζει τη δημιουργία και λειτουργία εθνικών συστημάτων επιτήρησης για ασθένειες, ενθαρρύνοντας την τυποποίηση, την αξιοπιστία και τη συγκρισιμότητα δεδομένων μεταξύ διαφορετικών χωρών. Αυτό επιτρέπει την καλύτερη αξιολόγηση κινδύνου και διευκολύνει την κοινή κατανομή πληροφοριών, ειδικά σε περιπτώσεις όπου ο χρόνος απόκρισης είναι κρίσιμος για τον περιορισμό της διασποράς μιας νόσου και τη μείωση της επιβάρυνσης των συστημάτων υγείας.

Παράλληλα, ο ΠΟΥ αξιοποιεί σύγχρονα ψηφιακά εργαλεία, δίκτυα έγκαιρης προειδοποίησης και διεθνείς συνεργασίες για τη διασύνδεση επιδημιολογικών δεδομένων με κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς δείκτες. Η ολοκληρωμένη αυτή προσέγγιση επιτρέπει όχι μόνο την ταχύτερη αναγνώριση αναδυόμενων απειλών, αλλά και την κατανόηση των παραγόντων που ευνοούν την εξάπλωσή τους. Με τον τρόπο αυτό, ενισχύεται η ετοιμότητα των κρατών, προωθείται ο προληπτικός σχεδιασμός πολιτικών δημόσιας υγείας και καλλιεργείται μια κουλτούρα διεθνούς αλληλεγγύης και συντονισμένης δράσης απέναντι σε επιδημιολογικές κρίσεις.

4.4.2. Τεχνική υποστήριξη και οικοδόμηση ικανοτήτων

Εκτός από την επιτήρηση και την ειδοποίηση, ο ΠΟΥ προσφέρει τεχνική υποστήριξη και εκπαίδευση στα κράτη-μέλη για την ενίσχυση των δομών υγείας και των συστημάτων κρίσης. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη εθνικών σχεδίων αντιμετώπισης, την εκπαίδευση του ιατρικού και επαγγελματικού προσωπικού, την παροχή οδηγιών για κλινική διαχείριση και την υποστήριξη δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας ώστε να αντέχουν σε περιόδους πίεσης. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας, καθιστώντας τα λιγότερο ευάλωτα στις διαταραχές που προκαλούνται από υγειονομικές κρίσεις (WHO, 2021' WHO, 2022' WHO, 2023b).

Στο ευρωπαϊκό επίπεδο, η δράση του ΠΟΥ συνεργάζεται στενά με τα κράτη-μέλη και με θεσμικά όργανα της ΕΕ, όπως το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), προκειμένου να διασφαλίσει ομοιόμορφες προσεγγίσεις και μεθόδους αντιμετώπισης σε διασυνοριακές απειλές. Μέσω της περιφερειακής αυτής συνεργασίας, ο ΠΟΥ επιτρέπει την ανταλλαγή εμπειριών, πρακτικών και επιστημονικών δεδομένων που εμπλουτίζουν τις πολιτικές υγείας των κρατών-μελών, ενισχύοντας τη συλλογική ετοιμότητα και ικανότητα ανταπόκρισης (ECDC, 2022).

Επιπλέον, ο ΠΟΥ λειτουργεί ως μηχανισμός συντονισμού διεθνών στρατηγικών και δράσεων και συμμετέχει ενεργά σε πρωτοβουλίες που εκτείνονται πέρα από την απλή αντιμετώπιση κρίσεων. Παραδείγματα τέτοιων πρωτοβουλιών περιλαμβάνουν την ανάπτυξη του πλαισίου Health Emergency Preparedness, Response and Resilience (HEPR), το οποίο επεκτείνει την εστίαση του οργανισμού στην πρόληψη, την προσομοίωση και την αντίδραση σε ευρεία γκάμα απειλών υγείας, από λοιμώδη νοσήματα μέχρι περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία (WHO, 2023b).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο ΠΟΥ υποστηρίζει επίσης την ενσωμάτωση της υγείας των κοινοτήτων σε σχέδια κρίσεων, ενισχύοντας την προετοιμασία σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών και συστημάτων υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση κινδύνων, την εκπαίδευση πληθυσμών και την ανάπτυξη επικοινωνιακών στρατηγικών που εξασφαλίζουν ότι οι κοινότητες αντιλαμβάνονται τις απειλές και μπορούν να λάβουν έγκαιρα μέτρα ατομικής και συλλογικής προστασίας.

4.4.3. Συντονισμός, χρηματοδότηση και μελλοντική ετοιμότητα

Η ύπαρξη διεθνών πλαισίων και συντονισμένων δράσεων μέσω του ΠΟΥ ενισχύεται από συνεχιζόμενες προσπάθειες βελτίωσης των κανονισμών και των διαδικασιών που διέπουν την αντιμετώπιση κρίσεων. Στα χρόνια μετά την πανδημία COVID-19, κράτη-μέλη συμφώνησαν σε αλλαγές και ενίσχυση των IHR μέσω προσθήκης νέων μηχανισμών, οι οποίοι αποσκοπούν στη βελτίωση του τρόπου προσδιορισμού και αντιμετώπισης απειλών μεγάλης κλίμακας (AP News, 2024).

Ταυτόχρονα, η ΕΕ και κράτη-μέλη συνεργάζονται με τον ΠΟΥ για τη χρηματοδότηση και υποστήριξη εκτεταμένων προγραμμάτων προετοιμασίας και ανταπόκρισης, ενισχύοντας έτσι τη διαθεσιμότητα αντίμετρων, πρωτοβάθμιας φροντίδας και υποδομών υγείας. Αυτά τα μέτρα συνδέονται στενά με ευρύτερους στόχους κοινωνικής προστασίας και μακροχρόνιας

ανθεκτικότητας που υπερβαίνουν την άμεση αντιμετώπιση της απειλής και εστιάζουν στη δημιουργία συστημάτων υγείας που μπορούν να ανταπεξέλθουν σε μελλοντικές κρίσεις.

Συνολικά, ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη στήριξη κρατών-μελών σε κρίσεις υγείας είναι καθοριστικός όχι μόνο για την άμεση αντιμετώπιση επεισοδίων μεγάλης υγειονομικής εμβέλειας, αλλά και για τη διαμόρφωση στρατηγικών, οι οποίες ενισχύουν τις δομές υγείας, αυξάνουν τη διεθνή συνεργασία και προωθούν την πρόληψη και ανθεκτικότητα σε μακροχρόνιο επίπεδο.

4.5. Προκλήσεις και Προοπτικές Εναρμόνισης Πολιτικών Υγείας μεταξύ Κρατών-Μελών

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αντιμετωπίζει πολύπλοκες προκλήσεις στην εναρμόνιση των πολιτικών υγείας μεταξύ των κρατών-μελών, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την αντιμετώπιση κρίσεων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. Παρά το γεγονός ότι τα κράτη-μέλη έχουν κοινές αρχές και στόχους στο επίπεδο της ευρωπαϊκής πολιτικής, υπάρχει σημαντική ποικιλία στις προσεγγίσεις, τις δομές, τους προϋπολογισμούς, το γεωγραφικό ανάγλυφο, την υποδοχή προσφύγων και τις ικανότητες των εθνικών συστημάτων υγείας. Αυτή η ανομοιογένεια δημιουργεί εμπόδια στην επίτευξη ενός συνεκτικού, αποτελεσματικού και ισόρροπου ευρωπαϊκού πλαισίου αντιμετώπισης κρίσεων.

Μία από τις βασικές προκλήσεις που εντοπίζεται στη σχετική βιβλιογραφία είναι ο αποκεντρωμένος χαρακτήρας των συστημάτων υγείας στα κράτη-μέλη, ο οποίος δυσχεραίνει τη συγχρονισμένη εφαρμογή κοινών πολιτικών σε περιόδους κρίσης. Σύμφωνα με αναλύσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα Υγείας, οι διαφορές στο καθεστώς χρηματοδότησης, τον βαθμό συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα και την οργανωτική διάρθρωση καθιστούν δύσκολη την ταχεία εναρμόνιση και την κοινή αντίδραση όταν μια κρίση ξεπερνά τα εθνικά σύνορα (EOHSP, 2005· Thomas *et al.*, 2020). Αυτές οι διαφορές αντικατοπτρίζονται και στα αποτελέσματα των συστημάτων σε περιόδους κρίσης, όπου χώρες με αποκεντρωμένα συστήματα ενδέχεται να εμφανίζουν διαφορετικούς ρυθμούς αντίδρασης και διαφορετική αποτελεσματικότητα στην εφαρμογή μέτρων συγκριτικά με χώρες με κεντρικότερο σχεδιασμό.

Πέρα από τα δομικά ζητήματα, η εναρμόνιση αντιμετωπίζει επίσης πολιτικές και κρατικές αντιστάσεις. Η υγεία παραμένει ένα θέμα υψηλής πολιτικής ευθύνης για τα κράτη-μέλη, με ισχυρές εθνικές παραδόσεις και θεσμικές ρίζες. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει αντίσταση στη μεταφορά αρμοδιοτήτων ή στην αποδοχή κοινών δεσμεύσεων, πρακτική η οποία μειώνει την εθνική ευελιξία στη λήψη αποφάσεων. Η Έκθεση του Κοινοβουλίου για τη διαχείριση COVID-

19 τόνισε τις δυσκολίες που προέκυψαν όταν οι προσπάθειες συντονισμού σε επίπεδο ΕΕ συγκρούστηκαν με εθνικές αποφάσεις που αντανάκλουν διαφορετικές προτεραιότητες και αντιλήψεις κινδύνου (EPTT, 2023).

Μία ακόμη σημαντική πρόκληση είναι η διαφορετική χωρητικότητα και ανθεκτικότητα των εθνικών συστημάτων υγείας. Τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, και στην έκταση των υποδομών φροντίδας, ανάλογα με τη γεωγραφική τους θέση στην Ένωση. Αυτές οι αποκλίσεις σημαίνουν ότι, ακόμη και εάν υιοθετηθούν κοινές πολιτικές ή κατευθύνσεις σε επίπεδο ΕΕ, η εφαρμογή και η επίδραση αυτών των πολιτικών ενδέχεται να διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, με αποτέλεσμα εξάρσεις στις ανισότητες του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (European Commission, 2013· OECD, 2017).

Μία από τις βασικές ευκαιρίες για την υπέρβαση αυτών των προκλήσεων εντοπίζεται στην τεχνολογική και ψηφιακή εναρμόνιση των συστημάτων υγείας. Η πανδημία COVID-19 επιτάχυνε τη χρήση ψηφιακών εργαλείων, όπως ηλεκτρονικά συστήματα αναφοράς κρουσμάτων, κοινές βάσεις δεδομένων και ψηφιακά πιστοποιητικά για την κινητικότητα των πολιτών. Η δημιουργία κοινών ψηφιακών υποδομών μπορεί να ενισχύσει τον συνεχή συντονισμό και την αξιοπιστία των πληροφοριών που χρησιμοποιούνται για τη λήψη αποφάσεων, ενώ παράλληλα αυξάνει την ταχύτητα ανταπόκρισης σε περιόδους κρίσης (European Commission, 2021a,b,c).

Ταυτόχρονα, η ΕΕ και οι υπερεθνικοί οργανισμοί δύνανται να ενισχύσουν την εναρμόνιση μέσω της κοινής παραγωγής γνώσης και της χρηματοδότησης επιστημονικής έρευνας. Η προώθηση συνεργατικών ερευνητικών έργων που συνδέουν πανεπιστήμια, ερευνητικά ιδρύματα και δημόσιους φορείς μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία κοινού πλαισίου κατανόησης των προκλήσεων σε κρίσεις, ενισχύοντας έτσι την ικανότητα αιτιολογημένης και τεκμηριωμένης λήψης πολιτικών αποφάσεων (European Commission, 2021c).

Μία κρίσιμη διάσταση της εναρμόνισης αφορά επίσης την ενδυνάμωση ανθρώπινου δυναμικού και τις κοινές εκπαιδευτικές και επιμορφωτικές δράσεις. Η διαφοροποίηση στις δεξιότητες και στις προσεγγίσεις διαχείρισης κρίσεων μεταξύ των κρατών-μελών υποδηλώνει την ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ανταλλαγή γνώσεων και κοινές πιστοποιήσεις που εξασφαλίζουν υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού σε όλη την Ένωση. Τέτοιες πρωτοβουλίες μπορούν να διευκολύνουν την υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών και να ελαχιστοποιήσουν τη ροπή σε αποσπασματικές εφαρμογές πολιτικών που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη συνοχή του ευρωπαϊκού πλαισίου υγείας.

Επιπλέον, η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας εντός της Ένωσης αποτελεί κεντρικό στοιχείο προοπτικών εναρμόνισης. Οι ανισότητες αυτές μπορεί να έχουν γεωγραφικά, οικονομικά ή κοινωνικά αίτια και συχνά επιτείνονται σε περιόδους κρίσης, όπου η πίεση στα συστήματα αυξάνεται και οι διαφορές στη χρηματοδότηση και στην υποδομή γίνονται εντονότερες. Κρίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη πολιτικών, οι οποίες θα στοχεύουν περαιτέρω στη μείωση των ανισοτήτων αυτών, μέσω ισχυρότερων μηχανισμών αναδιανομής πόρων, κοινών υπηρεσιών και εναρμονισμένων πρωτοκόλλων. Μια τέτοια πολιτική θα έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει την κοινωνική συνοχή και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής απόκρισης συνολικά.

Μια άλλη προοπτική βρίσκεται στον ευρύτερο ρόλο της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πυλώνας Δικαιωμάτων (European Pillar of Social Rights), η οποία προωθεί την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής προστασίας ως θεμελιώδη δικαιώματα. Η ενσωμάτωση τέτοιων αρχών στην πολιτική υγείας υποστηρίζει την ιδέα ότι η εναρμόνιση δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο σε τεχνικούς και διοικητικούς δείκτες, αλλά να αγγίζει και τα κοινωνικά θεμελιώδη δικαιώματα που προάγουν την ισότητα στην πρόσβαση και στα αποτελέσματα υγείας (European Commission, 2017).

Ωστόσο, η εναρμόνιση αντιμετωπίζει και σημαντικές προκλήσεις στην πολιτισμική και γλωσσική διάσταση. Η πολυμορφία των γλωσσών, των κοινωνικών αντιλήψεων για την υγεία και των πολιτισμικών προσεγγίσεων δημιουργεί εμπόδια στην κοινή επικοινωνία, στην αξιολόγηση δεδομένων και στην εφαρμογή πολιτικών που απαιτούν υψηλό βαθμό συμμετοχής των πολιτών. Η παραγωγή πολιτικών που είναι ευαίσθητες σε αυτές τις διαφορές και παράλληλα διατηρούν μια συνεκτική ευρωπαϊκή στρατηγική αποτελεί μία από τις πιο σύνθετες προκλήσεις για την εναρμόνιση των πολιτικών υγείας.

Ένα τελευταίο κρίσιμο σημείο αφορά την διαχείριση προσδοκιών και επικοινωνιακής στρατηγικής εντός των κρατών-μελών και της Ένωσης συνολικά. Η εναρμόνιση των πολιτικών υγείας δεν αφορά μόνο τις τεχνικές λύσεις, αλλά και την ικανότητα των πολιτικών να δημιουργούν εμπιστοσύνη στους πολίτες. Η εμπιστοσύνη είναι καθοριστική ιδίως κατά περιόδους κρίσης, καθώς επηρεάζει τη συμμόρφωση στις οδηγίες, την αποδοχή εμβολίων και τη γενική ανταπόκριση σε μέτρα δημόσιας υγείας.

Συνολικά, η εναρμόνιση των πολιτικών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις που πηγάζουν από διαφοροποιήσεις στην οργάνωση, χρηματοδότηση, πολιτική κουλτούρα και κοινωνική δομή μεταξύ των κρατών-μελών. Ωστόσο, αυτές οι προκλήσεις συνοδεύονται από προοπτικές που πηγάζουν από την τεχνολογική σύγκλιση, τη

συνεργασία στην παραγωγή γνώσης, την ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας και την προώθηση κοινωνικών δικαιωμάτων ως θεμελιωδών στοιχείων μιας συνεκτικής ευρωπαϊκής στρατηγικής υγείας.

5. Συγκριτική Ανάλυση Πολιτικών Υγείας σε επιλεγμένες χώρες της ΕΕ

Το παρόν Κεφάλαιο επικεντρώνεται στη συγκριτική ανάλυση των πολιτικών υγείας που εφαρμόζουν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση κρίσεων. Στόχος είναι να αναδειχθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ των εθνικών στρατηγικών, με ιδιαίτερη έμφαση στη δομή των συστημάτων υγείας, τη διακυβέρνηση, την κοινωνική εμπιστοσύνη και την οικονομική ετοιμότητα. Μέσα από την εξέταση επιλεγμένων περιπτώσεων, η ανάλυση επιδιώκει να αποτυπώσει τα κρίσιμα στοιχεία που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα των πολιτικών και να υπογραμμίσει τις βέλτιστες πρακτικές για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας σε μελλοντικές κρίσεις. Επιπλέον, το κεφάλαιο συνδέει τη θεωρητική ανάλυση του Κεφαλαίου 3 με πρακτικές εφαρμογές, χρησιμοποιώντας συγκριτικούς πίνακες και δείκτες που επιτρέπουν τη σαφή ανάδειξη διαφορών και τάσεων μεταξύ των χωρών.

Η παρούσα συγκριτική ανάλυση βασίζεται στη μελέτη επιλεγμένων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οποία αντιπροσωπεύουν διαφορετικά μοντέλα οργάνωσης συστημάτων υγείας και διαφορετικές γεωγραφικές και οικονομικές ζώνες της Ευρώπης. Συγκεκριμένα, εξετάζονται η Ελλάδα (Νότια Ευρώπη), η Γερμανία (Κεντρική/Δυτική Ευρώπη), η Σουηδία (Βόρεια Ευρώπη), η Γαλλία (Δυτική Ευρώπη με ισχυρή κρατική παρέμβαση) και η Πολωνία (Ανατολική Ευρώπη με χαρακτηριστικά μεταβατικού συστήματος). Η επιλογή των χωρών δεν αποσκοπεί σε μια στατιστική αντιπροσώπευση του συνόλου των κρατών-μελών, αλλά σε μια αναλυτική διαφοροποίηση, ώστε να αναδειχθούν συγκλίσεις και αποκλίσεις στην αντιμετώπιση κρίσεων δημόσιας υγείας εντός του ευρωπαϊκού θεσμικού πλαισίου.

Ως ενδεικτική κρίση για τη συγκριτική προσέγγιση επιλέγεται η πανδημία COVID-19, δεδομένου ότι συνιστά κοινό, συμμετρικό σοκ για όλα τα κράτη-μέλη και ενεργοποίησε τόσο εθνικούς όσο και υπερεθνικούς μηχανισμούς διαχείρισης. Η περίοδος 2019–2021 χρησιμοποιείται ως αναλυτικό πλαίσιο, με το 2019 να λειτουργεί ως έτος αναφοράς πριν την κρίση και τα έτη 2020–2021 να αποτυπώνουν την άμεση και μεσοπρόθεσμη αντίδραση των συστημάτων υγείας. Η επιλογή αυτή επιτρέπει τη μέτρηση μεταβολών σε βασικούς δείκτες χρηματοδότησης, υποδομών και θεσμικής προσαρμογής, ενισχύοντας τη συγκριτική αξιοπιστία της ανάλυσης.

5.1. Κρίσεις και Πολιτικές Υγείας στην Ευρώπη

Οι κρίσεις στον χώρο της υγείας δεν αποτελούν πλέον εξαιρετικά γεγονότα, αλλά διαρκές χαρακτηριστικό του σύγχρονου ευρωπαϊκού περιβάλλοντος πολιτικής. Η τελευταία

δεκαπενταετία ανέδειξε μια αλληλουχία πιέσεων, οικονομικών, υγειονομικών, κοινωνικών και γεωπολιτικών, οι οποίες επανακαθορίζουν τον ρόλο των κρατών και της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Η οικονομική κρίση του 2008–2012, η προσφυγική κρίση, η πανδημία COVID-19 και οι νέες διασυνοριακές μετακινήσεις, κατέδειξαν ότι τα συστήματα υγείας δεν λειτουργούν σε συνθήκες σταθερότητας, αλλά εντός ενός πεδίου διαρκούς αβεβαιότητας. Στο πλαίσιο αυτό, η πολιτική υγείας μετατοπίζεται από διαχειριστική λειτουργία ρουτίνας σε στρατηγικό πεδίο διαχείρισης κινδύνου.

Η πανδημία COVID-19, αποτέλεσε καταλύτη θεσμικής αναδιάρθρωσης σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι εθνικές κυβερνήσεις κλήθηκαν να λάβουν ταχείες αποφάσεις υπό συνθήκες αβεβαιότητας, να αναδιατάξουν πόρους, να επιβάλουν περιοριστικά μέτρα και να επανασχεδιάσουν τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, η κρίση ανέδειξε την ανάγκη υπερεθνικού συντονισμού, ιδίως ως προς την προμήθεια ιατρικού εξοπλισμού, την ανάπτυξη εμβολίων και την ανταλλαγή επιδημιολογικών δεδομένων. Η πολιτική διάσταση της πανδημίας υπήρξε εξίσου κρίσιμη με την επιδημιολογική, καθώς οι επιλογές πολιτικής αντανακλούσαν θεσμικές παραδόσεις, επίπεδα κοινωνικής εμπιστοσύνης και προϋπάρχουσες ανισότητες (Greet *et al.*, 2021).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η εμπειρία της κρίσης επιτάχυνε τη διαμόρφωση της λεγόμενης *Ευρωπαϊκής Ένωσης της Υγείας*, με ενίσχυση μηχανισμών ετοιμότητας και αντίδρασης, όπως η σύσταση της HERA και η διεύρυνση του προγράμματος EU4Health (European Commission, 2021b, 2025a). Η αρχιτεκτονική αυτή αποσκοπεί στην ενίσχυση της συλλογικής ικανότητας πρόληψης, επιτήρησης και διαχείρισης διασυνοριακών απειλών (Eerens *et al.*, 2023). Ωστόσο, η θεσμική αρμοδιότητα για την οργάνωση των συστημάτων υγείας παραμένει στα κράτη-μέλη, γεγονός που δημιουργεί ένα σύνθετο πεδίο αλληλεπίδρασης μεταξύ εθνικής κυριαρχίας και ευρωπαϊκού συντονισμού.

Η έννοια της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας αποκτά κεντρική σημασία στο νέο αυτό περιβάλλον. Η ανθεκτικότητα δεν περιορίζεται στην ικανότητα απορρόφησης ενός σοκ, αλλά περιλαμβάνει την προσαρμογή και τον μετασχηματισμό του συστήματος, ώστε να διατηρούνται οι βασικές λειτουργίες του υπό συνθήκες πίεσης (Thomas *et al.*, 2020). Σε περιόδους κρίσης, τα συστήματα υγείας καλούνται να εξισορροπήσουν την άμεση ανταπόκριση με τη συνέχιση των τακτικών υπηρεσιών, να προστατεύσουν τις ευάλωτες ομάδες και να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητα των πόρων τους. Η ανθεκτικότητα, επομένως, αποτελεί σύνθετη έννοια που ενσωματώνει θεσμικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Η οικονομική διάσταση της ανθεκτικότητας είναι ιδιαίτερα κρίσιμη. Οι επιπτώσεις της προηγούμενης οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη κατέδειξαν ότι οι περικοπές στη δημόσια δαπάνη υγείας και η υποχρηματοδότηση υποδομών μπορούν να περιορίσουν τη δυνατότητα ταχείας ανταπόκρισης σε μεταγενέστερες κρίσεις (Thomson *et al.*, 2015). Η εμπειρία αυτή καθιστά σαφές ότι η επένδυση στην υγεία δεν αποτελεί μόνο κοινωνική πολιτική, αλλά και στρατηγική επιλογή ασφάλειας. Παράλληλα, οι διαφορές στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες μεταξύ κρατών-μελών δημιουργούν ανισότητες ως προς την ικανότητα ενίσχυσης των υποδομών σε περιόδους έκτακτης ανάγκης.

Εξίσου σημαντική είναι η θεσμική οργάνωση και η διαδικασία λήψης αποφάσεων. Σε συνθήκες κρίσης, ο χρόνος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. Η ύπαρξη σαφών πρωτοκόλλων, διαύλων επικοινωνίας και συντονιστικών μηχανισμών επιτρέπει ταχύτερη και αποτελεσματικότερη δράση. Η θεωρητική βιβλιογραφία για τις πολιτικές διαδικασίες υπογραμμίζει ότι οι κρίσεις δημιουργούν παράθυρα ευκαιρίας για θεσμική αλλαγή, επιτρέποντας την υιοθέτηση μέτρων που υπό κανονικές συνθήκες θα συναντούσαν αντιστάσεις (Kingdon, 2011). Στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, η COVID-19 λειτούργησε ως τέτοιο παράθυρο, επιτρέποντας την ενίσχυση υπερεθνικών μηχανισμών που προηγουμένως θεωρούνταν πολιτικά δυσχερείς.

Η κοινωνική εμπιστοσύνη και η αποδοχή των μέτρων αποτελούν επίσης κρίσιμο στοιχείο επιτυχίας. Η αποτελεσματικότητα περιοριστικών μέτρων, εμβολιαστικών εκστρατειών ή ψηφιακών εφαρμογών επιτήρησης εξαρτάται από την εμπιστοσύνη των πολιτών προς τους θεσμούς και την επιστημονική κοινότητα. Η εμπιστοσύνη αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα της λειτουργίας των συστημάτων υγείας ως κοινωνικών θεσμών (Gilson, 2003). Σε περιόδους κρίσης, η απώλεια εμπιστοσύνης μπορεί να υπονομεύσει ακόμη και τεχνικά άρτιες πολιτικές παρεμβάσεις.

Τέλος, οι κρίσεις υγείας δεν επηρεάζουν ομοιόμορφα όλους τους πληθυσμούς. Πρόσφυγες, μετανάστες, άτομα με χαμηλό εισόδημα ή χρόνιες παθήσεις αντιμετωπίζουν δυσανάλογες επιπτώσεις, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ενσωμάτωση μέτρων ισότητας στις στρατηγικές διαχείρισης κρίσεων (WHO, 2018). Η πολιτική υγείας, επομένως, οφείλει να συνδυάζει την επιχειρησιακή ετοιμότητα με την κοινωνική δικαιοσύνη, διασφαλίζοντας ότι η αντιμετώπιση μιας κρίσης δεν επιτείνει προϋπάρχουσες ανισότητες.

Αναντίρρητα, το ευρωπαϊκό περιβάλλον πολιτικής υγείας χαρακτηρίζεται από πολυεπίπεδη διακυβέρνηση, θεσμική ποικιλομορφία και διαφοροποιημένες οικονομικές δυνατότητες. Οι κρίσεις λειτουργούν ως δοκιμασία αυτών των χαρακτηριστικών, αποκαλύπτοντας τόσο τα όρια

όσο και τις δυνατότητες των συστημάτων υγείας. Η κατανόηση αυτού του πλαισίου είναι απαραίτητη προκειμένου να αναλυθούν συγκριτικά οι εθνικές στρατηγικές και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους υπό συνθήκες πίεσης

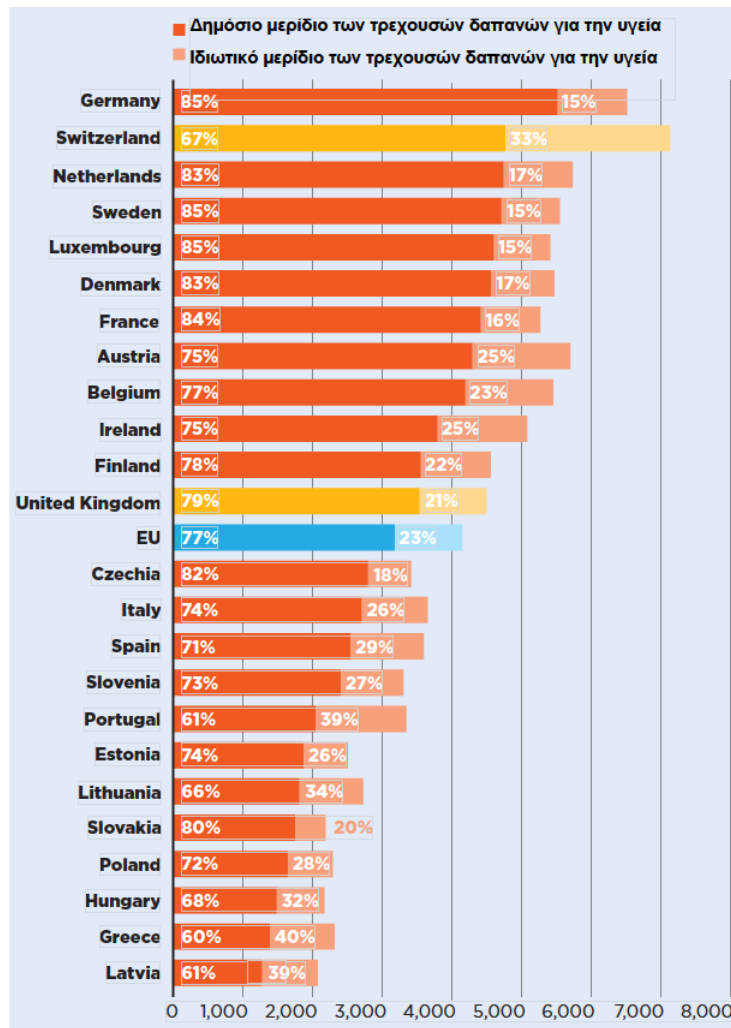
5.2. Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την πανδημία COVID-19

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα διαμόρφωσης της ικανότητας ανταπόκρισης σε περιόδους κρίσης. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας, η αναλογία ιδιωτικής συμμετοχής και η κατανομή των πόρων μεταξύ πρωτοβάθμιας, νοσοκομειακής και προληπτικής φροντίδας επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργική ετοιμότητα ενός συστήματος. Σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης, όπως μια πανδημία ή μια βαθιά οικονομική ύφεση, τα συστήματα με σταθερή και επαρκή χρηματοδότηση διαθέτουν μεγαλύτερη ευχέρεια ανακατανομής πόρων, ενίσχυσης υποδομών και στήριξης ανθρώπινου δυναμικού. Αντιθέτως, η υποχρηματοδότηση και η εξάρτηση από ιδιωτικές πληρωμές δύνανται να περιορίσουν την ισότιμη πρόσβαση και να επιτείνουν τις κοινωνικές ανισότητες (Thomson *et al.*, 2015).

Η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας δεν εξαρτάται μόνο από το ύψος των δαπανών, αλλά και από τη δομή και την ευελιξία της χρηματοδότησης (Thomas *et al.*, 2020). Η δυνατότητα ταχείας αύξησης των κονδυλίων σε περιόδους πίεσης, η ύπαρξη αποθεματικών μηχανισμών και η ισχυρή δημόσια χρηματοδοτική βάση συνιστούν κρίσιμα στοιχεία διαχείρισης κρίσεων. Στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, οι διαφορές ως προς το ποσοστό δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ και το κατά κεφαλήν επίπεδο επένδυσης δημιουργούν ένα άνισο πεδίο εκκίνησης μεταξύ κρατών-μελών, το οποίο επηρεάζει την επιχειρησιακή τους ικανότητα σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης.

5.2.1. Ελλάδα – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19

Η ελληνική περίπτωση παρουσιάζει ιδιαίτερο αναλυτικό ενδιαφέρον, καθώς η πανδημία COVID-19 εκδηλώθηκε σε ένα σύστημα υγείας που είχε ήδη υποστεί σημαντικές δημοσιονομικές πιέσεις κατά την προηγούμενη δεκαετία. Παρότι η παρούσα ανάλυση εστιάζει στην περίοδο 2019–2021, η προγενέστερη οικονομική κρίση διαμόρφωσε ένα πλαίσιο περιορισμένων πόρων και υψηλής ιδιωτικής συμμετοχής στις δαπάνες υγείας. Πριν από την πανδημία η Ελλάδα συγκαταλεγόταν στις χώρες με αυξημένο ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών, σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γεγονός που επηρέαζε την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες (Εικόνα 5-1, Garel, 2022).



Εικόνα 5-1: Συνολικές δαπάνες για την υγεία σε Ισοδυναμία Αγοραστικής Δύναμης σε δολάρια (PPP\$) κατά κεφαλήν, μερίδιο δημόσιου και ιδιωτικού τομέα: Έτος 2019. Πηγή Garel, 2022.

Το 2019, έτος αναφοράς πριν την υγειονομική κρίση, οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ υπολείπονταν του μέσου όρου της ΕΕ, ενώ το κατά κεφαλήν επίπεδο δαπάνης ήταν σημαντικά χαμηλότερο από χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης (OECD, 2020). Η διαρθρωτική αυτή αφετηρία είναι κρίσιμη, διότι επηρεάζει τη δυνατότητα άμεσης αντίδρασης σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης.

Με την εκδήλωση της πανδημίας το 2020, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας, τόσο λόγω άμεσων υγειονομικών αναγκών (ενίσχυση νοσοκομείων, προσλήψεις προσωπικού, προμήθεια εξοπλισμού), όσο και λόγω ευρύτερων δημοσιονομικών παρεμβάσεων. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν αισθητά το 2020, κυρίως λόγω του συνδυασμού αυξημένων υγειονομικών δαπανών και μείωσης του ΑΕΠ (OECD, 2020). Η Ελλάδα ακολούθησε την ίδια τάση, με ενίσχυση της

δημόσιας χρηματοδότησης και περιορισμό – έστω προσωρινό – της σχετικής βαρύτητας των ιδιωτικών πληρωμών.

Ενδεικτικά, η Ελλάδα, το 2020, παρουσίασε τις εξής δράσεις (OECD, 2020):

- Πρόσθετη δέσμευση 610 εκατομμυρίων ευρώ για δαπάνες υγείας, και πρόσθετη δέσμευση 67 ευρώ κατά κεφαλήν.
- Κύριος τομέας δαπανών: Αγορά και διανομή ΜΑΠ και ιατρικών ειδών, πρόσληψη επιπλέον υγειονομικού προσωπικού, ενίσχυση των εργαστηριακών δυνατοτήτων
- Κινητοποίηση φοιτητών υγειονομικής περίθαλψης.
- Κινητοποίηση συνταξιούχων και μη ενεργών εργαζομένων στον τομέα της υγείας.
- Μέτρα για τη μεταφορά εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε περιοχές με μεγαλύτερες ανάγκες.
- Μετατροπή θαλάμων σε ΜΕΘ.
- Δημιουργία νοσοκομείων πεδίου.
- Συνεργασίες με ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Βελτίωση της πρόσβασης σε ΜΑΠ (χρηματοδότηση ή άμεση διανομή).
- Περιορισμοί εντός των εγκαταστάσεων (περιορισμένες επισκέψεις, μέτρα απομόνωσης).
- Επέκταση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής.

Το 2021, έτος συνέχισης της υγειονομικής κρίσης και εφαρμογής εμβολιαστικών προγραμμάτων, η χρηματοδοτική πίεση διατηρήθηκε, αλλά εντάχθηκε πλέον σε ένα πιο οργανωμένο πλαίσιο ευρωπαϊκού συντονισμού. Η Ευρωπαϊκή Ένωση ενεργοποίησε μηχανισμούς όπως το EU4Health και ενίσχυσε τη θεσμική αρχιτεκτονική διαχείρισης κρίσεων μέσω της δημιουργίας της HERA (European Commission, 2021b· European Commission, 2025a). Η Ελλάδα, ως κράτος-μέλος, εντάχθηκε σε αυτό το πλαίσιο συντονισμού, αξιοποιώντας ευρωπαϊκή χρηματοδότηση και κατευθυντήριες γραμμές.

Η μεταβολή των δαπανών μεταξύ 2019 και 2021 μπορεί να ερμηνευθεί όχι μόνο ως αριθμητική αύξηση, αλλά ως ένδειξη προσαρμοστικής ικανότητας. Η ανθεκτικότητα ενός συστήματος υγείας συνίσταται στην ικανότητά του να απορροφά το σοκ, να ανακατανέμει πόρους και να διατηρεί βασικές λειτουργίες υπό πίεση (Thomas *et al.*, 2020). Στην ελληνική περίπτωση, η ταχεία αύξηση των δημοσίων δαπανών και η επέκταση της νοσοκομειακής δυναμικότητας αποτέλεσαν κρίσιμες πολιτικές παρεμβάσεις.

Παράλληλα, η εφαρμογή του Ψηφιακού Πιστοποιητικού COVID της ΕΕ ενίσχυσε τη διασυνοριακή κινητικότητα και τη λειτουργική διασύνδεση της χώρας με τον ευρωπαϊκό χώρο, αναδεικνύοντας τον ρόλο των υπερεθνικών πολιτικών στη διαχείριση κρίσεων (CEU, 2023). Η ελληνική εμπειρία καταδεικνύει ότι η χρηματοδότηση σε περίοδο κρίσης δεν είναι αποκλειστικά εθνική υπόθεση, αλλά διαμορφώνεται σε ένα πλέγμα εθνικών και ευρωπαϊκών μηχανισμών.

Από θεωρητική σκοπιά, η ελληνική αντίδραση στην πανδημία μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από το Πλαίσιο Πολλαπλών Ρευμάτων (Multiple Streams Framework), σύμφωνα με το οποίο κρίσεις μεγάλης κλίμακας δημιουργούν *παράθυρα ευκαιρίας* (policy windows) για ταχεία λήψη αποφάσεων και ανακατανομή πόρων (Kingdon, 2011). Η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως σαφές εξωτερικό γεγονός, το οποίο συνέδεσε το πρόβλημα (υγειονομική απειλή), τις διαθέσιμες πολιτικές λύσεις (ενίσχυση νοσοκομείων, προσλήψεις, δημοσιονομική επέκταση) και τη συγκυρία (ευρωπαϊκή χρηματοδοτική στήριξη), επιτρέποντας την άμεση αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας. Παράλληλα, υπό το πρίσμα της PET (Θεωρία Διακεκομμένης Ισορροπίας), η περίοδος 2020–2021 συνιστά μια φάση απότομης μετατόπισης της πολιτικής προτεραιότητας προς τον τομέα της υγείας, έπειτα από μια μακρά περίοδο σχετικής δημοσιονομικής στασιμότητας (Baumgartner & Jones, 2009· Jones & Baumgartner, 2012). Η αύξηση της χρηματοδότησης δεν αναιρεί τις διαρθρωτικές αδυναμίες που προϋπήρχαν, αλλά καταδεικνύει ότι οι κρίσεις δύνανται να αναδιαμορφώσουν προσωρινά την ιεράρχηση των πολιτικών προτεραιοτήτων και την κατανομή των πόρων.

Συνοψίζοντας, η περίοδος 2020–2021 σηματοδότησε για την Ελλάδα μια μετατόπιση προς ενισχυμένη δημόσια χρηματοδότηση και στενότερη ευρωπαϊκή ενσωμάτωση. Αν και η χώρα εισήλθε στην κρίση με περιορισμένο χρηματοδοτικό περιθώριο σε σχέση με άλλα κράτη-μέλη, η δημοσιονομική επέκταση και ο ευρωπαϊκός συντονισμός λειτούργησαν ως παράγοντες σταθεροποίησης. Η εξέλιξη αυτή αποτελεί κρίσιμο σημείο σύγκρισης με άλλες χώρες της ΕΕ, ιδίως ως προς το κατά πόσον η αύξηση δαπανών μετουσιώθηκε σε διατηρήσιμη ενίσχυση της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας.

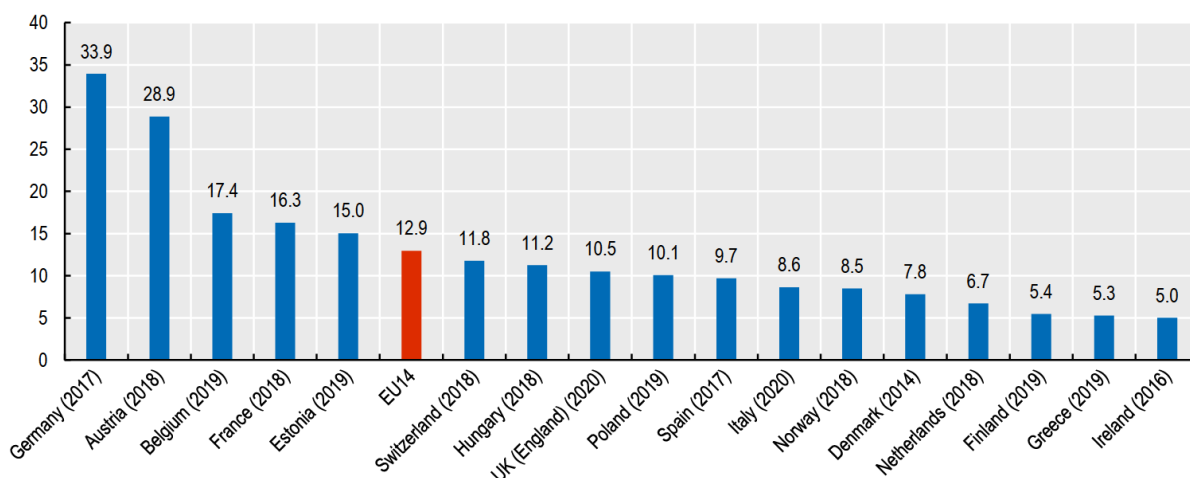
5.2.2. Γερμανία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19

Η Γερμανία εισήλθε στην πανδημία COVID-19 με ένα από τα ισχυρότερα και περισσότερο χρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το σύστημα, οργανωμένο κατά κύριο λόγο σύμφωνα με το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο δημόσιας και υποχρεωτικής ασφαλιστικής

χρηματοδότησης, ευρεία κάλυψη του πληθυσμού και σημαντική νοσοκομειακή δυναμικότητα. Πριν από την πανδημία η Γερμανία κατέγραφε δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σημαντικά υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, καθώς και ιδιαίτερα υψηλές κατά κεφαλήν δαπάνες (OECD, 2020). Η αφετηρία αυτή διαφοροποιεί ουσιαστικά τη γερμανική περίπτωση από χώρες με χαμηλότερη χρηματοδοτική βάση, όπως η Ελλάδα.

Το 2019, ως έτος αναφοράς πριν την υγειονομική κρίση, η Γερμανία διέθετε ήδη εκτεταμένο δίκτυο νοσοκομειακών υποδομών και ισχυρή δημόσια ασφαλιστική κάλυψη. Η υψηλή συμμετοχή των υποχρεωτικών ασφαλιστικών ταμείων στη συνολική δαπάνη υγείας περιόριζε την εξάρτηση από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, σε αντίθεση με χώρες όπου οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης (βλ. **Εικόνα 5-1**, Garel, 2022). Η διαρθρωτική αυτή διαφορά έχει σημασία για την αξιολόγηση της κοινωνικής προστασίας σε συνθήκες κρίσης.

Ενδεικτικά, όπως φαίνεται στην **Εικόνα 5-2**, η Γερμανία είχε το πλέον ισχυρό σύστημα ΜΕΘ στην ΕΕ.



Εικόνα 5-2: Δυναμικότητα εντατικής θεραπείας – κλίνες ΜΕΘ πριν από την κρίση COVID-19, τελευταίο διαθέσιμο έτος. Αριθμός κλινών εντατικής θεραπείας ανά 100 000 κατοίκους. Για τη Γερμανία, τα δεδομένα αναφέρονται σε όλες τις ηλικίες. Πηγή: OECD, 2020.

Με την εκδήλωση της πανδημίας το 2020, η Γερμανία προχώρησε σε ταχεία αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας, τόσο μέσω άμεσης ενίσχυσης των νοσοκομείων όσο και μέσω αποζημιώσεων για διατήρηση διαθέσιμων κλινών και αναβολή μη επειγόντων περιστατικών. Ενδεικτικά, η Γερμανία, το 2020, παρουσίασε τις εξής δράσεις (OECD, 2020):

- Πρόσθετη δέσμευση 26,790 δισεκατομμυρίων ευρώ για δαπάνες υγείας, και πρόσθετη δέσμευση 302 ευρώ κατά κεφαλήν.
- Κύριος τομέας δαπανών: Κεντρική προμήθεια ΜΑΠ, ανάπτυξη εμβολίων και θεραπευτικά μέτρα.
- Κινητοποίηση φοιτητών υγειονομικής περίθαλψης (ιατρικής, νοσηλευτικής, άλλων)
- Κινητοποίηση αλλοδαπών εργαζομένων στον τομέα της υγείας (που βρίσκονται ήδη στη χώρα ή έρχονται από το εξωτερικό)
- Μετατροπή θαλάμων σε ΜΕΘ.
- Δημιουργία νοσοκομείων πεδίου.
- Βελτίωση της πρόσβασης σε ΜΑΠ (χρηματοδότηση ή άμεση διανομή).
- Προτεραιότητα στις δοκιμές των κατοίκων και του προσωπικού των οίκων ευγηρίας.
- Περιορισμοί εντός των εγκαταστάσεων (περιορισμένες επισκέψεις, μέτρα απομόνωσης).
- Αύξηση του αριθμού του προσωπικού (χρηματοδότηση ή αναδιάταξη προσωπικού).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το 2020 σημειώθηκε γενικευμένη αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, αποτέλεσμα τόσο της αύξησης των υγειονομικών δαπανών όσο και της ταυτόχρονης ύφεσης (OECD, 2020). Η Γερμανία, ωστόσο, διέθετε μεγαλύτερο δημοσιονομικό περιθώριο και ισχυρότερη ασφαλιστική βάση για να απορροφήσει το σοκ.

Το 2021, με την εξέλιξη των εμβολιαστικών εκστρατειών και τη σταδιακή προσαρμογή των υγειονομικών πολιτικών, η χρηματοδότηση παρέμεινε σε αυξημένα επίπεδα. Παράλληλα, η χώρα συμμετείχε ενεργά στους ευρωπαϊκούς μηχανισμούς διαχείρισης της κρίσης, συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής του Ψηφιακού Πιστοποιητικού COVID της ΕΕ (CEU, 2023). Επιπλέον, η δημιουργία της HERA και η ενίσχυση της ευρωπαϊκής στρατηγικής υγειονομικής ετοιμότητας ενσωματώθηκαν στο ευρύτερο θεσμικό περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί και η Γερμανία (European Commission, 2021· European Commission, 2025).

Σε αντίθεση με χώρες που χρειάστηκε να αυξήσουν απότομα τις δαπάνες για να ενισχύσουν τη βασική δυναμικότητα του συστήματος, η Γερμανία επικεντρώθηκε κυρίως στη διατήρηση και βελτιστοποίηση ήδη ανεπτυγμένων υποδομών. Η δυνατότητα αποζημίωσης των νοσοκομείων για διατήρηση διαθέσιμων κλινών και η ταχεία χρηματοδότηση νέων μονάδων εντατικής θεραπείας εντάσσονται σε ένα μοντέλο ενεργού κρατικής παρέμβασης, χωρίς όμως να μεταβάλλουν τη βασική ασφαλιστική αρχιτεκτονική του συστήματος.

Η μεταβολή μεταξύ 2019 και 2021 αποτυπώνει μια ελεγχόμενη, αλλά σημαντική αύξηση δαπανών, εντός ενός ήδη υψηλού επιπέδου χρηματοδότησης. Η ύπαρξη ισχυρής χρηματοδοτικής βάσης πριν την κρίση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα απορρόφησης κραδασμών (Thomas *et al.*, 2020). Στην περίπτωση της Γερμανίας, η προϋπάρχουσα επένδυση σε υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό μείωσε την ανάγκη ριζικής αναδιάρθρωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Από θεωρητική σκοπιά, η γερμανική αντίδραση μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα της PET (Θεωρία Διακεκομμένης Ισορροπίας), σύμφωνα με την οποία κρίσιμα γεγονότα δύνανται να επιφέρουν απότομες αυξήσεις στην προσοχή και τη χρηματοδότηση συγκεκριμένων τομέων πολιτικής (Baumgartner & Jones, 2009· Jones & Baumgartner, 2012). Η πανδημία λειτούργησε ως *εξωτερικό σοκ*, το οποίο οδήγησε σε προσωρινή, αλλά σημαντική ενίσχυση της υγειονομικής δαπάνης. Ωστόσο, σε αντίθεση με χώρες όπου το σοκ προκάλεσε δομική αναθεώρηση της χρηματοδότησης, στη Γερμανία η αύξηση ενσωματώθηκε σε μια ήδη σταθερή θεσμική δομή.

Συνολικά, η γερμανική περίπτωση καταδεικνύει ότι η ανθεκτικότητα δεν προκύπτει αποκλειστικά από την αύξηση δαπανών σε περίοδο κρίσης, αλλά από τη μακροχρόνια επένδυση σε θεσμική και χρηματοδοτική σταθερότητα.

5.2.3. Σουηδία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19

Η Σουηδία εισήλθε στην πανδημία COVID-19 με ένα σύστημα υγείας οργανωμένο κυρίως στη βάση φορολογικής χρηματοδότησης και έντονης αποκέντρωσης, καθώς οι περιφέρειες φέρουν σημαντική ευθύνη για την παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Πριν από την πανδημία, η χώρα διέθετε υψηλό επίπεδο δημόσιας χρηματοδότησης και σχετικά περιορισμένη εξάρτηση από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές σε σύγκριση με κράτη της Νότιας Ευρώπης (βλ. **Εικόνα 5-1**, Garel, 2022). Οι συνολικές δαπάνες υγείας της Σουηδίας ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2019 ήταν άνω του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ και οι κατά κεφαλήν δαπάνες βρίσκονταν σε υψηλό επίπεδο σε ευρωπαϊκή σύγκριση (OECD, 2020). Η ισχυρή δημόσια βάση χρηματοδότησης και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού αποτελούσαν κρίσιμα χαρακτηριστικά της αφετηρίας της χώρας πριν την κρίση.

Το 2020, με την εκδήλωση της πανδημίας, η Σουηδία ακολούθησε μια ιδιόμορφη στρατηγική δημόσιας υγείας, η οποία στηρίχθηκε περισσότερο σε συστάσεις και λιγότερο σε αυστηρά περιοριστικά μέτρα σε σχέση με άλλα κράτη-μέλη. Ωστόσο, σε επίπεδο χρηματοδότησης, η αντίδραση υπήρξε ουσιαστική. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν,

τόσο λόγω άμεσης ενίσχυσης των περιφερειακών συστημάτων όσο και λόγω πρόσθετων πόρων για διαγνωστικό έλεγχο, επιδημιολογική επιτήρηση και υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η αύξηση των δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2020 συνδέθηκε τόσο με την ενίσχυση των υγειονομικών κονδυλίων όσο και με τη μείωση του ΑΕΠ λόγω της οικονομικής επιβράδυνσης (OECD, 2020).

Ενδεικτικά, η Σουηδία, το 2020, παρουσίασε τις εξής δράσεις (OECD, 2020):

- Πρόσθετη δέσμευση 12,366 δισεκατομμυρίων ευρώ για δαπάνες υγείας, και πρόσθετη δέσμευση 89 ευρώ κατά κεφαλήν.
- Κύριος τομέας δαπανών: Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, Σουηδικός Οργανισμός Ιατρικών Προϊόντων, μεταφορές σε δήμους και περιφέρειες για έξοδα που σχετίζονται με τη διενέργεια δοκιμών και την παρακολούθηση.
- Κινητοποίηση φοιτητών υγειονομικής περίθαλψης (ιατρικής, νοσηλευτικής, άλλων).
- Κινητοποίηση συνταξιούχων και μη ενεργών εργαζομένων στον τομέα της υγείας.
- Μεταφορά εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε περιοχές με μεγαλύτερες ανάγκες.
- Μετατροπή θαλάμων σε μονάδες εντατικής θεραπείας.
- Δημιουργία νοσοκομείων πεδίου.
- Μεταφορά ασθενών σε περιοχές με διαθέσιμη χωρητικότητα.
- Συνεργασίες με ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Βελτίωση της πρόσβασης σε ΜΑΠ (χρηματοδότηση ή άμεση διανομή).
- Προτεραιότητα στις δοκιμές των κατοίκων και του προσωπικού των οίκων ευγηρίας.
- Περιορισμοί εντός των εγκαταστάσεων (περιορισμένες επισκέψεις, μέτρα απομόνωσης).
- Αύξηση του αριθμού του προσωπικού (χρηματοδότηση ή αναδιάταξη προσωπικού).

Το 2021, με την προώθηση των εμβολιαστικών προγραμμάτων και τη σταδιακή προσαρμογή των υγειονομικών πολιτικών, η χρηματοδότηση παρέμεινε αυξημένη σε σχέση με το 2019. Η χώρα εντάχθηκε πλήρως στο ευρωπαϊκό πλαίσιο συντονισμού, υιοθετώντας το Ψηφιακό Πιστοποιητικό COVID της ΕΕ και συμμετέχοντας στις κοινές προμήθειες εμβολίων (CEU, 2023). Παράλληλα, οι ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες ενίσχυσης της υγειονομικής ετοιμότητας, όπως η δημιουργία της HERA και η στρατηγική EU4Health, διαμόρφωσαν ένα

ευρύτερο θεσμικό πλαίσιο στο οποίο εντάχθηκε και η σουηδική πολιτική (European Commission, 2021· European Commission, 2025).

Σε σύγκριση με τη Γερμανία, η Σουηδία διέθετε επίσης υψηλό επίπεδο χρηματοδότησης προ-πανδημίας, ωστόσο το αποκεντρωμένο μοντέλο οργάνωσης προσέδιδε ιδιαίτερο ρόλο στις περιφερειακές αρχές ως προς την κατανομή των πόρων. Η διαχείριση της κρίσης ανέδειξε τη σημασία του συντονισμού μεταξύ κεντρικής κυβέρνησης και περιφερειών, ιδίως σε ό,τι αφορά την κατανομή κονδυλίων και την ενίσχυση των μονάδων εντατικής θεραπείας. Η ύπαρξη ισχυρής δημόσιας βάσης χρηματοδότησης διευκόλυνε την ταχεία αύξηση δαπανών, χωρίς να απαιτηθεί θεμελιώδης μεταβολή της δομής του συστήματος.

Από την οπτική της ανθεκτικότητας, η περίπτωση της Σουηδίας επιβεβαιώνει ότι η μακροχρόνια επένδυση σε δημόσια χρηματοδότηση και η ισχυρή θεσμική εμπιστοσύνη αποτελούν κρίσιμους παράγοντες σταθερότητας. Τα συστήματα υγείας με καθολική κάλυψη και σταθερή δημόσια χρηματοδότηση έχουν μεγαλύτερη ικανότητα απορρόφησης εξωτερικών σοκ (Thomas *et al.*, 2020). Στην περίπτωση της Σουηδίας, η χρηματοδοτική προσαρμογή το 2020–2021 πραγματοποιήθηκε εντός ενός ήδη ισχυρού πλαισίου κοινωνικής προστασίας.

Η σουηδική εμπειρία μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από το Τρίγωνο Πολιτικής Υγείας (Health Policy Triangle), καθώς η διαχείριση της κρίσης επηρεάστηκε από τη διαδραστική σχέση μεταξύ περιεχομένου πολιτικής (μέτρα δημόσιας υγείας), δρώντων (κεντρική κυβέρνηση, περιφέρειες, υγειονομικές αρχές) και θεσμικού πλαισίου (αποκεντρωμένο μοντέλο). Παράλληλα, στοιχεία της Θεωρίας Διακεκομμένης Ισορροπίας είναι ορατά στη μετατόπιση της πολιτικής προτεραιότητας και στην αύξηση της χρηματοδότησης κατά την περίοδο 2020–2021 (Baumgartner & Jones, 2009· Jones & Baumgartner, 2012). Ωστόσο, σε αντίθεση με περιπτώσεις όπου η κρίση οδηγεί σε βαθιά θεσμική αναδιάρθρωση, στη Σουηδία η δημοσιονομική ενίσχυση ενσωματώθηκε σε ένα ήδη σταθερό και κοινωνικά αποδεκτό σύστημα, γεγονός που υποδηλώνει προσαρμοστική και όχι ριζικά μετασχηματιστική αντίδραση.

5.2.4. Γαλλία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την Πανδημία COVID-19

Η Γαλλία εισήλθε στην πανδημία COVID-19 με ένα σύστημα υγείας το οποίο συνδυάζει ισχυρή δημόσια χρηματοδότηση, εκτεταμένη κοινωνική ασφάλιση και σημαντική κρατική ρύθμιση. Το γαλλικό μοντέλο έχει εξελιχθεί σε ένα υβριδικό σχήμα με έντονη κρατική εποπτεία και υψηλό επίπεδο καθολικής κάλυψης (Thomson *et al.*, 2015). Πριν από την πανδημία, οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ βρίσκονταν άνω του μέσου όρου της

Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ το κατά κεφαλήν επίπεδο δαπάνης κατατασσόταν σταθερά μεταξύ των υψηλότερων στην Ευρώπη (OECD, 2020). Η δημόσια συμμετοχή στη συνολική δαπάνη ήταν κυρίαρχη, με περιορισμένη, συγκριτικά, εξάρτηση από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (βλ. **Εικόνα 5-1**, Garel, 2022).

Το 2019 λειτουργεί ως έτος βάσης πριν την κρίση, κατά το οποίο το γαλλικό σύστημα υγείας διέθετε ήδη σημαντική νοσοκομειακή υποδομή (**Εικόνα 5-2**), αλλά αντιμετώπιζε πιέσεις σχετικές με τη βιωσιμότητα της χρηματοδότησης και τις ελλείψεις προσωπικού. Η πανδημία το 2020 ανέδειξε τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και τις αδυναμίες του συστήματος. Σε χρηματοδοτικό επίπεδο, η αντίδραση υπήρξε άμεση και εκτεταμένη. Η κυβέρνηση προχώρησε σε σημαντική αύξηση των δαπανών για τα δημόσια νοσοκομεία, ενίσχυσε τις αποζημιώσεις προσωπικού και χρηματοδότησε μαζικές διαγνωστικές και εμβολιαστικές εκστρατείες.

Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, το 2020 σημειώθηκε αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, αποτέλεσμα τόσο της ενίσχυσης των υγειονομικών κονδυλίων όσο και της μείωσης του ΑΕΠ λόγω της ύφεσης (OECD, 2020). Η Γαλλία αξιοποίησε επίσης ευρωπαϊκούς μηχανισμούς συντονισμού και χρηματοδότησης, συμμετέχοντας στις κοινές προμήθειες εμβολίων και εφαρμόζοντας το Ψηφιακό Πιστοποιητικό COVID της ΕΕ (CEU, 2023). Παράλληλα, η ενίσχυση της ευρωπαϊκής αρχιτεκτονικής υγειονομικής ετοιμότητας μέσω της HERA και του προγράμματος EU4Health εντάχθηκε στο ευρύτερο θεσμικό περιβάλλον εντός του οποίου κινήθηκε και η γαλλική πολιτική (European Commission, 2021· European Commission, 2025).

Ενδεικτικά, η Γαλλία, το 2020, παρουσίασε τις εξής δράσεις (OECD, 2020):

- Πρόσθετη δέσμευση 8 δισεκατομμυρίων ευρώ για δαπάνες υγείας, και πρόσθετη δέσμευση 108 ευρώ κατά κεφαλήν.
- Κύριος τομέας δαπανών: Έκτακτα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων εξοπλισμού και масκών, αμοιβών προσωπικού.
- Κινητοποίηση φοιτητών υγειονομικής περίθαλψης (ιατρικής, νοσηλευτικής, άλλων).
- Κινητοποίηση συνταξιούχων και μη ενεργών εργαζομένων στον τομέα της υγείας.
- Κινητοποίηση αλλοδαπών εργαζομένων στον τομέα της υγείας (που βρίσκονται ήδη στη χώρα ή έρχονται από το εξωτερικό).
- Ύπαρξη επίσημου καταλόγου εφεδρικών (πριν από την COVID-19 ή νέου καταλόγου κατά τη διάρκεια της επιδημίας).
- Μεταφορά εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε περιοχές με μεγαλύτερες ανάγκες.
- Μετατροπή θαλάμων σε ΜΕΘ.

- Δημιουργία νοσοκομείων πεδίου.
- Μεταφορά ασθενών σε περιοχές με διαθέσιμη χωρητικότητα.
- Συνεργασίες με ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Βελτίωση της πρόσβασης σε ΜΑΠ (χρηματοδότηση ή άμεση διανομή).
- Προτεραιότητα στις δοκιμές των κατοίκων και του προσωπικού των οίκων ευγηρίας.
- Περιορισμοί εντός των εγκαταστάσεων (περιορισμένες επισκέψεις, μέτρα απομόνωσης).
- Αύξηση του αριθμού του προσωπικού (χρηματοδότηση ή ανακατανομή προσωπικού).
- Επέκταση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής.

Το 2021, η δημοσιονομική ενίσχυση διατηρήθηκε, ιδίως λόγω της συνέχισης των εμβολιαστικών προγραμμάτων και της ανάγκης διατήρησης υψηλής επιχειρησιακής ετοιμότητας. Σε αντίθεση με χώρες που εισήλθαν στην κρίση με περιορισμένη χρηματοδοτική βάση, η Γαλλία διέθετε ήδη υψηλό επίπεδο επένδυσης στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη για περαιτέρω αναδιάρθρωση και ενίσχυση του νοσοκομειακού τομέα, οδηγώντας σε μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις για αύξηση μισθών και αναβάθμιση υποδομών.

Η γαλλική περίπτωση παρουσιάζει ενδιαφέρον διότι συνδυάζει υψηλή προϋπάρχουσα χρηματοδότηση με σημαντική κρατική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της κρίσης. Η αύξηση των δαπανών δεν αποτέλεσε απλώς προσωρινή αντίδραση, αλλά εντάχθηκε σε ένα ευρύτερο σχέδιο ενίσχυσης του συστήματος υγείας. Η ύπαρξη ισχυρού δημόσιου πλαισίου χρηματοδότησης και η δυνατότητα ταχείας κινητοποίησης πόρων συνάδουν με τα χαρακτηριστικά ενός συστήματος με αυξημένη ικανότητα απορρόφησης σοκ (Thomas *et al.*, 2020).

Η γαλλική αντίδραση στην πανδημία μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από το Πλαίσιο Πολλαπλών Ρευμάτων (Multiple Streams Framework). Η πανδημία λειτούργησε ως «παράθυρο ευκαιρίας», το οποίο συνέδεσε το πρόβλημα (υγειονομική απειλή), τις διαθέσιμες πολιτικές λύσεις (ενίσχυση νοσοκομείων, χρηματοδοτική επέκταση) και τη συγκυρία πολιτικής βούλησης, επιτρέποντας ταχεία αύξηση της δημόσιας δαπάνης (Kingdon, 2011). Παράλληλα, στοιχεία της Θεωρίας Διακεκομμένης Ισορροπίας είναι εμφανή στη μετατόπιση της πολιτικής προσοχής και στην απότομη ενίσχυση του υγειονομικού τομέα κατά την περίοδο 2020–2021 (Baumgartner & Jones, 2009· Jones & Baumgartner, 2012). Σε αντίθεση με συστήματα που χρειάστηκε να αναπληρώσουν ελλείψεις, η Γαλλία αξιοποίησε την κρίση για να επιταχύνει ήδη

συζητούμενες μεταρρυθμίσεις, γεγονός που καταδεικνύει τον ρόλο των κρίσεων ως επιταχυντών πολιτικής αλλαγής.

5.2.5. Πολωνία – Χρηματοδότηση και Δαπάνες Υγείας κατά την πανδημία COVID-19

Η Πολωνία εισήλθε στην πανδημία COVID-19 με ένα σύστημα υγείας το οποίο χαρακτηρίζεται από σχετικά χαμηλότερες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Δυτικής Ευρώπης (βλ. **Εικόνα 5-1**, Garel, 2022). Το πολωνικό σύστημα βασίζεται σε κοινωνική ασφάλιση με κεντρικό ρόλο του Εθνικού Ταμείου Υγείας, αλλά με περιορισμένη χρηματοδοτική επάρκεια και χαμηλότερο κατά κεφαλήν επίπεδο δαπάνης σε σχέση με χώρες όπως η Γαλλία ή η Γερμανία (OECD, 2020).

Το 2019 λειτουργεί ως έτος αναφοράς πριν την κρίση, κατά το οποίο οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Πολωνία υπολείπονταν του ευρωπαϊκού μέσου όρου, τόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ όσο και σε απόλυτους όρους κατά κεφαλήν. Παράλληλα, η νοσοκομειακή υποδομή παρουσίαζε αριθμητικά επαρκή αριθμό κλινών γενικής νοσηλείας, αλλά περιορισμένη διαθεσιμότητα σε εξειδικευμένες μονάδες εντατικής θεραπείας σε σύγκριση με χώρες υψηλότερης δαπάνης (OECD, 2020).

Η εμφάνιση της πανδημίας το 2020 δημιούργησε ισχυρή πίεση στο πολωνικό σύστημα υγείας. Η κυβέρνηση προχώρησε σε αυξημένες δημόσιες δαπάνες, ιδίως για την προμήθεια υγειονομικού υλικού, την ενίσχυση νοσοκομείων αναφοράς και τη δημιουργία προσωρινών δομών COVID. Όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, η αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ οφείλεται τόσο στη δημοσιονομική ενίσχυση όσο και στη συρρίκνωση του ΑΕΠ λόγω της οικονομικής ύφεσης (OECD, 2020). Ωστόσο, σε σύγκριση με χώρες με ήδη υψηλή επένδυση στον τομέα της υγείας, η Πολωνία βρέθηκε να αντιδρά από χαμηλότερη βάση χρηματοδότησης.

Ενδεικτικά, η Πολωνία, το 2020, παρουσίασε τις εξής δράσεις (OECD, 2020):

- Πρόσθετη δέσμευση 7,5 δισεκατομμυρίων ευρώ για δαπάνες υγείας, και πρόσθετη δέσμευση 80 ευρώ κατά κεφαλήν.
- Κύριος τομέας δαπανών: Δημιουργία και εξοπλισμός νοσοκομείων για λοιμώξεις, ιατρική μεταφορά, πρόσθετες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αγορά ΜΑΠ.
- Κινητοποίηση φοιτητών υγειονομικής περίθαλψης (ιατρικής, νοσηλευτικής, άλλων).
- Κινητοποίηση συνταξιούχων και μη ενεργών εργαζομένων στον τομέα της υγείας.
- Μεταφορά εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε περιοχές με μεγαλύτερες ανάγκες.
- Μετατροπή θαλάμων σε μονάδες εντατικής θεραπείας.

- Βελτίωση της πρόσβασης σε ΜΑΠ (χρηματοδότηση ή άμεση διανομή).
- Περιορισμοί εντός των εγκαταστάσεων (περιορισμένες επισκέψεις, μέτρα απομόνωσης).
- Επέκταση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής.

Το 2021, η συνέχιση των εμβολιαστικών προγραμμάτων και η ανάγκη διατήρησης επαρκούς επιχειρησιακής ετοιμότητας οδήγησαν σε περαιτέρω αύξηση των δαπανών. Η Πολωνία συμμετείχε ενεργά στους ευρωπαϊκούς μηχανισμούς κοινής προμήθειας εμβολίων και υιοθέτησε το Ψηφιακό Πιστοποιητικό COVID της ΕΕ (CEU, 2023). Παράλληλα, η ευρωπαϊκή αρχιτεκτονική υγειονομικής ετοιμότητας, μέσω HERA και του προγράμματος EU4Health, αποτέλεσε θεσμικό πλαίσιο στο οποίο εντάχθηκαν οι εθνικές παρεμβάσεις (European Commission, 2021; European Commission, 2025).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η πανδημία λειτούργησε ως επιταχυντής επενδύσεων σε τομείς όπως η ψηφιακή υγεία και η επιδημιολογική επιτήρηση. Η ανάγκη παρακολούθησης κρουσμάτων και διαχείρισης δεδομένων ενίσχυσε τη σημασία της ψηφιακής υποδομής και της διασύνδεσης συστημάτων (OECD, 2020· WHO, 2022). Παρά τούτα, η περιορισμένη προϋπάρχουσα χρηματοδοτική βάση επηρέασε τη δυνατότητα ταχείας επέκτασης εξειδικευμένων υποδομών.

Σε σύγκριση με χώρες όπως η Γαλλία ή η Γερμανία, η Πολωνία παρουσιάζει μικρότερη θεσμική και οικονομική ανθεκτικότητα, με την έννοια της ικανότητας απορρόφησης σοκ χωρίς σημαντική λειτουργική διαταραχή. Σύμφωνα με το πλαίσιο ανθεκτικότητας συστημάτων υγείας, η επάρκεια χρηματοδότησης και η οργανωτική ευελιξία αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για αποτελεσματική ανταπόκριση σε κρίσεις (Thomas *et al.*, 2020). Η πολωνική εμπειρία καταδεικνύει ότι η αύξηση δαπανών κατά τη διάρκεια της κρίσης δεν υποκαθιστά πλήρως τη μακροχρόνια υποεπένδυση.

Η περίπτωση της Πολωνίας μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα της Θεωρίας Διακεκομμένης Ισορροπίας (Punctuated Equilibrium Theory). Η πανδημία προκάλεσε απότομη μετατόπιση πολιτικής προσοχής και ταχεία αύξηση των υγειονομικών δαπανών, σε αντίθεση με προηγούμενες περιόδους σχετικής σταθερότητας και συγκρατημένης χρηματοδότησης (Baumgartner & Jones, 2009· Jones & Baumgartner, 2012). Παράλληλα, στοιχεία του Advocacy Coalition Framework μπορούν να εντοπιστούν στη διαμόρφωση πολιτικών μέσω αλληλεπίδρασης κυβερνητικών φορέων, επιστημονικών συμβουλίων και ευρωπαϊκών θεσμών, ιδίως ως προς την υιοθέτηση κοινών ευρωπαϊκών εργαλείων.

Σε αντίθεση με συστήματα υψηλής χρηματοδότησης που αξιοποίησαν την κρίση για θεσμική εμβάθυνση, η Πολωνία κινήθηκε περισσότερο σε επίπεδο προσαρμοστικής αντίδρασης παρά διαρθρωτικής μεταρρύθμισης. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της προϋπάρχουσας θεσμικής και οικονομικής βάσης ως παράγοντα καθοριστικό για την ανθεκτικότητα σε περιόδους υγειονομικής κρίσης.

5.3. Συγκριτική Αποτύπωση Χρηματοδότησης και Θεσμικής Ανταπόκρισης (2019–2021)

Η ανάλυση που προηγήθηκε κατέγραψε τις επιμέρους εθνικές στρατηγικές χρηματοδότησης και διαχείρισης της πανδημίας COVID-19. Ωστόσο, η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας προϋποθέτει τη συγκριτική τους αποτύπωση με βάση κοινά και εναρμονισμένα κριτήρια. Η συγκριτική προσέγγιση επιτρέπει την ανάδειξη τόσο των διαφορών στην αφετηρία (2019) όσο και της έντασης της προσαρμογής κατά τα έτη 2020–2021.

Η περίοδος 2019–2021 επιλέγεται ως ενιαίο αναλυτικό πλαίσιο, καθώς επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ προ-κρίσης συνθηκών, άμεσης αντίδρασης και φάσης προσαρμογής. Η χρήση ποσοτικών δεικτών (δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ, κατά κεφαλήν δαπάνη, έκτακτη χρηματοδότηση) σε συνδυασμό με ποιοτικά στοιχεία θεσμικής παρέμβασης επιτρέπει μια ολοκληρωμένη αποτίμηση της διαχείρισης της κρίσης. Η μεθοδολογική αυτή επιλογή συνάδει με τη μικτή προσέγγιση που παρουσιάστηκε στο Κεφάλαιο 2 και επιδιώκει να απαντήσει συγκεκριμένα στα ερευνητικά ζητούμενα περί χρηματοδοτικής επάρκειας και θεσμικής ανθεκτικότητας. Στον **Πίνακα 5-1**, παρουσιάζονται συγκριτικά βασικοί χρηματοδοτικοί δείκτες των πέντε χωρών για τα έτη 2019 και 2020, με έμφαση στη μεταβολή των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, στο επίπεδο κατά κεφαλήν δαπάνης πριν από την πανδημία και στο ύψος της έκτακτης δημοσιονομικής παρέμβασης το 2020.

Πίνακας 5-1: Συγκριτική Αποτύπωση Δαπανών Υγείας και Έκτακτης Χρηματοδότησης (2019–2020), για τις υπό εξέταση χώρες (OECD, 2020· Garel, 2022)					
Χώρα	Δαπάνες Υγείας % ΑΕΠ 2019	Δαπάνες Υγείας % ΑΕΠ 2020	Κατά κεφαλήν δαπάνη 2019 (PPP\$)	Έκτακτη δαπάνη 2020 (€)	Έκτακτη δαπάνη €/κάτοικο
Ελλάδα	Χαμηλότερη του ΜΟ ΕΕ	Αυξημένη	Χαμηλή	610 εκ.	67 €
Γερμανία	Υψηλή	Πολύ υψηλή	Πολύ υψηλή	26,79 δισ.	302 €

Πίνακας 5-1: Συγκριτική Αποτύπωση Δαπανών Υγείας και Έκτακτης Χρηματοδότησης (2019–2020), για τις υπό εξέταση χώρες (OECD, 2020ˆ Garel, 2022)					
Χώρα	Δαπάνες Υγείας % ΑΕΠ 2019	Δαπάνες Υγείας % ΑΕΠ 2020	Κατά κεφαλήν δαπάνη 2019 (PPP\$)	Έκτακτη δαπάνη 2020 (€)	Έκτακτη δαπάνη €/κάτοικο
Σουηδία	Υψηλή	Αυξημένη	Υψηλή	12,366 δισ.	89 €
Γαλλία	Υψηλή	Αυξημένη	Υψηλή	8 δισ.	108 €
Πολωνία	Χαμηλή	Αυξημένη	Χαμηλή	7,5 δισ.	80 €

Η συγκριτική εικόνα αποτυπώνει σαφείς διαφοροποιήσεις ως προς τη χρηματοδοτική αφετηρία των συστημάτων υγείας. Η Γερμανία και η Γαλλία εισέρχονται στην κρίση με ήδη υψηλό ποσοστό δαπανών υγείας και σημαντική κατά κεφαλήν επένδυση, στοιχείο που υποδηλώνει ισχυρή διαχρονική κρατική και ασφαλιστική συμμετοχή. Η Σουηδία εμφανίζει επίσης υψηλό επίπεδο δημόσιας χρηματοδότησης, αν και με διαφορετική κατανομή λόγω αποκεντρωμένου μοντέλου. Αντίθετα, η Ελλάδα και η Πολωνία ξεκινούν από χαμηλότερη βάση, γεγονός που περιορίζει το περιθώριο άμεσης απορρόφησης της πίεσης.

Το 2020 παρατηρείται γενικευμένη αύξηση των δαπανών υγείας σε όλες τις χώρες. Ωστόσο, το εύρος της έκτακτης χρηματοδότησης και η αναλογία της προς τον πληθυσμό διαφοροποιούνται σημαντικά. Η Γερμανία προχώρησε σε ιδιαίτερα εκτεταμένη δημοσιονομική παρέμβαση, ενώ η Γαλλία και η Σουηδία ενίσχυσαν σημαντικά τις δημόσιες δομές. Η Ελλάδα και η Πολωνία αύξησαν αναλογικά τις δαπάνες τους, όμως η παρέμβαση είχε περισσότερο χαρακτήρα κάλυψης επείγουσών αναγκών παρά διαρθρωτικής αναβάθμισης. Η ανάλυση δείχνει ότι η χρηματοδοτική ισχύς αποτελεί βασικό παράγοντα ανθεκτικότητας, αλλά δεν αρκεί χωρίς επαρκή θεσμική υποδομή.

Στον **Πίνακα 5-2**, παρουσιάζεται η συγκριτική εικόνα της δυναμικότητας των συστημάτων υγείας ως προς τις κλίνες εντατικής θεραπείας πριν από την πανδημία και οι βασικές παρεμβάσεις ενίσχυσης κατά την περίοδο 2020–2021.

Πίνακας 5-2: Συγκριτική Αποτύπωση Υποδομών Εντατικής Θεραπείας και Δυναμικότητας Συστήματος, τα έτη 2019/2021 (OECD, 2020)					
Χώρα	ICU Beds /100k (προ-COVID)	Μετατροπή θαλάμων σε ΜΕΘ	Νοσοκομεία πεδίου	Συνεργασία με ιδιωτικό τομέα	Επέκταση τηλεϊατρικής
Ελλάδα	Μέτρια	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Γερμανία	Πολύ υψηλή	Ναι	Ναι	Περιορισμένη	Ναι

Πίνακας 5-2: Συγκριτική Αποτύπωση Υποδομών Εντατικής Θεραπείας και Δυναμικότητας Συστήματος, τα έτη 2019/2021 (OECD, 2020)

Χώρα	ICU Beds /100k (προ-COVID)	Μετατροπή θαλάμων σε ΜΕΘ	Νοσοκομεία πεδίου	Συνεργασία με ιδιωτικό τομέα	Επέκταση τηλεϊατρικής
Σουηδία	Υψηλή	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Γαλλία	Υψηλή	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Πολωνία	Χαμηλότερη	Ναι	Περιορισμένα	Ναι	Ναι

Η διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ λειτουργεί ως κρίσιμος δείκτης ετοιμότητας και ανθεκτικότητας. Η Γερμανία εισέρχεται στην πανδημία με την υψηλότερη αναλογία κλινών εντατικής θεραπείας, στοιχείο που της επέτρεψε να διαχειριστεί αυξημένα κύματα νοσηλειών με σχετική σταθερότητα. Η Γαλλία και η Σουηδία διαθέτουν επίσης σημαντική υποδομή, ενώ η Ελλάδα και η Πολωνία καταγράφουν χαμηλότερη αρχική δυναμικότητα, γεγονός που οδήγησε σε ανάγκη ταχείας επέκτασης.

Παρά τις διαφορές αφετηρίας, όλες οι χώρες προχώρησαν σε ενίσχυση της δυναμικότητας μέσω μετατροπής θαλάμων, δημιουργίας προσωρινών δομών και ενίσχυσης ανθρώπινου δυναμικού. Ωστόσο, το βάθος της ενίσχυσης διαφοροποιείται. Στις χώρες με ήδη ισχυρή υποδομή, η επέκταση είχε χαρακτήρα ενδυνάμωσης και σταθεροποίησης. Στις χώρες χαμηλότερης βάσης, η ενίσχυση είχε περισσότερο χαρακτήρα αναγκαίας αντιστάθμισης ελλείψεων.

Στον **Πίνακα 5-3**, παρουσιάζονται συγκριτικά οι βασικές θεσμικές και διοικητικές παρεμβάσεις που υιοθετήθηκαν από τις πέντε επιλεγμένες χώρες κατά την περίοδο 2020–2021, με έμφαση σε μέτρα ενίσχυσης υποδομών, συνεργασίας δημόσιου–ιδιωτικού τομέα, ψηφιακών εργαλείων και εφαρμογής ευρωπαϊκών μηχανισμών συντονισμού.

Πίνακας 5-3: Συγκριτική Αποτύπωση Θεσμικών Παρεμβάσεων Διαχείρισης COVID-19 (2020–2021)

Χώρα	Επέκταση ΜΕΘ	Νοσοκομεία πεδίου	Επίταξη / Συνεργασία με Ιδιωτικό Τομέα	Ψηφιακά εργαλεία	Εφαρμογή Ευρωπαϊκών Πρωτοβουλιών
Ελλάδα	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	EU Digital Certificate, EU4Health

Πίνακας 5-3: Συγκριτική Αποτύπωση Θεσμικών Παρεμβάσεων Διαχείρισης COVID-19 (2020–2021)

Χώρα	Επέκταση ΜΕΘ	Νοσοκομεία πεδίου	Επίταξη / Συνεργασία με Ιδιωτικό Τομέα	Ψηφιακά εργαλεία	Εφαρμογή Ευρωπαϊκών Πρωτοβουλιών
Γερμανία	Ναι	Περιορισμένα	Περιορισμένη ανάγκη	Ναι	EU Digital Certificate, ECDC coordination
Σουηδία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	EU Digital Certificate
Γαλλία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	EU Digital Certificate, EU Health Union
Πολωνία	Ναι	Περιορισμένα	Ναι	Ναι	EU Digital Certificate

Η συγκριτική εικόνα των θεσμικών παρεμβάσεων καταδεικνύει σημαντικό βαθμό ομοιομορφίας ως προς τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Όλες οι χώρες προχώρησαν σε επέκταση δυναμικότητας ΜΕΘ, υιοθέτηση ψηφιακών εργαλείων ιχνηλάτησης και εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Ψηφιακού Πιστοποιητικού COVID. Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει τον βαθμό ευρωπαϊκής σύγκλισης στις πολιτικές δημόσιας υγείας υπό συνθήκες κρίσης, καθώς η ύπαρξη κοινών μηχανισμών και κατευθύνσεων οδήγησε σε παρόμοια μέτρα, ανεξαρτήτως εθνικής ιδιαιτερότητας.

Ωστόσο, πίσω από την επιφανειακή ομοιομορφία παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς την ένταση και τη διοικητική μορφή της παρέμβασης. Η Ελλάδα και η Γαλλία κινήθηκαν περισσότερο σε κεντρικά συντονισμένα μοντέλα με ενεργή εμπλοκή του κράτους και αξιοποίηση του ιδιωτικού τομέα. Η Γερμανία, διαθέτοντας ήδη υψηλή δυναμικότητα, δεν χρειάστηκε εκτεταμένες επιτάξεις, ενώ η Σουηδία βασίστηκε περισσότερο στη συνεργασία περιφερειακών δομών. Η Πολωνία προχώρησε σε ενίσχυση με ταχεία ενεργοποίηση κρατικών μηχανισμών, γεγονός που αντανάκλα τη χαμηλότερη προϋπάρχουσα βάση υποδομών.

Η συγκριτική θεώρηση υποδηλώνει ότι η φύση της κρίσης επέβαλε κοινά εργαλεία πολιτικής, αλλά ο τρόπος ενεργοποίησης και το βάθος της εφαρμογής καθορίστηκαν από τις θεσμικές δομές και τη χρηματοδοτική δυνατότητα κάθε κράτους. Επομένως, η διαχείριση της κρίσης δεν εξαρτήθηκε αποκλειστικά από την επιλογή μέτρων, αλλά από τη διοικητική ικανότητα υλοποίησής τους και τη διαθεσιμότητα πόρων.

6. Συμπεράσματα

6.1. Πολιτικές υγείας σε συνθήκες κρίσεων

Η παρούσα εργασία ανέδειξε με συστηματικό και συγκριτικό τρόπο ότι οι πολιτικές υγείας σε συνθήκες κρίσης δεν αποτελούν απλώς βραχυπρόθεσμες αντιδράσεις σε έκτακτα γεγονότα, αλλά αντανakλούν τη δομική ποιότητα, τη θεσμική ωριμότητα και τη χρηματοδοτική σταθερότητα των συστημάτων υγείας. Η εμπειρική διερεύνηση της περιόδου 2019–2021 κατέδειξε ότι η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως επιταχυντής μεταρρυθμίσεων και ταυτόχρονα ως μηχανισμός αποκάλυψης διαρθρωτικών αδυναμιών. Όπως υποστηρίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία, οι κρίσεις λειτουργούν ως «στρεσογόνα τεστ» για τα δημόσια συστήματα, αποκαλύπτοντας την πραγματική τους ικανότητα προσαρμογής (Greer *et al.*, 2021).

Πρώτον, επιβεβαιώνεται ότι η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας δεν είναι συγκυριακό χαρακτηριστικό αλλά αποτέλεσμα μακροχρόνιων επενδύσεων και θεσμικών επιλογών. Η ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ικανότητα ενός συστήματος να απορροφά, να προσαρμόζεται και να μετασχηματίζεται υπό συνθήκες πίεσης χωρίς να διαταράσσεται η βασική του λειτουργία (Thomas *et al.*, 2020). Η συγκριτική ανάλυση έδειξε ότι χώρες με σταθερά υψηλότερες δημόσιες δαπάνες υγείας και καλύτερη οργανωτική συνοχή παρουσίασαν μεγαλύτερη σταθερότητα στην παροχή υπηρεσιών, περιορίζοντας τις έμμεσες απώλειες υγείας που σχετίζονται με καθυστερήσεις στη φροντίδα.

Δεύτερον, το ύψος των δαπανών, αν και σημαντικό, δεν αρκεί από μόνο του για την εξασφάλιση αποτελεσματικής ανταπόκρισης. Όπως επισημαίνεται στον OECD (2017), η αποδοτικότητα και η κατανομή των πόρων είναι καθοριστικοί παράγοντες. Η πανδημία κατέδειξε ότι συστήματα με σαφή κατανομή αρμοδιοτήτων, διαλειτουργικά πληροφοριακά συστήματα και λειτουργικούς μηχανισμούς επιτήρησης κατάφεραν να αντιδράσουν ταχύτερα. Η οργανωσιακή διάσταση της πολιτικής υγείας, αποτελεί κρίσιμο στοιχείο επιτυχίας, καθώς το «πλαίσιο» εφαρμογής επηρεάζει άμεσα το αποτέλεσμα (Walt & Gilson, 1994).

Τρίτον, η κρίση επιβεβαίωσε την εγκυρότητα των θεωρητικών προσεγγίσεων του Κεφαλαίου 3. Το Multiple Streams Framework εξηγεί πώς η σύγκλιση προβλήματος, διαθέσιμων λύσεων και πολιτικής βούλησης δημιουργήσε παράθυρα ευκαιρίας για θεσμικές αλλαγές (Kingdon, 2011· Cairney, 2024). Η ίδρυση της HERA και η ενίσχυση του ECDC αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα πολιτικής ενεργοποίησης εν μέσω κρίσης (European Commission, 2021b· ECDC, 2022). Παράλληλα, η Θεωρία Διακεκομμένης Ισορροπίας, ερμηνεύει την απότομη αύξηση της προτεραιοποίησης της δημόσιας υγείας στην πολιτική

ατζέντα μετά από χρόνια σχετικής σταθερότητας (Baumgartner & Jones, 2009· Jones & Baumgartner, 2012).

Τέταρτον, η ανάλυση κατέδειξε ότι τα διαφορετικά μοντέλα συστημάτων υγείας, δεν προσφέρουν απόλυτο πλεονέκτημα, αλλά διαμορφώνουν διαφορετικά μοτίβα αντίδρασης. Η διοικητική αποκέντρωση ενίσχυσε την τοπική ευελιξία σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά δημιούργησε προκλήσεις συντονισμού σε άλλες. Το Advocacy Coalition Framework βοηθά στην κατανόηση των συγκρούσεων και των συμμαχιών που διαμορφώθηκαν εντός πολιτικών υποσυστημάτων κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Sabatier & Weible, 2007).

Πέμπτον, η πανδημία ανέδειξε τη σημασία της πολυεπίπεδης διακυβέρνησης. Αν και η υγεία αποτελεί κυρίως εθνική αρμοδιότητα, ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενισχύθηκε σημαντικά μέσω χρηματοδοτικών εργαλείων, κοινών προμηθειών και μηχανισμών επιτήρησης. Η ενίσχυση του ευρωπαϊκού πλαισίου ετοιμότητας επιβεβαιώνει τη μετάβαση προς έναν πιο θεσμικά συντονισμένο χώρο δημόσιας υγείας (European Commission, 2021· Eerens *et al.*, 2023).

Έκτον, η κοινωνική διάσταση των πολιτικών υγείας αναδείχθηκε ως κρίσιμος παράγοντας. Η κοινωνική εμπιστοσύνη και η θεσμική νομιμοποίηση επηρέασαν την αποδοχή περιοριστικών μέτρων και τη συμμόρφωση των πολιτών. Η βιβλιογραφία τονίζει ότι η εμπιστοσύνη αποτελεί δομικό στοιχείο βιώσιμων συστημάτων υγείας (Gilson, 2003). Η διαφορετική κοινωνική ανταπόκριση στις χώρες της μελέτης υποδεικνύει ότι η αποτελεσματικότητα των μέτρων δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την αυστηρότητά τους, αλλά και από την ποιότητα σχέσης κράτους–πολίτη.

Έβδομον, η πανδημία επιβεβαίωσε τη στενή σχέση μεταξύ υγειονομικής και οικονομικής σταθερότητας. Οι επιπτώσεις της κρίσης δεν περιορίστηκαν στο σύστημα υγείας αλλά επηρέασαν ευρύτερα την οικονομική δραστηριότητα και την κοινωνική συνοχή. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι οι οικονομικές κρίσεις επιδρούν αρνητικά στην υγεία όταν συνοδεύονται από περιοριστικές πολιτικές (Stuckler *et al.*, 2009· Thomson *et al.*, 2015). Η εμπειρία COVID-19 υπογράμμισε την ανάγκη ισορροπίας μεταξύ υγειονομικής προστασίας και κοινωνικοοικονομικής βιωσιμότητας.

Όγδοον, η έρευνα κατέδειξε ότι οι κρίσεις λειτουργούν ως μηχανισμοί θεσμικής μάθησης. Η ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης, η ψηφιοποίηση δεδομένων και η δημιουργία στρατηγικών αποθεμάτων αποτελούν στοιχεία που εντάσσονται σε μια νέα λογική διαρκούς ετοιμότητας. Η ετοιμότητα και η ανθεκτικότητα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως συνεχής διαδικασία και όχι ως έκτακτη πολιτική επιλογή (WHO, 2023b).

Συνολικά, τα γενικά συμπεράσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν ότι η αποτελεσματική διαχείριση κρίσεων στον τομέα της υγείας προϋποθέτει:

- Διαρθρωτική επένδυση πριν από την κρίση.
- Διοικητική ικανότητα και θεσμικό συντονισμό.
- Κοινωνική εμπιστοσύνη και διαφάνεια.
- Πολυεπίπεδη συνεργασία εθνικών και υπερεθνικών φορέων.
- Αξιοποίηση θεωρητικών εργαλείων για την ερμηνεία πολιτικών επιλογών.

Η εμπειρία της πανδημίας COVID-19 δεν οδήγησε σε πλήρη ενοποίηση της ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας, αλλά σε σημαντική εμβάθυνση συντονισμού. Η διατήρηση αυτής της δυναμικής θα αποτελέσει κρίσιμο παράγοντα για την αντιμετώπιση μελλοντικών διασυννοριακών απειλών.

6.2. Συγκριτική Ανάλυση των υπό μελέτη χωρών

Η συγκριτική εξέταση των πέντε χωρών, Ελλάδας, Γερμανίας, Σουηδίας, Γαλλίας και Πολωνίας, καταδεικνύει ότι η πανδημία COVID-19 δεν αποτέλεσε μόνο υγειονομική πρόκληση, αλλά μια συνολική δοκιμή χρηματοδοτικής επάρκειας, διοικητικής ικανότητας και θεσμικής ανθεκτικότητας. Η περίοδος 2019–2021 επιτρέπει την ανάλυση της αφετηρίας πριν την κρίση, της έντασης της αντίδρασης το 2020 και της φάσης προσαρμογής το 2021, προσφέροντας μια δυναμική εικόνα της διαχείρισης κρίσεων εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

6.2.1. Η αφετηρία ως καθοριστικός παράγοντας

Το 2019 αποτυπώνει ουσιαστικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών. Η Γερμανία και η Γαλλία διέθεταν ήδη υψηλό ποσοστό δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ και υψηλή κατά κεφαλήν χρηματοδότηση, γεγονός που υποδηλώνει ισχυρή θεσμική επένδυση σε μακροχρόνια βάση. Η Σουηδία επίσης χαρακτηρίζεται από υψηλό δημόσιο μερίδιο χρηματοδότησης και οργανωμένη περιφερειακή διοίκηση (OECD, 2020· Garel, 2022).

Αντίθετα, η Ελλάδα και η Πολωνία εισέρχονται στην κρίση με χαμηλότερη χρηματοδοτική βάση και περιορισμένη δυναμικότητα εντατικής θεραπείας. Η διαφορά αυτή δεν είναι μόνο ποσοτική. Αντανακλά διαφορετικά ιστορικά μονοπάτια ανάπτυξης των συστημάτων υγείας, διαφορετική δημοσιονομική ευχέρεια και διαφορετικά επίπεδα κοινωνικής προστασίας (OECD, 2020· Garel, 2022).

Η πανδημία, συνεπώς, δεν επηρέασε ισομερώς τα κράτη-μέλη. Αντίθετα, ανέδειξε και ενίσχυσε προϋπάρχουσες δομικές διαφοροποιήσεις.

6.2.2. Η ένταση της δημοσιονομικής αντίδρασης

Το 2020 όλες οι χώρες προχώρησαν σε αύξηση των δαπανών υγείας. Ωστόσο, το εύρος και το βάθος της παρέμβασης διαφοροποιούνται σημαντικά.

Η Γερμανία κινητοποίησε ιδιαίτερα υψηλή έκτακτη χρηματοδότηση, αξιοποιώντας δημοσιονομικό περιθώριο και ισχυρό ασφαλιστικό σύστημα. Η Γαλλία υιοθέτησε επίσης εκτεταμένη κρατική παρέμβαση, ενισχύοντας μισθολογικά το προσωπικό και επεκτείνοντας υποδομές. Η Σουηδία αύξησε σημαντικά τη χρηματοδότηση των περιφερειακών συστημάτων (OECD, 2020· Garel, 2022).

Η Ελλάδα και η Πολωνία αύξησαν επίσης τις δαπάνες τους, αλλά η ενίσχυση είχε περισσότερο χαρακτήρα κάλυψης επειγουσών αναγκών παρά δομικής αναβάθμισης. Η διαφορά αυτή καταδεικνύει ότι η δημοσιονομική ισχύς επηρεάζει όχι μόνο το ύψος της αντίδρασης αλλά και τη βιωσιμότητά της (OECD, 2020· Garel, 2022).

Η κρίση λειτουργεί έτσι ως επιταχυντής δημοσιονομικής παρέμβασης, αλλά η ποιότητα της προσαρμογής εξαρτάται από τη διαχρονική επένδυση.

6.2.3. Υποδομές και επιχειρησιακή ετοιμότητα

Η διαθεσιμότητα κλινών εντατικής θεραπείας αποτέλεσε βασικό δείκτη ανθεκτικότητας. Η Γερμανία διέθετε ήδη υψηλή αναλογία ΜΕΘ, στοιχείο που της επέτρεψε να αντιμετωπίσει κύματα νοσηλείων χωρίς κατάρρευση του συστήματος. Η Γαλλία και η Σουηδία είχαν επίσης σημαντική δυναμικότητα, αν και χαμηλότερη από τη γερμανική. (OECD, 2020· Garel, 2022)

Η Ελλάδα και η Πολωνία ξεκίνησαν από χαμηλότερη βάση και αναγκάστηκαν να προχωρήσουν σε ταχεία επέκταση μέσω μετατροπής θαλάμων, επίταξης ιδιωτικών κλινικών και δημιουργίας προσωρινών δομών. Ενώ όλες οι χώρες υιοθέτησαν παρόμοια εργαλεία, η διαφορά εντοπίζεται στην αρχική επάρκεια και στη δυνατότητα διατήρησης της ενίσχυσης μετά το πρώτο κύμα (OECD, 2020· Garel, 2022).

Η συγκριτική εικόνα αναδεικνύει ότι η ανθεκτικότητα δεν κρίνεται μόνο από την ταχύτητα αντίδρασης, αλλά από τη δυνατότητα απορρόφησης της πίεσης χωρίς αποσταθεροποίηση άλλων υπηρεσιών υγείας.

6.2.4. Θεσμική διακυβέρνηση και διοικητική ικανότητα

Η κρίση ανέδειξε τον ρόλο της θεσμικής αρχιτεκτονικής. Τα αποκεντρωμένα συστήματα (Γερμανία, Σουηδία) λειτούργησαν μέσω περιφερειακού συντονισμού, αξιοποιώντας τοπική ευελιξία. Τα περισσότερα κεντρικά συστήματα (Ελλάδα, Γαλλία) βασίστηκαν σε ισχυρό κρατικό έλεγχο και κεντρική λήψη αποφάσεων (OECD, 2020· Garel, 2022).

Η Πολωνία κινήθηκε σε μικτό μοντέλο, με ενισχυμένο ρόλο του κράτους αλλά και ανάγκη ταχείας διοικητικής προσαρμογής (OECD, 2020· Garel, 2022).

Η σύγκριση δείχνει ότι δεν υπάρχει ένα μοναδικό αποτελεσματικό μοντέλο. Η επιτυχία εξαρτάται από τη συνοχή μεταξύ διοικητικής δομής, χρηματοδοτικής επάρκειας και πολιτικής σταθερότητας.

6.2.5. Ψηφιακή διαχείριση και ευρωπαϊκή διάσταση

Η υιοθέτηση του Ευρωπαϊκού Ψηφιακού Πιστοποιητικού COVID και η αξιοποίηση κοινών μηχανισμών συντονισμού καταδεικνύουν σημαντικό βαθμό ευρωπαϊκής σύγκλισης. Παρά τις εθνικές διαφοροποιήσεις, οι χώρες εφάρμοσαν κοινά εργαλεία, ενισχύοντας τη διασυνοριακή συνεργασία (CEU, 2023).

Η ευρωπαϊκή διάσταση λειτούργησε ως πλαίσιο υποστήριξης, αλλά η εφαρμογή παρέμεινε εθνική αρμοδιότητα. Έτσι, η αποτελεσματικότητα εξαρτήθηκε από την εσωτερική διοικητική ικανότητα κάθε χώρας.

6.2.6. Δυναμική 2019–2021 και ανθεκτικότητα

Η περίοδος 2021 καταδεικνύει διαφορετικούς ρυθμούς σταθεροποίησης. Οι χώρες υψηλής διαχρονικής επένδυσης ενσωμάτωσαν τις αυξήσεις δαπανών σε πιο σταθερό πλαίσιο. Οι χώρες χαμηλότερης βάσης αντιμετώπισαν μεγαλύτερη δημοσιονομική πίεση. Η ανθεκτικότητα, επομένως, προκύπτει από τη διαχρονική σύζευξη (OECD, 2020· Garel, 2022):

- Επαρκούς χρηματοδότησης.
- Επαρκούς υποδομής.
- Διοικητικής αποτελεσματικότητας.
- Κοινωνικής εμπιστοσύνης.

6.2.7. Συνολική αποτίμηση

Η συγκριτική ανάλυση επιβεβαιώνει ότι οι πολιτικές υγείας σε περίοδο κρίσης δεν διαμορφώνονται σε κενό. Επηρεάζονται από ιστορικά, οικονομικά και θεσμικά

χαρακτηριστικά. Η COVID-19 αποκάλυψε τις αδυναμίες των χαμηλά χρηματοδοτούμενων συστημάτων, αλλά και τα όρια των ισχυρών όταν η κρίση είναι παρατεταμένη.

Οι διαφορές μεταξύ Βόρειας, Δυτικής, Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης παραμένουν εμφανείς, ωστόσο η κοινή ευρωπαϊκή αντίδραση υποδηλώνει τάση ενίσχυσης του συντονισμού.

Τελικά, η συγκριτική εικόνα δείχνει ότι:

- Η ένταση της αντίδρασης δεν ταυτίζεται με τη βιώσιμη ανθεκτικότητα.
- Η προ-κρίσης επένδυση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα.
- Η θεσμική οργάνωση επηρεάζει την εφαρμογή, όχι απαραίτητα το είδος των μέτρων.
- Η ευρωπαϊκή συνεργασία λειτουργεί υποστηρικτικά αλλά όχι υποκατάστατα της εθνικής ικανότητας.

Η ανάλυση των πέντε χωρών απαντά στα ερευνητικά ζητούμενα του Κεφαλαίου 1, επιβεβαιώνοντας ότι η αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας στην αντιμετώπιση κρίσεων αποτελεί προϊόν αλληλεπίδρασης μεταξύ χρηματοδότησης, υποδομών και θεσμικής διακυβέρνησης.

7. Βιβλιογραφία

1. Amri, M. & Drummond, D. (2020). Punctuating the equilibrium: an application of policy theory to COVID-19. *Policy Design and Practice*. Ανακτήθηκε από:
➤ https://www.researchgate.net/publication/345657932_Punctuating_the_equilibrium_an_application_of_policy_theory_to_COVID-19
2. Amri, M. M., & Logan, D. (2021). Policy responses to COVID-19 present a window of opportunity for a paradigm shift in global health policy: An application of the Multiple Streams Framework as a heuristic. *Global Public Health*. 16:8-9, 1187-1197. Ανακτήθηκε από:
➤ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2021.1925942>
3. AP News (2024). WHO member countries approve steps to bolster health. Ανακτήθηκε από:
➤ <https://apnews.com/article/world-health-organization-pandemics-covid-regulations-mpox-9c6419844b9c333a1a31d224124532f1>
4. Azzuhri Rozaqi, S. (2023). *Definition, Importance, and Formulation of Health Policy and Financing. Proceedings of the Youth International Conference for Global Health 2022 (YICGH 2022)*. Faculty of Teacher Training and Education, Sebelas Maret University, Surakarta, Indonesia. Ανακτήθηκε από:
➤ <https://www.atlantis-press.com/proceedings/yicgh-22/125988988>
5. Azzuhri Rozaqi, S. & Sungkowo Raharjo, P. (2023). *Definition, Importance, and Formulation of Health Policy and Financing. Proceedings of the Youth International Conference for Global Health 2022 (YICGH 2022)* (pp.134-138). Ανακτήθηκε από:
➤ https://www.researchgate.net/publication/372533226_Definition_Importance_and_Formulation_of_Health_Policy_and_Financing
6. Baumgartner, F. R., & Jones, B. D. (2009). *Agendas and Instability in American Politics*. University of Chicago Press. 2nd Ed. Ανακτήθηκε από:
➤ <https://www.scribd.com/document/195474832/Baumgartner-and-Jones-Agendas-and-Instability-in-American-Politics>
7. Birkland, T. A. (2020). *An Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*. 5th Ed. Routledge. Ανακτήθηκε από:
➤ <https://dokumen.pub/an-introduction-to-the-policy-process-theories-concepts-and-models-of-public-policy-making-5nbsped-1138495611-9781138495616.html>

8. Bodenheimer, T.S., Grumbach, K. (2005). *Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας. Μια Κλινική Προσέγγιση*. Τέταρτη Έκδοση. Μτφ: Kalompatsou, A. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Souliotis, K. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Ανακτήθηκε από:
 - https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS338/Κείμενα/Bodenheimer%2C%20Grumbach_Κατανοώντας%20την%20πολιτική%20υγείας_Μια%20κλινική%20προσέγγιση.pdf
9. Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy* (2nd ed.). Open University Press. Ανακτήθηκε από:
 - <https://www.scribd.com/document/658487907/Making-Health-Policy-2nd-ed-Kent-Buse-Nicholas-Mays-Gill-Walt>
10. Cairney, Paul. (2024). Kingdon's multiple streams framework: what happens next?. *International Review of Public Policy*. 6. 455-462. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.researchgate.net/publication/389790994_Kingdon's_multiple_streams_framework_what_happens_next
11. Capano, G. (2025). Policy implementation and policy instruments: The underdeveloped dimensions of the four “political” American policy process theories. A Western European perspective. *European Policy Analysis*, 11, 230–253. Ανακτήθηκε από:
 - <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/epa2.1235>
12. CEU (Council of the EU), (2020). *Protecting people's health: The Council and the European Parliament agree provisionally on the EU4Health programme for 2021–2027*. Council of the EU. Ανακτήθηκε από:
 - <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2020/12/15/protecting-people-s-health-the-council-and-the-european-parliament-agree-provisionally-on-the-eu4health-programme-for-2021-2027/pdf>
13. CEU (2023). *EU Digital COVID Certificate*. Ανακτήθηκε από:
 - <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus-pandemic/eu-digital-covid-certificate/>
14. Chinyeaka, M. & Agwu, K. & Tomoh, B. & Forkuo, A. (2025). Examining Epidemic Spread with Wearable Health Sensors Data. *International Journal of Academic Management Science Research (IJAMSR)*. Vol. 9 Issue 3 March - 2025, Pages: 33-44. Ανακτήθηκε από:

- https://www.researchgate.net/publication/390433826_Examining_Epidemic_Spread_with_Wearable_Health_Sensors_Data
- 15. Cohen, M. & March, J. & Olsen, J. (1972). A Garbage Can Model of Organization Choice. *Administrative Science Quarterly*. 17. 1-25. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.researchgate.net/publication/235616360_A_Garbage_Can_Model_of_Organization_Choice
- 16. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Sage Publications. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
- 17. ECDPC (European Centre for Disease Prevention and Control), (2018). *Public health guidance on infectious disease prevention for migrant populations in the EU/EEA*. Ανακτήθηκε από:
 - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>
- 18. ECDPC (2020). *During the pandemic and beyond*. Briefing. European Parliament. Ανακτήθηκε από:
 - [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/651973/EPRS_BRI\(2020\)651973_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/651973/EPRS_BRI(2020)651973_EN.pdf)
- 19. ECDC (2022). *Preparedness and response planning*. Ανακτήθηκε από:
 - <https://www.ecdc.europa.eu/assets/ECDC-highlights-2022/preparedness-and-response.html>
- 20. Eerens, D., Hrzic, R., & Clemens, T. (2023). The architecture of the European Union's pandemic preparedness and response policy framework. *European Journal of Public Health*, 33(1), 42–48. Ανακτήθηκε από:
 - <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac154>
- 21. Engलगau, M., Rosenhouse, S., El-Saharty, S., Mahal, A. (2013). *The economic impact of non-communicable diseases on households and nations: a review of existing evidence*. World Bank Group. Open knowledge Repository. Ανακτήθηκε από:
 - <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/0de4d195-c835-5b76-93ab-ef99e22e8103>
- 22. EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies), (2005). *Cross-border health care in Europe*. Ανακτήθηκε από:

- <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/cross-border-health-care-in-europe>
- 23. European Commission (2009). *Policy Brief: Conclusions from the EU Thematic Conference Preventing of Depression and Suicide-Making it Happen*. Brussels. Ανακτήθηκε από:
 - https://health.ec.europa.eu/document/download/8890b115-260f-49af-a310-68e15aaef94c_en?filename=depression_policybrief.pdf&prefLang=sk
- 24. European Commission (2013). Report on health inequalities in the European Union. Ανακτήθηκε από: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/report_healthinequalities_swd_2013_328_en_0.pdf
- 25. European Commission (2017). *European Pillar of Social Rights*. Ανακτήθηκε από:
 - https://commission.europa.eu/system/files/2017-11/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_en.pdf
- 26. European Commission (2020):
 - a. *Migrants' health*. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://health.ec.europa.eu/social-determinants/migrants-health_en
 - b. *Preparedness, prevention and response planning for health crises in the EU*. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/prevention-preparedness-and-response-planning-health-crises_en
- 27. European Commission (2021):
 - a. *Drawing the early lessons from the COVID-19 pandemic*. Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Ανακτήθηκε από:
 - i. <https://commission.europa.eu/system/files/2021-06/communication150621.pdf>
 - b. *Establishing the Health Emergency Preparedness and Response Authority*. Commission Decision. of 16.9.2021. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://health.ec.europa.eu/publications/commission-decision-establishing-health-emergency-preparedness-and-response-authority-hera_en

- c. *Horizon Europe*. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe_en
- d. Timeline of EU action 2021. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/timeline-eu-action-2021_en

28. European Commission (2022). *Mobile contact tracing apps in EU Member States*.

Ανακτήθηκε από:

- https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/mobile-contact-tracing-apps-eu-member-states_en?utm_source=chatgpt.com

29. European Commission (2023). *Prevention, preparedness and response planning for health crises*. European Commission Health Security. Ανακτήθηκε από:

- https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/prevention-preparedness-and-response-planning-health-crises_en

30. European Commission (2024). *Communication on the European Health Union*.

Directorate-General for Health and Food Safety. Ανακτήθηκε από:

- https://health.ec.europa.eu/publications/communication-european-health-union_en

31. European Commission (2025):

- a. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en
- b. Health Emergency Preparedness and Response Authority. Ανακτήθηκε από:
 - i. http://commission.europa.eu/about/departments-and-executive-agencies/health-emergency-preparedness-and-response-authority_en
- c. EU Stockpiling and Medical Countermeasures Strategies to strengthen crisis readiness and health security. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_25_1728
- d. Financial support for regional and urban development projects. Ανακτήθηκε από:

- i. https://commission.europa.eu/eu-regional-and-urban-development/financial-support-projects_en
- 32. European Council (2025). *EU health policy*. Ανακτήθηκε από:
 - <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-health-policy/>
- 33. EPTT (European Parliament Think Tank), (2023). The European public health response to the COVID-19 pandemic: Lessons for future cross border health threats. Ανακτήθηκε από:
 - [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_STU\(2023\)740218](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_STU(2023)740218)
- 34. Eurostat (2025).
 - a. Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme
 - b. *Healthcare expenditure statistics - overview*. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview
- 35. Garel, P. (2022). Healthcare in Europe: A review of healthcare data before COVID-19. *HHE. HOPE – European Hospital and Healthcare Federation*. Ανακτήθηκε από:
 - <https://hope.be/wp-content/uploads/2023/01/HOPE-Healthcare-data-.pdf>
- 36. Greer, S. L., King, E. J., Fonseca, E. M., & Peralta-Santos, A. (2021). *Coronavirus politics: Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. University of Michigan Press. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.researchgate.net/publication/348126957_Coronavirus_Politics_The_Comparative_Politics_and_Policy_of_COVID-19
- 37. Gilson, L. (2003). Trust and the Development of Health Care As A Social Institute. *Social Science & Medicine* (1982). 56. 1453-68. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/05/avoimuus2016_kpatja_liite2.pdf
- 38. Hadna, A.H. (2021). Policy Formulation During Pandemic COVID-19: A New Evidence of Multiple Streams Theory from Yogyakarta, Indonesia. *Journal of Public*

Administration and Governance. Macrothink Institute. Vol. 11(3). Pages 3655-3655, December. Ανακτήθηκε από:

- https://www.researchgate.net/publication/354053612_Policy_Formulation_During_Pandemic_COVID-19_A_New_Evidence_of_Multiple_Streams_Theory_from_Yogyakarta_Indonesia

39. Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford University Press. Ανακτήθηκε από:

- <https://dokumen.pub/studying-public-policy-policy-cycles-and-policy-subsystems-paperbacknbsped-0195417941>

40. Jenkins-Smith, H.C. & Weible, C.M (Ed., 2025). *The Advocacy Coalition Framework*. Palgrave MacMillan. Ανακτήθηκε από:

- <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-85554-2>

41. Jones, B. & Baumgartner, F. (2012). From There to Here: Punctuated Equilibrium to the General Punctuation Thesis to a Theory of Government Information Processing. *Policy Studies Journal*. 40. 1-20. Ανακτήθηκε από:

- <https://fbaum.unc.edu/articles/01-Jones-Baumgartner.pdf>

42. Kamarul Aryffin HA, Bin Sahbudin MA, Ali Pitchay S, Abhalim AH, Sahbudin I. (2025). Technological trends in epidemic intelligence for infectious disease surveillance: a systematic literature review. *PeerJ Comput. Sci.* 11:e2874. Ανακτήθηκε από:

- <https://peerj.com/articles/cs-2874/>

43. Kluge, H.H.P., Jakab, Z., Bartovic, J., D'Anna, V., Severoni, S., (2020). Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*. Volume 395, Issue 10232. 1237 – 1239. Ανακτήθηκε από:

- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)2930791-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)2930791-1/fulltext)

44. Kingdon, J. W. (2011). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2nd ed.). Longman. Ανακτήθηκε από:

- <https://questanbridge.com/wp-content/uploads/2024/11/Agendas-Alternatives-and-Public-Policies.pdf>

45. Kingdon, J. W. (1984,1995, 2010): *Agendas, Alternatives, and Public Policy*. , New York: Longman.

46. Lupu, D., Tiganasu, R. (2022). COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. *Health Econ. Rev.* 12. 14. Ανακτήθηκε από:
 ➤ <https://link.springer.com/article/10.1186/s13561-022-00358-y>
47. Mosolova, D. (2024). *EU still not 'fully prepared' for next health crisis, warns audit body.* (2024, September 4). Financial Times. Ανακτήθηκε από:
 ➤ <http://ft.com/content/ca61f33c-8bf8-40d3-90e4-d417b04e224d>
48. Nikora, R. & McFarlane, D. (2010). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 35. 438-442. Ανακτήθηκε από:
 ➤ https://www.researchgate.net/publication/275444044_Closing_the_Gap_in_a_Generation_Health_Equity_Through_Action_on_the_Social_Determinants_of_Health
49. OECD (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Ανακτήθηκε από:
 ➤ https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en.html
50. OECD (2017). *Health at a Glance*. OECD Publishing. Ανακτήθηκε από:
 ➤ https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8/health_glance-2017-en.pdf
51. OECD (2020). *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in The EU Cycle*. Ανακτήθηκε από:
 ➤ https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/11/health-at-a-glance-europe-2020_674ebee7/82129230-en.pdf
52. OECD (2025). *Health Statistics*. Ανακτήθηκε από:
 ➤ <http://oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>
53. Ostrom, E. (2005). *Understanding Institutional Diversity*. Princeton University Press. Ανακτήθηκε από:
 ➤ https://wtf.tw/ref/ostrom_2005.pdf
54. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, JÜ. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 392(10157). 1553-1598. Ανακτήθηκε από:

- https://kclpure.kcl.ac.uk/ws/files/102654274/The_Lancet_Commission_on_PATL_Firstonline16October2018_GREEN_AAM_CC_BY_NC_ND_.pdf
- 55. Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations*. 3rd Ed. The Free Press. Ανακτήθηκε από:
 - <https://teddykw2.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf>
- 56. Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Westview Press. Ανακτήθηκε εν μέρει από:
 - <https://archive.org/details/policychangelear00saba/page/n11/mode/2up>
- 57. Sabatier, P., & Weible, C. (2007). *The Advocacy Coalition Framework*. In *Theories of the Policy Process* (pp. 189–220). Westview Press. Ανακτήθηκε από:
 - <https://ruby.fgcu.edu/courses/twimberley/EVR2861/theorypolprocess.pdf>
- 58. Schlauffer, C. & Kuenzler, J. & Jones, M. & Shanahan, E. (2022). The Narrative Policy Framework: A Traveler’s Guide to Policy Stories. *Politische Vierteljahresschrift*. 63. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.researchgate.net/publication/359090038_The_Narrative_Policy_Framework_A_Traveler's_Guide_to_Policy_Stories
- 59. Schneider, A. & Ingram, H. (1993). The Social Construction of Target Populations. *American Political Science Review*. 87. 10.2307/2939044. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.researchgate.net/publication/259427630_The_Social_Construction_of_Target_Populations
- 60. Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. Ανακτήθηκε από:
 - https://www.researchgate.net/publication/317171961_The_contemporary_refugee_crisis_an_overview_of_mental_health_challenges
- 61. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25. 374(9686):315-23. Ανακτήθηκε από: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673609611247?dgcid=api_sd_search-api-endpoint#preview-section-snippets
- 62. Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies. *European*

Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.

Ανακτήθηκε από:

- https://www.researchgate.net/publication/342276719_Strengthening_health_systems_resilience_Key_concepts_and_strategies

63. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M. Mladovsky, M., Maresso, A., Cylus, J. Karanikolos, M., Kluge, H. (2015). *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe. Impact and implications for policy*. Open University Press.

Ανακτήθηκε από:

- https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/economic-crisis-health-systems-health-europe-impact-implications-policy.pdf?sfvrsn=894de009_3&download=true

64. Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370.

Ανακτήθηκε από:

- <https://academic.oup.com/heapol/article/9/4/353/649125>

65. Walt, G. & Shiffman, J. & Schneider, H. & Murray, S. & Brugha, R. & Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*. 23. 308-17. Ανακτήθηκε από:

- https://www.researchgate.net/publication/23169295_'Doing'_health_policy_analysis_Methodological_and_conceptual_reflections_and_challenges

66. Weible, C. & Sabatier, P. & McQueen, K. (2009). Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework. *Policy Studies Journal*. 37. 121-140.

Ανακτήθηκε από:

- https://www.researchgate.net/publication/227521175_Themes_and_Variations_Taking_Stock_of_the_Advocacy_Coalition_Framework

67. WHO (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences. Ανακτήθηκε από:

- https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS338/Κείμενα/Economic_crisis_The_impact_of_the_crisis_on_health_in_Greece.pdf

68. WHO (2016). *Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat*. Ανακτήθηκε από:

- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

69. WHO (2017). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. WHO Commission on Social Determinants of Health. Ανακτήθηκε από:
- <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cb08095c-55c8-484e-bff6-0e9c78fd38dd/content>
70. WHO (2018). *Health of refugees and migrants - WHO European Region. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. Ανακτήθηκε από:
- [https://www.who.int/publications/i/item/health-of-refugees-and-migrants---who-european-region-\(2018\)](https://www.who.int/publications/i/item/health-of-refugees-and-migrants---who-european-region-(2018))
71. WHO (2020). *Strategic Preparedness and Response Plan: COVID-19*. Ανακτήθηκε από:
- <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf>
72. WHO (2021). *COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan Operational Planning Guideline*. Ανακτήθηκε από:
- <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategic-preparedness-and-response-plan-operational-planning-guideline>
73. WHO (2022). *Surveillance in emergencies*. Ανακτήθηκε από:
- <https://www.who.int/emergencies/surveillance>
74. WHO (2023):
- a. *Action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region 2023–2030*. Ανακτήθηκε από:
 - i. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8966-48738-72475>
 - b. *Health emergency preparedness, response and resilience*. Ανακτήθηκε από:
 - i. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/emergency-preparedness/who_hepr_wha2023-21051248b.pdf
75. WHO (2024). *International Health Regulations*. Ανακτήθηκε από:
- https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
76. WHO (2025). *Preparedness for emergencies*. Ανακτήθηκε από:
- <https://www.who.int/europe/emergencies/our-work-in-emergencies/preparedness>

77. Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications. Ανακτήθηκε από:

- https://opac.atmaluhur.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/YTE3NDlmYTY0ZjE2MDA5ODE4NGI1Y2FhMjdkMjRmYW5kMDA2MTVhOQ==.pdf