

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022



**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ –
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.
ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΚΑΤΣΑΡΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ - ΜΑΡΙΑ

1/2022

**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ-
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.
ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

**Διατριβή η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση εξ
αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Δημόσια
Διοίκηση – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας στο Πανεπιστήμιο
Νεάπολις**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ – ΜΑΡΙΑ ΚΑΤΣΑΡΟΥ

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © **Αικατερίνη – Μαρία Κατσαρού, 2022**

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διατριβής από το Πανεπιστημίου Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1 – Κρίσεις Δημόσιας Υγείας

1.1	Δημόσια Υγεία – Ιστορικά Στοιχεία.....	13
1.2	Η έννοια της Διαχείρισης Κρίσεων.....	15
1.3	Η σημασία της εκτίμησης και διαχείρισης Κινδύνου (Risk assessment and Risk management).....	16

Κεφάλαιο 2 – Ελλάδα και Κύπρος

2.1	Ιστορική Αναδρομή – Συστήματα υγείας.....	18
2.2	Ο τομέας της διαχείρισης κρίσεων υγείας.....	19
	2.2.1 Ελλάδα.....	19
	2.2.2 Κύπρος.....	20
2.3	Προοπτικές για το μέλλον.....	21

Κεφάλαιο 3 – Συστήματα Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων

3.1	Ευρώπη.....	23
3.2	Αυστραλία.....	24
3.3	Κίνα.....	26
3.4	Ηνωμένο Βασίλειο.....	27
	Μεθοδολογία.....	31

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 4 – Η περίπτωση του Covid - 19

4.1	Ιστορικά Στοιχεία και εξέλιξη της νόσου.....	42
4.2	Η αντιμετώπιση της Ευρώπης.....	44
	4.2.1 Ευρωπαϊκές Μεσογειακές Χώρες.....	45
	4.2.2 Σκανδιναβικές Χώρες.....	46
	4.2.3 Χώρες της Κεντρικής Ευρώπης.....	46

4.3	Η περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου.....	47
4.4	Η διαχείριση της Αυστραλίας.....	48
4.5	Η θέση της Κίνας.....	50
	Συζήτηση.....	52
Κεφάλαιο 5 – Το προσφυγικό ζήτημα		
5.1	Η έννοια των ανθρωπιστικών κρίσεων στον τομέα της Υγείας.....	54
5.2	Μετανάστης, Αιτητής Ασύλου, Πρόσφυγας.....	56
5.3	Το προσφυγικό και μεταναστευτικό ζήτημα του 2015 στην Ευρώπη.....	57
	5.3.1 Ελλάδα.....	58
	5.3.2 Κύπρος.....	60
	5.3.3 Ιταλία.....	62
	5.3.4 Γερμανία - Ουγγαρία.....	65
	5.3.5 Σκανδιναβικές χώρες.....	68
	Συζήτηση.....	71
Κεφάλαιο 6 – Αντιμετώπιση Φυσικών Καταστροφών		
6.1	Φυσικές καταστροφές στην Αυστραλία.....	72
6.2	Η περίπτωση της Ευρώπης.....	75
6.3	Η Κίνα.....	78
	Συζήτηση.....	80
	Συμπεράσματα.....	81
	Βιβλιογραφία.....	84

Κατάλογος Γραφικών Παραστάσεων/Εικόνων/Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Χρονοδιάγραμμα βασικών ανακαλύψεων στην ανοσολογική απόκριση στον SARS-CoV-2.....	43
Διάγραμμα 2: Αριθμός πλήρως εμβολιασμένου πληθυσμού στην Ευρώπη.....	52
Διάγραμμα 3: Αριθμός πλήρως εμβολιασμένου πληθυσμού σε Ευρώπη, Κίνα, Ηνωμένο Βασίλειο και Αυστραλία.....	53
Διάγραμμα 4: Θάνατοι εξαιτίας του Covid19, σε Ευρώπη, Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστραλία και Κίνα.....	54
Διάγραμμα 5: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Ελλάδα κατά τα έτη 2015 – 2020.....	59
Διάγραμμα 6: Στοιχεία αιτήσεων ασύλου Ελλάδα 2015-2020.....	60
Διάγραμμα 7: Πληθυσμιακά στοιχεία εισροών, Κύπρος 2015-2020.....	61
Διάγραμμα 8: Αιτήσεις Ασύλου Κύπρος 2015-2020.....	61
Διάγραμμα 9 : Αφίξεις προσφύγων μέσω θαλάσσης στην Ιταλία, την Ελλάδα και την Ευρώπη.....	62
Διάγραμμα 10: Πληθυσμιακά στοιχεία εισροών, Ιταλία 2015-2020.....	63
Διάγραμμα 11: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Ιταλία κατά τα έτη 2015 – 2020.....	64
Διάγραμμα 12: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Γερμανία και την Ουγγαρία κατά το έτος 2015.....	66
Διάγραμμα 13: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Γερμανία και την Ουγγαρία κατά το έτος 2016.....	67
Διάγραμμα 14: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στη Σκανδιναβία κατά το έτος 2015.....	69
Διάγραμμα 15: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στη Σκανδιναβία κατά το έτος 2016.....	69
Διάγραμμα 16: Μεταναστευτικές ροές στην Ευρώπη κατά τα έτη 2015 – 2016.....	71
Εικόνα 1: Φυσικές καταστροφές και θνητότητα στην Αυστραλία μεταξύ 1900 και 2015...	73
Διάγραμμα 17: Αριθμός θανάτων ανά φυσική καταστροφή, ανά Ήπειρο.....	80

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Prisma.....	32
Πίνακας 2. Μεταναστευτικές ροές ανά Ευρωπαϊκή περιοχή.....	33
Πίνακας 3. Συσχέτιση Γεωγραφικής περιοχής με διαχείριση του Covid-19.....	36
Πίνακας 4. Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής ανά Ήπειρο.....	40
Πίνακας 5. Εννοιολογικές αναφορές και επεξηγήσεις των όρων πρόσφυγας, μετανάστης, αιτητής ασύλου.....	57
Πίνακας 6: Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής στην Αυστραλία.....	75
Πίνακας 7: Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής στην Δυτική Ευρώπη...	77
Πίνακας 8: Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής στην Κίνα.....	79

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή/Φοιτήτριας: Κατσαρού Αικατερίνη - Μαρία

Τίτλος Μεταπτυχιακής Διατριβής: Η διαχείριση κρίσεων Υγείας μέσα από διαφορετικά συστήματα υγείας. Μια συστηματική ανασκόπηση

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις [ημερομηνία έγκρισης] από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτος επιβλέπων (Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος).....[ονοματεπώνυμο, βαθμίδα, υπογραφή]

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής:[ονοματεπώνυμο, βαθμίδα, υπογραφή]

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής:[ονοματεπώνυμο, βαθμίδα, υπογραφή]

Ευχαριστίες

Με την εκπόνηση της Διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Δρ. Μαρία Σαρίδη, για την εμπιστοσύνη της, την καθοδήγηση, τις συμβουλές και το ενδιαφέρον που μου έδειξε σε όλη της διάρκεια της συνεργασίας μας.

Η πραγμάτωση της εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την συμβολή της.

Αφιέρωση

Στην μητέρα μου Μαρία,
στον πατέρα μου Δημήτρη,
στην αδερφή μου Ελίζα
για την απέραντη αγάπη τους.
Η αφιέρωση αυτή είναι το ελάχιστο ευχαριστώ μου.

Στην Άντρια που πίστεψε σε μένα.

Περίληψη

Ο τομέας της διαχείρισης κρίσεων αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια της ανθρωπότητας και συγκεκριμένα του τομέα της υγείας. Και αυτό γιατί κρίσεις υπάρχουν και εκδηλώνονται στην καθημερινότητα, τις περισσότερες των περιπτώσεων, χωρίς προειδοποίηση. Στον τομέα της υγείας υπάρχουν διάφορα και διαφορετικά είδη κρίσεων: μολυσματικές ασθένειες, πανδημίες (το πιο πρόσφατο παράδειγμα), περιβαλλοντικές κρίσεις, ζητήματα μεταναστευτικών ροών, φυσικές καταστροφές, ατυχήματα και συμβάντα μεγάλης έκτασης και πολλά άλλα. Σε τέτοιες κρίσιμες περιπτώσεις, το τι θα ακολουθήσει στη συνέχεια έχει πραγματικά σημασία, γιατί αυτές οι κρίσεις είναι πέρα από τις τρέχουσες δυνατότητες λήψης αποφάσεων και επιχειρησιακών δυνατοτήτων. Είναι εξαιρετικά σημαντικό ότι, μια υγειονομική κρίση συνήθως δεν αφορά μόνο το υγειονομικό προσωπικό, καθώς εμπλέκονται σε αυτή οι περισσότεροι μηχανισμοί του κάθε κράτους. Η πιο λεπτή γραμμή στις κρίσεις υγείας είναι ότι συνήθως η υγειονομική απόκριση επισκιάζεται από κυβερνητικές, εθνικές ή και παγκόσμιες επιλογές, κάτι το οποίο την αφήνει εκτεθειμένη μπροστά στην κρίση καθώς δεν εξαρτάται απαραίτητα από το εκάστοτε σύστημα υγείας.

Η παρούσα διπλωματική αποτελεί μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων με έμφαση σε λειτουργίες συστημάτων υγείας, κοινωνίας και κυβερνήσεων και πρακτικών σε συσχετισμό με την πανδημία COVID-19, το μεταναστευτικό ζήτημα και των φυσικών καταστροφών. Η διαδικασία αναγνώρισης βιβλιογραφίας δίνεται στο διάγραμμα PRISMA (Πίνακας 1). Μαζί με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δόθηκε βάση στην δημιουργία ομαδοποιημένων βιβλιογραφικών αναφορών σχετικά με τα υπό μελέτη θέματα.

Στο κομμάτι του Covid -19 παρατηρήθηκαν ομοιότητες και διαφορές διαχείρισης της πανδημίας στις χώρες της Ευρώπης (με βασικότερη εκείνη της Σουηδίας). Η περίπτωση της Κίνας ανέδειξε το γεγονός ότι παρά την αρχική έκπληξη, κατάφερε να αρχίσει να ανταποκρίνεται σωστά σχετικά άμεσα, ενώ και η Αυστραλία έδειξε γενικές γραμμές ότι προσαρμόστηκε εξαιρετικά καλά κατά την οξεία φάση της πανδημίας ενώ η Αγγλία κατηγορήθηκε επανειλημμένως για αργοπορία στην εφαρμογή μέτρων αντιμετώπισης.

Το προσφυγικό ζήτημα αποτελεί ένα παγκόσμιο ζήτημα. Η Ελλάδα, η Ιταλία και η Γερμανία (για διαφορετικούς λόγους η καθεμία), δέχτηκαν κατά την έναρξη και κορύφωση της κρίσης (2015 -2016) μεγάλο αριθμό ροών, δεχόμενες έτσι τεράστια

επιβάρυνση και σε κυβερνητικό αλλά και υγειονομικό επίπεδο. Η Ουγγαρία έδειξε το ξενοφοβικό της πρόσωπο κλείνοντας ουσιαστικά την πόρτα της στους πρόσφυγες ενώ η Σκανδιναβία σαν σύνολο δέχθηκε μεγάλο αριθμό προσφύγων και σταδιακά άρχισε να υιοθετεί πιο αυστηρά μέτρα για την είσοδο τους. Το προσφυγικό και μεταναστευτικό ζήτημα μέχρι και σήμερα παραμένει άλυτο με χιλιάδες ανθρώπους να βρίσκονται στο έλεος των πολιτικών και των αποφάσεων κάθε χώρας.

Στο κομμάτι των φυσικών καταστροφών, μελετήθηκαν 3 διαφορετικές περιπτώσεις καταστροφής, σε 3 διαφορετικές Ηπείρους. Η βιβλιογραφία συμφωνεί ότι το βασικότερο πρόβλημα στο οποίο δεν δίνεται βαρύτητα από τις κυβερνήσεις είναι η κλιματική αλλαγή. Δασικές πυρκαγιές και πλημμύρες προκάλεσαν καταστροφές και θανάτους και στις 3 των περιπτώσεων, ακόμα και αν ήταν διαφορετικής έκτασης αφήνοντας όμως τον προβληματισμό του γιατί να υπάρχουν τέτοια αποτελέσματα, για κάτι το οποίο θεωρητικά μπορεί να συμβεί, όταν ειδικά στις φυσικές καταστροφές γίνεται αναφορά σε προνοητικότητα και προετοιμασία.

Abstract

The crisis management sector is one of the most important parts of humanity, especially in healthcare and that is because crises occur in everyday life, usually without warning. In healthcare there are different types of crises: infectious diseases, pandemics (which is the most recent examples), environmental crises, migration issues, natural disasters, accidents, and large-scale events and much more. In such critical moments, what will follow is of great importance, because normally a crisis is something that overwhelms the existing operational systems and protocols. It is extremely important to note that a health crisis management is usually not just limited to the health care personnel, as most of the states' mechanisms are involved. Therefore, the subtle line in health crises is that the health response is usually overshadowed by governmental, national, or global choices, which consequently leave the health care system exposed.

This dissertation is a systematic literature review, conducted using databases, with an emphasis on the functions of health care systems, society, and governments, in relation to the COVID-19 pandemic, the migration issue, and natural disasters. The subject and literature recognition process are given in the PRISMA diagram (Table 1). Along with the literature review, a focus is given in creating grouped bibliographic reports on the topics under study.

In the Covid -19 section, we observe similarities and differences among European countries (with the most important one being that of Sweden's) in managing the pandemic. The case of China highlights the fact that, despite the initial surprise, they managed to respond fast and effectively, while Australia was able to adapt extremely well during the acute phase of the pandemic, and England was repeatedly accused of being late in implementing measures. Concerning, the refugee issue we observe nowadays an impact on a global level. Greece, Italy, and Germany (each for different reasons), received at the beginning and peak of the crisis (2015-2016) many refugee flows, thus undergoing a huge governmental, social, and healthcare burden. Hungary showed its xenophobic face by effectively closing its doors to refugees, while Scandinavia initially accepted many refugees and later began to adopt stricter measures concerning their entry. The refugee and immigration issue to this day remains unresolved with thousands of people at the mercy of each country's policies and decisions.

In the part of natural disasters, three different disaster cases are studied, in three different Continents. The literature agrees that the main problem that is not addressed by governments is climate change. Forest fires and floods caused destruction and death in all three cases,

even if they were of different extent, leaving the question of why countries must suffer such consequences, when especially in natural disasters, foresight and preparation are possible, and hence expected.

Keywords: Health, Crisis Management, Europe, China, Australia

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1 – Κρίσεις Δημόσιας Υγείας

1.1. Δημόσια Υγεία – Ιστορικά Στοιχεία

Η ιστορία της δημόσιας υγείας προέρχεται από πολλές ιστορικές ιδέες, δοκιμές και λάθη, που στηρίζονται στην ανάπτυξη των επιστημών της τεχνολογίας και της επιδημιολογίας. Στη σύγχρονη εποχή, η κλινική δοκιμή του Τζέιμς Λιντ το 1756, για θεραπείες σχετικές με την διατροφή Βρετανών ναυτικών με σκορβούτο και η ανακάλυψη του Έντουαρντ Τζένερ 40 χρόνια αργότερα (1796) ότι ο εμβολιασμός κατά της ευλογιάς ουσιαστικά την αποτρέπει, έχουν σύγχρονες εφαρμογές (Tulchinsky and Varavikova, 2014). Σε όλη την διάρκεια της ιστορίας, επιδημίες όπως η πανώλη, η χολέρα και η ευλογιά έθεσαν σε λειτουργία προσπάθειες για την προστασία των πολιτών απέναντι στο νέο και στο άγνωστο. Αν και σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η όποια επιδημική νόσος θεωρούνταν κατά το παρελθόν συχνά σημάδι κακής ηθικής ή/και πνευματικής κατάστασης και όχι κάτι το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί με την βοήθεια της επιστήμης, στα τέλη του δέκατου έβδομου αιώνα, αρκετές ευρωπαϊκές πόλεις όρισαν δημόσιες αρχές σχετικές με την υγεία, για να υιοθετήσουν και να επιβάλουν μέτρα απομόνωσης και καραντίνας (Goudsblom, 1986).

Αν θέλαμε να ορίσουμε αρχικά το τι σημαίνει υγεία, θα ξεκινούσαμε από το ότι η δημιουργία κοινωνικής ευημερίας καθώς και η διευκόλυνση, η ενθάρρυνση και η εξασφάλιση της ατομικής αυτονομίας και αξιοπρέπειας είναι βασικές προκλήσεις στην παρούσα εποχή και στις σύγχρονες κοινωνίες. Η σύγχρονη αντίληψη για την υγεία έγινε επίσημη, όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), κατά την ίδρυσή του το 1948, συμπεριέλαβε τον ορισμό της υγείας στο καταστατικό του (WHO - Constitution, n.d.). Ο ορισμός προτάθηκε από τον Δρ. Αντρίγια Στάμπαρ, έναν Κροάτη μελετητή στον τομέα της κοινωνικής ιατρικής και της δημόσιας υγείας και έναν από τους ιδρυτές του ΠΟΥ. Αυτός ο ορισμός δηλώνει ότι «η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO - Constitution, n.d.). Επιπλέον, αυτός ο ορισμός προσπάθησε να αναδείξει για πρώτη φορά ότι, εκτός από τη σωματική και ψυχική υγεία, η κοινωνική ευημερία αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της συνολικής υγείας, καθώς η υγεία συνδέεται στενά με το κοινωνικό περιβάλλον και τις συνθήκες διαβίωσης (Svalastog et al., 2017).

Συνεχίζοντας με την Δημόσια Υγεία, θεωρείται γενικά ότι εμπλέκεται στον πληθυσμό και όχι σε μεμονωμένες δραστηριότητες υγείας και ότι υιοθετεί μια προσέγγιση για την υγεία

του πληθυσμού, αναγνωρίζοντας ότι γενετικοί, συμπεριφορικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (π.χ. στέγαση, εκπαίδευση) επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία (Jarvis et al., 2020). Η ιστορία της δημόσιας υγείας είναι μια ιστορία αναζήτησης αποτελεσματικών μέσων διασφάλισης της υγείας και πρόληψης ασθενειών στον πληθυσμό. Οι επιδημίες και τα λοιμώδη νοσήματα δυνάμωσαν τη σκέψη και την καινοτομία στην πρόληψη ασθενειών. Η πρόληψη των ασθενειών στους πληθυσμούς αφορά συνήθως τον καθορισμό και την αναγνώριση της ασθένειας, τη μέτρηση της εμφάνισης της και την αναζήτηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων προς αυτήν (Tulchinsky and Varavikova, 2014). Τα τελευταία 150 χρόνια, δύο παράγοντες διαμόρφωσαν το σύγχρονο σύστημα δημόσιας υγείας: πρώτον, η ανάπτυξη της επιστημονικής γνώσης σχετικά με τις πηγές και τα μέσα ελέγχου και δεύτερον, η σταδιακή αύξηση της αποδοχής από το κοινό ότι οι ασθένειες αποτελούν και δημόσια ευθύνη. Καθώς η κατανόηση των πηγών μετάδοσης και των μέσων ελέγχου της νόσου έβρισκε νέες επεξηγήσεις, αναπτύχθηκαν πιο αποτελεσματικές κινήσεις κατά των απειλών για την υγεία και άρχισαν να δημιουργούνται δημόσιοι οργανισμοί και φορείς για να εφαρμόσουν σχετικές παρεμβάσεις. Καθώς η επιστημονική γνώση μεγάλωνε και δυνάμωνε, οι δημόσιες αρχές επεκτάθηκαν για να αναλάβουν νέα καθήκοντα, όπως η υγιεινή, η αγωγή υγείας και η προσωπική παροχή υγείας (Health, 1988).

Φτάνοντας στο σήμερα και στην πανδημία του Covid – 19, η εξάπλωση του έχει προκαλέσει τεράστιους κινδύνους στα παγκόσμια συστήματα υγείας και στους οικονομίες των χωρών. Δεδομένου ότι η ασθένεια δεν έχει επί του παρόντος συγκεκριμένη θεραπεία εκτός από τα εμβόλια τα οποία δεν αποτελούν άμεση θεραπεία (λειτουργία πρόληψης), υπήρχε και υπάρχει επιτακτική ανάγκη να βρεθούν υποκατάστατα μέσα για να κυριαρχήσουν στην επέκτασή της (εμβολιασμοί). Το ξέσπασμα του COVID-19 οδήγησε τους υπευθύνους της δημόσιας υγείας πολλών χωρών, να θεσπίσουν πολιτικές και να διαχειριστούν την εξάπλωση της νόσου εφαρμόζοντας διαφορετικές στρατηγικές, συμπεριλαμβανομένης της ενθάρρυνσης των ανθρώπων για απομόνωση και καραντίνα (Tabari et al., 2020).

1.2. Η έννοια της διαχείρισης κρίσεων

Μια κρίση έχει συνήθως τρία χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι ότι, μια κρίση είναι απροσδόκητη και απρόσμενη. Δεύτερον, μια κρίση είναι συνήθως δυσάρεστη δεδομένου ότι τα τρέχοντα σχέδια βρέθηκαν να λειτουργούν λιγότερο καλά από ό, τι αναμενόταν. Τρίτον, μια κρίση απαιτεί επείγουσα αντίδραση κάποιου είδους που σημαίνει, ουσιαστικά μια άμεση αλλαγή και προσαρμογή των σχεδίων δράσης (Avery Gomez et al., 2006).

Τίποτα από τα παραπάνω όμως δεν θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αν δεν υπήρχε η έννοια και η διαδικασία της διαχείρισης κρίσεων στην υγεία. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συντελούν στο να χαρακτηριστεί ένα γεγονός ως κρίση. Οι πιο σημαντικοί από αυτούς είναι:

- η κλιματική αλλαγή
- η απώλεια βιοποικιλότητας
- η ταχεία αστικοποίηση
- οι αυξήσεις μεταναστών και προσφύγων
- η εγχώρια και διεθνής τρομοκρατία
- μεγάλης έκτασης ατυχήματα και καταστροφές

Όλα τα παραπάνω έχουν οδηγήσει σε μια άνευ προηγουμένου αύξηση της άμεσης και έμμεσης θνησιμότητας και νοσηρότητας γιατί όπως αναφέρθηκε, οι κρίσεις είναι πέρα από τις τρέχουσες δυνατότητες λήψης αποφάσεων και επιχειρησιακών δυνατοτήτων (Jr, 2019). Σε αυτό το σημείο εισέρχεται η έννοια της διοίκησης και διαχείρισης κρίσεων υγείας και επειγουσών καταστάσεων. Σύμφωνα με μελέτη(Panos et al., 2009), όταν γίνεται αναφορά στην διαχείριση κρίσεων υγείας, ορίζεται ως «ένα συντονισμένο και αποτελεσματικό επιχειρησιακό σχέδιο δράσης ομάδων ανθρώπων και εφαρμόζεται σε περίπτωση απειλής για την δημόσια υγεία». Επιπλέον, η ύπαρξη και η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου διαχείρισης κρίσεων μπορεί να διασφαλίσει την κατανόηση των πιθανών απειλών, τις προετοιμασίες για τον μετριασμό των επιπτώσεών τους και την ταχύτερη ανάκαμψη(Abbas, 2021).

1.3. Η σημασία της εκτίμησης και διαχείρισης Κινδύνου (Risk assessment and Risk management)

Σύμφωνα με μελέτη(Aven, 2016), η έννοια της εκτίμησης και διαχείρισης κινδύνου έχει μακρά ιστορία. Πριν από περισσότερα από 2.400 χρόνια οι Αθηναίοι έδειξαν την ικανότητά τους να αξιολογούν τον κίνδυνο πριν λάβουν αποφάσεις. Ωστόσο, η αξιολόγηση κινδύνου και η διαχείριση του ως επιστημονικό πεδίο συναντάται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες, και πιο συγκεκριμένα τα τελευταία 30–40 χρόνια, όπου αρχίζουν και γίνονται ορατά τα πρώτα επιστημονικά περιοδικά, εργασίες και συνέδρια που καλύπτουν θεμελιώδεις ιδέες και αρχές για τον τρόπο κατάλληλης αξιολόγησης και διαχείρισης του κινδύνου(Aven, 2016).

Στον τομέα της υγείας, η διαχείριση κινδύνου περιλαμβάνει τα κλινικά και διοικητικά συστήματα, διαδικασίες και αναφορές που χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό, την παρακολούθηση, την αξιολόγηση, τον μετριασμό και την πρόληψη των κινδύνων(Catalyst, 2018). Χρησιμοποιώντας τη διαχείριση κινδύνου, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης προστατεύουν τόσο προληπτικά όσο και σε συνέχεια, την ασφάλεια των ασθενών καθώς και τα περιουσιακά στοιχεία του οργανισμού και την ποιότητα (Catalyst, 2018).

Ένα σημαντικό παράδειγμα της σημασίας της εκτίμησης και διαχείρισης κινδύνου, σύμφωνα με έρευνα(Khunti et al., 2021), είναι η περίπτωση του covid – 19. Και αυτό γιατί, πάντα η αξιολόγηση κινδύνου θα πρέπει να ακολουθείται από τη διαχείριση κινδύνου δηλαδή, την ύπαρξη ιεραρχίας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα αξιολόγησης κινδύνου μπορεί να βοηθήσει τους υπευθύνους να κάνουν προσαρμογές για να μετριάσουν τον κίνδυνο του covid-19 κάτι το οποίο μπορεί να ξεκινήσει, με την εξάλειψη και τους ελέγχους της έκθεσης στον κίνδυνο(στο μέτρο του δυνατού), τα μέτρα υγιεινής και τα ασφαλή συστήματα εργασίας καθώς και με τη σωστή χρήση του ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης. Επίσης, τα άτομα που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο από τη μόλυνση μπορεί να χρειαστούν προσαρμογές στους ρόλους τους. Με αυτόν τον τρόπο, σύμφωνα πάντα με την ίδια μελέτη, μπορεί να είναι δυνατό να ελαχιστοποιηθούν οι δυνητικά υψηλοί κίνδυνοι μόλυνσης. (Khunti et al., 2021).

Σύμφωνα με τον (Alam, 2016), η διαχείριση κινδύνου στον τομέα της υγείας έχει πέντε βασικά βήματα:

- 1: Καθορισμός πλαισίου
- 2: Προσδιορισμός κινδύνων
- 3: Ανάλυση κινδύνων

4: Αξιολόγηση των κινδύνων

5: Αντιμετώπιση/Διαχείριση κινδύνων

Το 2019 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), δημιούργησε ένα νέο πλαίσιο για την διαχείρισης κινδύνου στον τομέας της Υγείας, προσαρμοσμένο στην νέα πραγματικότητα του Covid-19(WHO - Risk Assessment, 2020). Αυτό το πλαίσιο αντιμετωπίζει τα πολλά ζητήματα που υπάρχουν σε έναν ομολογουμένως απρόβλεπτο σε μεγάλο βαθμό τομέα, και έχει σχεδιαστεί για να παρέχει ένα γενικό πλαίσιο για να συγκεντρώσει τις πολλές ζωτικής σημασίας πρωτοβουλίες για την ύπαρξη πλάνου διαχείρισης κινδύνου και την αύξηση της ετοιμότητας για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία. Το πλαίσιο στοχεύει επίσης να ενσωματώσει ένα πρόγραμμα εκτίμησης και διαχείρισης κινδύνου για την υγεία στα υπάρχοντα συστήματα υγείας, δίνοντας έτσι μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη κινδύνων και την δημιουργία μιας ανθεκτικότητας στην υγεία σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο, μαζί με την ετοιμότητα, την ανταπόκριση και την ανάκαμψη(Wright et al., 2020). Από τα παραπάνω γίνεται λοιπόν αντιληπτή η τεράστια σημασία της εκτίμησης του κινδύνου στον τομέα της υγείας και ακόμα περισσότερο στην εμφάνιση μιας κρίσης.

Κεφάλαιο 2 - Ελλάδα και Κύπρος

2.1. Ιστορική αναδρομή – Συστήματα υγείας

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1983, υπήρξε ο κύριος δημόσιος πάροχος υγείας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απουσίαζαν οι ιδιωτικοί πάροχοι. Το ΕΣΥ παρείχε τόσο πρωτοβάθμια όσο και δευτεροβάθμια περίθαλψη με επίκεντρο τα νοσοκομεία, τα οποία συμπληρώνονται από κέντρα υγείας. Αυτός ο προσανατολισμός γύρω από τα νοσοκομεία έγινε εις βάρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία παρεχόταν κυρίως από δημόσια κέντρα υγείας που διαχειρίζεται το ΕΣΥ σε αγροτικές περιοχές και ιατρεία που λειτουργούσαν από ορισμένα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης σε αστικά κέντρα(κυρίως τα ταμεία που παρείχε ο ιδιωτικός τομέας)(Kalavrezou and Jin, 2021). Οι ασθενείς συχνά έπρεπε να περιμένουν σε μεγάλες ουρές για ιατρικές εξετάσεις ή διαγνωστικές εξετάσεις, επιλέγοντας συχνά γραφεία ιδιωτικών ιατρών που θα μπορούσαν είτε να αποζημιωθούν από τα ταμεία τους, είτε ακόμα να πληρώσουν και με δικά τους έξοδα. Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι ιδιωτικοί πάροχοι δυνάμωσαν, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα το 2009, σχεδόν το 40% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών στην Ελλάδα να είναι ιδιωτικές(Kalavrezou and Jin, 2021). Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 επηρέασε την Ελλάδα με πολλούς τρόπους και είχε μεγάλο αντίκτυπο στον τομέα της υγείας. Όπως είναι γνωστό σήμερα, το 2010, η χώρα εισήλθε σε ένα πρόγραμμα διάσωσης, το οποίο διήρκεσε έως το 2018 και εφαρμόστηκε μέσω τριών διαδοχικών Μνημονίων Συνεργασίας, που υπογράφηκαν μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου, του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας. Αυτά τα μνημόνια συνοδευόντουσαν από ένα προαπαιτούμενο πακέτο μεταρρυθμίσεων, που περιλάμβανε κυρίως πολιτικές μείωσης του κόστους. Μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις αφορούσε τον τομέα της υγείας, αλλά η προσέγγιση δημοσιονομικής εξυγίανσης που εφαρμόστηκε σε όλους τους άλλους τομείς, περιέπλεξε τις αδυναμίες του ήδη επιβαρυσμένου ελληνικού συστήματος υγείας(Myloneros and Sakellariou, 2021). Τον Μάρτιο του 2011 ξεκίνησε μια μεγάλη αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας η οποία υλοποιήθηκε με την εμφάνιση του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας). Η επίσημη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2011 και αρχικά του είχε ανατεθεί και η διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ρόλος που προηγουμένως δεν υπήρχε) και ο οποίος περιελάμβανε, τον συντονισμό της, με την ανάθεση παρόχων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τον καθορισμό ποιότητας και προτύπων απόδοσης, με ευρύτερο στόχο την μείωση της πίεσης

που υπήρχε στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των δημοσίων νοσοκομείων (Economou, 2017).

Η Κύπρος αντίθετα δεν διέθετε ουσιαστικό Εθνικό σύστημα υγείας μέχρι και τις αρχές του 2019. Πιο συγκεκριμένα το 2019, η Κύπρος εγκαίνιασε το νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας ως μία από τις σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που απαιτούνταν (όπως και στην Ελλάδα) από τη συμφωνία διάσωσης με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα που απέτρεψε την πτώχευση στην Κύπρο το 2011. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ίδρυση αυτής της νέας υπηρεσίας ήταν η μεταφορά των δημόσιων νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας στον νέο οργανισμό με την ονομασία «Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας» (Petrouti, 2021). Η πρώτη φάση υλοποίησης ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2019 και εισήγαγε κάλυψη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ασθενών για ολόκληρο τον πληθυσμό, παρέχοντας πρόσβαση με σχετικά μικρές χρεώσεις, σε οικογενειακούς ιατρούς, ειδικούς εξωτερικούς ιατρούς, φαρμακευτικά προϊόντα και εργαστήρια. Η δεύτερη φάση υλοποίησης ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2020 με την ένταξη της νοσοκομειακής περίθαλψης, ακολουθούμενη από την ένταξη των εξειδικευμένων φαρμακευτικών προϊόντων τον Σεπτέμβριο του ίδιου έτους και ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του 2020 (Petrouti, 2021). Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας παρέχει πρόσβαση στον κυπριακό πληθυσμό σε: προσωπικούς γιατρούς, ειδικούς εξωτερικούς γιατρούς, εργαστήρια, φαρμακεία, νοσηλευτικές υπηρεσίες, μαιέες, υπηρεσίες εσωτερικής υγειονομικής περίθαλψης, οδοντίατρους, παρηγορητική φροντίδα, φροντίδα αποκατάστασης, κατ' οίκον νοσηλεία, υπηρεσία ασθενοφόρων, καθώς και τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (Pallari et al., 2020).

2.2. Ο τομέας της Διαχείρισης Κρίσεων Υγείας

Ο τομέας της Διαχείρισης Κρίσεων Υγείας θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ακολουθεί βίους παράλληλους και για τις δύο χώρες, παρόλο που στην Ελλάδα σαν ιδέα και σαν διαδικασία υφίσταται παραπάνω χρόνια από ότι στην Κύπρο. Όμως, ενώ στην Κύπρο είναι σε διαδικασία ανάπτυξης και προσπάθεια καθιέρωσης τα τελευταία χρόνια, στην Ελλάδα δεν έχει ακολουθήσει ιδιαίτερη εξέλιξη κατά το πέρασμα των ετών.

2.2.1. Ελλάδα

Στην Ελλάδα συγκεκριμένα η πολιτική προστασία βρίσκεται συνήθως στην οργάνωση δράσεων που αφορούν κρίσεις υγείας. Οργανώνεται ως ένα συντονισμένο σύστημα πόρων όπου οι εθνικές, περιφερειακές και τοπικές αρχές συνεργάζονται με τοπικούς και δημόσιους φορείς και υπηρεσίες. Στους αρμόδιους ελληνικούς φορείς για την εφαρμογή μέτρων

πολιτικής προστασίας περιλαμβάνονται η Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας (ΓΓΠΠ) και αρκετές αρχές, οργανισμοί και φορείς, π.χ. τα υπουργεία, η πυροσβεστική, η Ελληνική αστυνομία, οι ένοπλες δυνάμεις, οι υγειονομικές αρχές, οι αποκεντρωμένες διοικήσεις, οι περιφέρειες και οι δήμοι (Hans, 2019a). Σε αυτό το σημείο θα μπορούσε να ειπωθεί ότι υπάρχει μια διαφοροποίηση στο κομμάτι της διαχείρισης η οποία έγκειται στο είδος της κρίσης υγείας που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Πιο συγκεκριμένα, σε ότι έχει να κάνει με κομμάτι φυσικών καταστροφών, τεχνολογικών μαζικών καταστροφών, μαζικού συμβάντος που αφορά τη δημόσια υγεία ή και τρομοκρατικά συμβάντα που απειλούν τη δημόσια υγεία η πρώτη ανταπόκριση ανήκει σε ένα εξειδικευμένο τμήμα του Εθνικού Κέντρου Έκτακτης Ανάγκης (ΕΚΑΒ), το οποίο ονομάζεται Ειδικό τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (ΕΤΙΚ) (“Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών – Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας,” n.d.). Το τμήμα αυτό αποτελείται από γιατρούς και διασώστες του ΕΚΑΒ, οι οποίοι έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση στην διαχείριση μαζικών απωλειών υγείας που έχουν προκληθεί από ατυχήματα ή φυσικές καταστροφές. Εκτός όμως από το τμήμα του ΕΚΑΒ, στην Ελλάδα υπάρχουν και αρκετές εθελοντικές διασωστικές ομάδες, οι οποίες ανταποκρίνονται όταν τους ζητηθεί σε γεγονότα κρίσεων υγείας. Για παράδειγμα το τμήμα Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, με πολλά χρόνια παρουσίας στον Ελλαδικό χώρο, έχει ανταποκριθεί και ανταποκρίνεται σε πληθώρα κρίσεων (Προσφυγικό, Covid – 19, πλημμύρες, πυρκαγιές), με την πλειοψηφία των μελών του να είναι εθελοντές οι οποίοι έχουν λάβει εκπαίδευση απόκρισης σε τέτοιου είδους περιστατικά.

2.2.2. Κύπρος

Στην Κύπρο αντίθετα, η διαχείριση μαζικών καταστροφών και κρίσεων υγείας βρίσκεται σε διαδικασία εξέλιξης τα τελευταία χρόνια. Σε εθνικό επίπεδο, η διαχείριση κρίσεων έγκειται στην Πολιτική Άμυνα Κύπρου η οποία έχει ως στόχο να εκτελεί διάφορα ανθρωπιστικά καθήκοντα που αποσκοπούν στην προστασία του πληθυσμού (Hans, 2019b). Σύμφωνα με τη νομοθεσία, η Πολιτική Άμυνα είναι οργανωμένη ως μονάδες σε όλες σχεδόν τις αστικές περιοχές της Κύπρου, οι οποίες στελεχώνονται κυρίως από έμμισθους και εθελοντές. Τα μέλη της Πολιτικής Άμυνας Κύπρου, που κατανέμονται στις διάφορες μονάδες, λαμβάνουν βασική εκπαίδευση και αργότερα τοποθετούνται σε διαφορετικά τμήματα της Πολιτικής Άμυνας. Υπάρχουν διάφορα τμήματα όπως, οι πρώτες βοήθειες, το τμήμα τηλεπικοινωνιών, το τμήμα πρόνοιας, το τμήμα διάσωσης και πυρόσβεσης και άλλα (Hans, 2019b).

Όμως, πρέπει να αναφερθεί ότι ένα μεγάλο κομμάτι της διαχείρισης κρίσεων υγείας στο νησί της Κύπρου, υπάγεται κάτω από την Υπηρεσία Ασθενοφόρων Κύπρου, η οποία και

μετά από πρωτοβουλίες της Διοίκησης της, δημιούργησε τη νεοσύστατη ομάδα ανταπόκρισης σε κάθε λογής κρίσης υγείας. Έτσι στα βήματα και άλλων χωρών δημιουργήθηκε η ομάδα «Hart Team», η οποία επανδρώνεται από επαγγελματίες υγείας(διασώστες και νοσηλευτές). Τα τελευταία περίπου 2,5 χρόνια τα μέλη της βρίσκονται σε διαδικασία εκπαίδευσης, ενώ οι πιο έμπειροι της ομάδας έχουν ήδη ανταποκριθεί όπου έχει κριθεί αναγκαίο (π.χ. συνοδεία προσφύγων σε πλωτά μέσα, πυρκαγιές)(“Πληροφορίες για Ασθενοφόρα,” n.d.). Επιπλέον στην Κύπρο υπάρχει και η συμμετοχή ΜΚΟ οργανισμών όπως η ομάδα Reaction Cyprus, η οποία έχει πραγματοποιήσει σε πολλές περιπτώσεις πρωτοβουλίες απόκρισης (κυρίως κοινωνικού περιεχομένου), σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

2.3. Προοπτικές για το μέλλον

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας αντιμετωπίζει μακροχρόνιες προκλήσεις, μεταξύ των οποίων σοβαρές αναποτελεσματικότητα και έλλειψη συνέχειας προγραμματισμού και στρατηγικής κατεύθυνσης. Παρά τις μεγάλες προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι τώρα, υπάρχουν αρκετές ασάφειες και δυσλειτουργίες ιδίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με βασικό της πρόβλημα την έλλειψη χρηματοδότησης. Βασική πρόκληση αποτελεί η δυσκολία του συστήματος να προχωρήσει σε ουσιαστικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις αλλά και να μπορεί να τις εφαρμόσει με επιτυχία. Η διαχείριση κρίσεων υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται σε ιδιαιτέρως χαμηλά επίπεδα, με το μέλλον να φαίνεται ελαφρώς δυσοίωνο, εάν δεν προκύψουν άμεσες, δραστικές και ουσιαστικές αλλαγές από την κυβέρνηση. Αλλαγές όμως οι οποίες δεν θα προκύψουν, αν δεν υπάρξει ένα ουσιαστικό πλαίσιο και σχέδιο το οποίο να συμπεριλαμβάνει την υγεία ως κάτι το οποίο είναι σημαντικό και όχι δευτερεύον στην λίστα προτεραιότητας.

Όσον αφορά την Κύπρο η εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες και σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στην ιστορία της Κυπριακής Δημοκρατίας (Petrrou, 2021). Πράγματι, παρόλο που κατά την έναρξη της λειτουργίας του ο ΟΚΥΠΥ φάνηκε να έχει ορισμένες αδυναμίες, με την πάροδο του χρόνου υπάρχει βελτίωση. Αυτό φαίνεται ότι ενισχύει σημαντικά τον τομέα της υγείας της Κύπρου, καθώς πρόκειται για ένα τεράστιο βήμα προς την ουσιαστική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της.

Στο κομμάτι της διαχείρισης κρίσεων στην Κύπρο δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία ή σχετικό σχέδιο πρόληψης. Προληπτικά μέτρα λαμβάνονται από διάφορα τμήματα μέσω των κανονισμών τους και μερικές φορές αυτά αποτυπώνονται και σε σχέδια όπως για παράδειγμα το σχέδιο για τους σεισμούς. Επιπλέον και σύμφωνα με το σχέδιο ΖΗΝΩΝ, οι αρμόδιες υπηρεσίες οφείλουν να καταρτίσουν συγκεκριμένα εθνικά σχέδια για το σύνολο

των καταστροφών. Τα σχέδια προβλέπουν διαφορετικά επίπεδα ενεργοποίησης ανάλογα με το μέγεθος της καταστροφής και όταν το συμβάν θεωρείται μεγάλης κλίμακας καταστροφή, συνέρχεται ειδική υπουργική ομάδα για να συντονίσει τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της (Hans, 2019b).

Κεφάλαιο 3 – Συστήματα Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων

3.1 Ευρώπη

Το 2000, ο ΠΟΥ όρισε ένα σύστημα υγείας «ως το σύνολο δραστηριοτήτων των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προώθηση, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας»(WHO - World Health Report, 2000). Αυτό αντιπροσωπεύει όλες τις επίσημες υπηρεσίες υγείας, τις ενέργειες της παραδοσιακής ιατρικής, τη χρήση φαρμάκων, τη φροντίδα στο σπίτι και τις ενέργειες που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας έμμεσα επηρεάζοντας τον τρόπο λειτουργίας των μη υγειονομικών συστημάτων(WHO - World Health Report, 2000). Επίσης, τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη να βελτιώσουν την υγεία ενός ατόμου, προστατεύοντάς το από το οικονομικό κόστος της ασθένειας, καθώς και αντιμετωπίζοντάς το με αξιοπρέπεια(Araujo de Carvalho et al., 2017).

Τα υπάρχοντα συστήματα υγείας υπάρχουν και επηρεάζονται από συγκεκριμένες πολιτικές, ιστορικές, πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές παραδόσεις. Κατά συνέπεια, είναι λογικό και μπορεί να διαφέρουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Πράγματι, οι ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζουν διαφοροποιημένες ρυθμίσεις για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, τη χρηματοδότηση και την κάλυψη των δαπανών ασφάλισης υγείας και ουσιαστικά αυτές οι ρυθμίσεις αποτελούν το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Η ταξινόμηση των συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι σημαντική για του εξής λόγους: επιτρέπει διεθνείς συγκρίσεις όχι μόνο των χαρακτηριστικών τους αλλά και των επιδόσεων τους ενώ επιπλέον επιτρέπει να γίνονται αξιολογήσεις πολιτικής και ενδεχόμενες συστάσεις σε κάθε χώρα(Ferreira et al., 2018).

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας έχουν ταξινομηθεί με διάφορους τρόπους τα τελευταία 30 χρόνια. Μπορεί να ειπωθεί ότι τα τελευταία 30 χρόνια χωρίζονται σε δύο περιόδους, πριν και μετά τη δεκαετία του 2000(Hejduková and Kureková, 2016). Στην πιο πρόσφατη περίοδο, η ομαδοποίηση γίνεται σύμφωνα με τη μέθοδο που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Τα συστήματα υγείας ταξινομούνται σε τρεις τύπους: το μοντέλο Beveridge, το μοντέλο Bismarck και η ιδιωτική ασφάλιση. Το μοντέλο Beveridge ορίζεται από την καθολική κάλυψη, τη φορολογούμενη χρηματοδότηση και τη δημόσια παροχή. Το μοντέλο Bismarck, με τη σειρά του, ορίζεται από την καθολική κάλυψη, τις κοινωνικές εισφορές που χρηματοδοτούνται και η παροχή γίνεται από δημόσιο ή ιδιωτικό ή και από τους δύο τομείς(Hejduková and Kureková, 2016). Η περίοδος 2000–2015 έφερε αρκετές νέες προτάσεις για τον τρόπο ταξινόμησης των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη λόγω του αυξανόμενου ενδιαφέροντος για σύγκριση συστημάτων υγείας σε διεθνές επίπεδο. (Tavares, 2017).

Η πιο πρόσφατη πρόταση για τους τύπους ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας προτάθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση - Επιτροπή των Περιφερειών, και αφορά 27 χώρες της ΕΕ, εκτός της Κροατίας και έγινε χρήση του ρόλου των τοπικών και περιφερειακών αρχών στα συστήματα διαχείρισης υγείας. Αυτή η μορφή, αποδίδει πέντε ομάδες συστημάτων υγείας: αποκεντρωμένα, μερικώς αποκεντρωμένα, λειτουργικά αποκεντρωμένα, συγκεντρωτικά αλλά δομημένα σε εδαφικό επίπεδο και συγκεντρωτικά (Committee of the Regions., 2012). Ο ρόλος της επιτροπής της Ε.Ε. στη διαχείριση κρίσεων υγείας είναι κυρίως να διασφαλίζει τον συντονισμό της αντίδρασης των κρατών της, ενώ τα συγκεκριμένα μέτρα δημόσιας υγείας παραμένουν στην αρμοδιότητα των εθνικών κυβερνήσεων. Η Επιτροπή αυτή συνεργάζεται στενά με όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για να διασφαλίσει ότι ο σχεδιασμός τους είναι συνολικός και καλά συντονισμένος ενώ μπορεί επίσης να κινητοποιηθεί μέσα στο επίπεδο της Ε.Ε. για άμεση στήριξη στα κράτη μέλη. Η ταχεία αντίδραση της Ε.Ε σε σοβαρές διασυνοριακές απειλές για την υγεία συντονίζεται από την Επιτροπή Ασφάλειας Υγείας και αποτελεί βασικό πυλώνα για την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με συγκεκριμένα μέτρα που εγκρίνει κάθε χώρα και, μαζί με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, καθορίζονται οι ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσουν σχετικά με την ετοιμότητα, τον σχεδιασμό, την επικοινωνία και την απόκριση σε κινδύνους και κρίσεις (DRAGUET, 2020).

3.2 Αυστραλία

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Αυστραλίας, αναγνωρίζεται ως ένα από τα καλύτερα στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Liota, 2021; OECD, 2021). Ωστόσο, έχει δεχθεί έντονη πίεση λόγω αλλαγών στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, όπως η αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της ύπαρξης ανισοτήτων, και των περίπλοκων υγειονομικών συνθηκών. Και όχι άδικα καθώς σύμφωνα με τους (Dixit and Sambasivan, 2018), το συγκεκριμένο σύστημα όχι μόνο αντιμετωπίζει ανεπάρκειες και ελλείψεις εργατικού δυναμικού, αλλά επίσης, υπάρχει προσδοκία μεγαλύτερης δημόσιας αναφοράς για τη διαθεσιμότητα των απαραίτητων υπηρεσιών, καθώς και αποτελεσμάτων ικανοποίησης (η μη) που δίνονται από τους ασθενείς. Το αυστραλιανό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης διαθέτει πολλούς διαφορετικούς τύπους και βαθμίδες υπηρεσιών που είναι διαθέσιμοι προς τον πολίτη και παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, από την υγεία του πληθυσμού και την πρόληψη έως τη γενική ιατρική και την κοινοτική υγεία, τις υπηρεσίες επείγουσας υγείας και τη νοσοκομειακή περίθαλψη και την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα (Dixit and Sambasivan, 2018).

Το σύστημα διαθέτει δύο βασικά μέρη: το δημόσιο σύστημα υγείας και το ιδιωτικό σύστημα υγείας. Το δημόσιο σύστημα, αποτελείται από έναν αριθμό υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων νοσοκομείων, που βασίζονται στην κοινότητα και των οργανισμών υγείας που ανήκουν σε μεγάλο βαθμό και διοικούνται από κυβερνήσεις των πολιτειών. Είναι σημαντικό ότι, οι πολίτες της χώρας έχουν πρόσβαση στη φροντίδα του δημόσιου συστήματος υγείας είτε δωρεάν είτε με χαμηλότερο κόστος μέσω της υπηρεσίας Medicare (χρηματοδοτούμενο από φόρους)(Le et al., 2021; Medicare Australia, 2022).

Το ιδιωτικό σύστημα περιλαμβάνει παρόχους υπηρεσιών υγείας που ανήκουν και διαχειρίζονται ιδιωτικά, όπως ιδιωτικά νοσοκομεία, εξειδικευμένες ιατρικές και συναφείς υπηρεσίες υγείας και φαρμακεία(Butler et al., 2019).

Όσον αφορά το κομμάτι της διαχείρισης κρίσεων υγείας, το πλαίσιο διαχείρισης κρίσεων της Αυστραλιανής Κυβέρνησης περιγράφει τις ρυθμίσεις που επιτρέπουν την προσέγγιση διαχείρισης κρίσεων όλων των κινδύνων που μπορεί να προκύψουν. Αυτή η προσέγγιση διέπεται από την συνέχεια πρόληψης, ετοιμότητας, απάντησης και ανάκαμψης, ωστόσο, ο κύριος στόχος του πλαισίου κρίσεων είναι η βραχυπρόθεσμη ετοιμότητα για κρίσεις, η άμεση αντιμετώπιση καθώς και τα μέτρα έγκαιρης και ολοκληρωμένης ανάκαμψης από την κρίση. Οι μακροπρόθεσμες δραστηριότητες μείωσης του κινδύνου καταστροφών όπως και της οικοδόμησης ανθεκτικότητας δεν καλύπτονται λεπτομερώς σε αυτό το πλαίσιο κρίσεων(Cabinet (Australia), 2020).

Κάθε πολιτεία και επικράτεια της Αυστραλίας έχει γενική νομοθεσία αντιμετώπισης καταστροφών και έκτακτης ανάγκης, η οποία εξουσιοδοτεί τους αξιωματούχους να κηρύσσουν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης σε διάφορες περιστάσεις και να δίνουν εντολές για την αντιμετώπιση τους. Η κυβέρνηση της Αυστραλίας, δεν έχει συγκεκριμένη νομοθετική εξουσία για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και δεν έχει θεσπίσει αντίστοιχη γενική νομοθεσία. Υπάρχει όμως, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, το Αυστραλιανό κυβερνητικό πλαίσιο διαχείρισης κρίσεων το οποίο είναι ένα γενικό πλαίσιο λήψης αποφάσεων που έχει σχεδιαστεί για τη διαχείριση κρίσεων κάθε είδους.

3.3 Κίνα

Το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κίνα, το οποίο παρέχει βασική κλινική φροντίδα και υπηρεσίες δημόσιας υγείας στο ένα πέμπτο του παγκόσμιου πληθυσμού, έχει αξιοσημείωτη ιστορία. Από την ίδρυσή του στις αρχές της δεκαετίας του 1950, συνέβαλε ουσιαστικά στη μείωση των μεταδοτικών ασθενειών κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970, ενώ βοήθησε και στην προώθηση του παγκόσμιου κινήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που κατοχυρώνεται στη Διακήρυξη της Άλμα. -Ατα το 1978(Alma - Ata Declaration, n.d.; Li et al., 2017).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη βελτίωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και των συνθηκών υγείας των πολιτών της Κίνας. Μετά την ταχεία οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, το σύστημα αντιμετωπίζει νέες προκλήσεις, όπως αυξημένες απαιτήσεις και δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, μη ικανοποιητική εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών διαχείρισης ασθενειών και ανεπαρκής ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης. Αντιμετωπίζοντας αυτές τις προκλήσεις, η κινεζική κυβέρνηση πραγματοποίησε μια εθνική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης το 2009(Wang et al., 2013; Yip et al., 2019). Αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε μια σειρά πολιτικών για τη βελτίωση του συστήματος ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης, του συστήματος ιατρικής περίθαλψης, του συστήματος δημόσιας υγείας, του συστήματος παροχής φαρμακευτικών προϊόντων, και του συστήματος διαχείρισης οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης(Wang et al., 2013). Ως μέρος της προσπάθειας μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης της Κίνας να παρέχει στους πολίτες της καθολική και δίκαιη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη, έχει αναγνωριστεί, ότι το τρέχον σύστημα υγείας με επίκεντρο το νοσοκομείο είναι δαπανηρό και δεν εξυπηρετεί τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Προς αυτές τις μεταρρυθμιστικές κατευθύνσεις η Κίνα, έχει εισαγάγει διάφορες πολιτικές για την οικοδόμηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής βασισμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, για την πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών αλλά και μεταδοτικών ασθενειών. Χαρακτηριστικό είναι ότι, η κυβέρνηση δεκαπλασίασε τη χρηματοδότησή της, από 19 δισεκατομμύρια γιεν το 2008 σε 197 δισεκατομμύρια γιεν το 2018(Li et al., 2020).

Με την ταχεία ανάπτυξη της οικονομίας της Κίνας, έχει ταυτόχρονα αναπτυχθεί και η εμφάνιση καταστάσεων έκτακτων αναγκών στο κομμάτι της υγείας. Εκτός από το πιο πρόσφατο παράδειγμα του Covid – 19, ένα παράδειγμα τέτοιας έκτακτης ανάγκης ήταν και το ξέσπασμα της λοίμωξης από τη γρίπη των πτηνών H7N9(Hui et al., 2017) πρώτα το 2013 και μετά την άνοιξη του 2017, η οποία εξαπλώθηκε στο Πεκίνο, τη Φουτζιχάν, τη Γιουνάν, τη Χούναν, το Χουμπάν, το Ζεϊγιάνγκ και άλλες επαρχίες μέσα σε λίγους μήνες. Σύμφωνα

με έρευνες, 32 είδη νέων μολυσματικών ασθενειών ανακαλύφθηκαν τα τελευταία 20 χρόνια, περίπου τα μισά από τα οποία εμφανίστηκαν στην Κίνα(Qiu and Chu, 2019).

Μια έκτακτη ανάγκη για τη δημόσια υγεία στην Κίνα ορίζεται ως μια ανεξήγητη ασθένεια ή και κάποιο άλλο σοβαρό συμβάν δημόσιας υγείας που συμβαίνει ξαφνικά, προκαλώντας έτσι σοβαρές επιπτώσεις στον πληθυσμό. Ο μηχανισμός διαχείρισης έκτακτης ανάγκης αποτελεί ουσιαστικά, το μέτρο της κυβέρνησης για τον χειρισμό μιας έκτακτης ανάγκης, και αυτός ο μηχανισμός περιλαμβάνει συστήματα δομής και λειτουργίας. Το δομικό σύστημα ασχολείται με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων τεσσάρων συστημάτων μηχανισμού επεξεργασίας: λήψης αποφάσεων, πληροφοριών, υλοποίησης και ασφάλειας. Ενώ, το λειτουργικό σύστημα περιλαμβάνει διαφορετικά στάδια μέτρων απόκρισης στις διακυμάνσεις των έκτακτων περιστατικών δημόσιας υγείας και όπως και στην Αυστραλία στηρίζεται στις ακόλουθες πέντε πτυχές: πρόληψη, αντίδραση, διάχυση, ανάκτηση και περίληψη(HU et al., 2018).

3.4 Ηνωμένο Βασίλειο

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS, 2022), δημιουργήθηκε μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και τέθηκε σε λειτουργία στις 5 Ιουλίου 1948. Προτάθηκε για πρώτη φορά το 1942, στο Κοινοβούλιο και στην Έκθεση Μπεβεριτζ και ιδρύθηκε σύμφωνα με τις αρχές της καθολικότητας και της δικαιοσύνης, στοχεύοντας έτσι σε ένα σύστημα που θα υπηρετεί και θα έχει ως στόχο τον πολίτη με ισάξια και ισόνομη πρόσβαση στην υγεία(Grosios et al., 2010).

Οι πρόσφατες αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο σύστημα υγείας της Αγγλίας έχουν εισαγάγει νέες πολυπλοκότητες στις ρυθμίσεις λογοδοσίας για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ουσιαστικά, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο διατηρεί σημαντικά στοιχεία ενός κεντρικά συντονισμένου συστήματος, η πολιτική αποκέντρωση και οι αλλαγές στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, στην Αγγλία ειδικότερα, οδήγησαν σε ένα όλο και πιο περίπλοκο πλαίσιο για τη λογοδοσία των υπηρεσιών υγείας(Peckham, 2014). Επιπλέον και σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες(Montgomery et al., 2017), είναι σημαντικό ότι το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου βρίσκεται σε κρίση μιας και η κεντρική χρηματοδότηση δεν συμβαδίζει πλέον με τη ζήτηση (Lee et al., 2012).

Ο σχεδιασμός έκτακτης ανάγκης στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, σαφώς επηρεασμένος από την απειλή της τρομοκρατίας(Lee et al., 2012). Το σύστημα διαχείρισης κρίσεων και εκτάκτων αναγκών του Ηνωμένου Βασιλείου έχει αντιμετωπίσει σημαντικές μεταρρυθμίσεις και αλλαγές από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο με πρωταρχικό στόχο τη μείωση των ανθρώπινων απωλειών. Τα ιστορικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών

καταδεικνύουν την αυξανόμενη συχνότητα και την απειλή μεγάλων καταστροφών όπως φυσικές, βιολογικές, κοινωνικές, τεχνολογικές, ανθρωπογενείς, χημικές ή περιβαλλοντικές καταστροφές που επηρεάζουν και το Ηνωμένο Βασίλειο και χρειάζοντουσαν άμεση αντιμετώπιση.

Οι καταστροφικές συνέπειες και τα αποτελέσματα της εμπειρίας από τους βομβαρδισμούς του 2005 στους σιδηροδρομικούς σταθμούς του Λονδίνου (Strom, 2006), αύξησαν τα ερωτήματα σχετικά με την ετοιμότητα του Η.Β. να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά μεγάλες καταστροφές και μαζικές απώλειες υγείας (Karucu, 2010).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (O'Brien, 2008), η διαχείριση έκτακτης ανάγκης στο Ηνωμένο Βασίλειο βασίζεται σε μια προσέγγιση όλων των κινδύνων που, όπως και στις προηγούμενες μελετώμενες χώρες, ενσωματώνει:

- την απόκριση
- την αποκατάσταση
- τον μετριασμό
- την ετοιμότητα.

Η προσέγγιση αυτή, στοχεύει στη μείωση του κινδύνου από αστικές, φυσικές, τεχνολογικές, βιολογικές και οργανικές απειλές. Τα αποδεκτά επίπεδα κινδύνου είναι ενσωματωμένα σε κανόνες και πρότυπα και αποτελούν μέρος της δομής διακυβέρνησης που ρυθμίζει τις κοινωνικές δραστηριότητες (O'Brien, 2008). Όπως γίνεται αντιληπτό, βασικός παράγων ορθής και αποτελεσματικής λειτουργίας της προστασίας των πολιτών και της εφαρμογής των παραπάνω, είναι η γενική αποδοχή από το κοινό του ρυθμιστικού πλαισίου που διέπει τη διαχείριση κινδύνων, μαζί με μια λειτουργία διαχείρισης έκτακτης ανάγκης που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της κοινωνίας. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να χαρακτηριστεί και οφείλει να είναι νομικά βασισμένη, επαγγελματικά στελεχωμένη, καθώς και επαρκώς χρηματοδοτούμενη και οργανωμένη. Η εκπαίδευση και η άσκηση αποσκοπούν:

- στη βελτίωση της λειτουργίας απόκρισης των επαγγελματιών διαχείρισης έκτακτης ανάγκης
- στην αξιολόγηση των συστημάτων επικοινωνίας καθώς και στην τυποποίηση των διαδικασιών
- στη δοκιμή και αξιολόγηση του εξοπλισμού

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι η ειδοποίηση του κοινού για δυνητικά επικίνδυνα συμβάντα πραγματοποιείται μέσω μιας πληθώρας συστημάτων προειδοποίησης και ενημέρωσης και όπως μετά από κάθε κρίση υγείας απώτερος στόχος εκτός της άμεσης

ανταπόκρισης είναι και η επιστροφή στις κανονικότητα, δηλαδή η αποκατάσταση των συνθηκών όπως ήταν πριν από την εκδήλωση της(O'Brien, 2008).

Ειδικό Μέρος

Μεθοδολογία

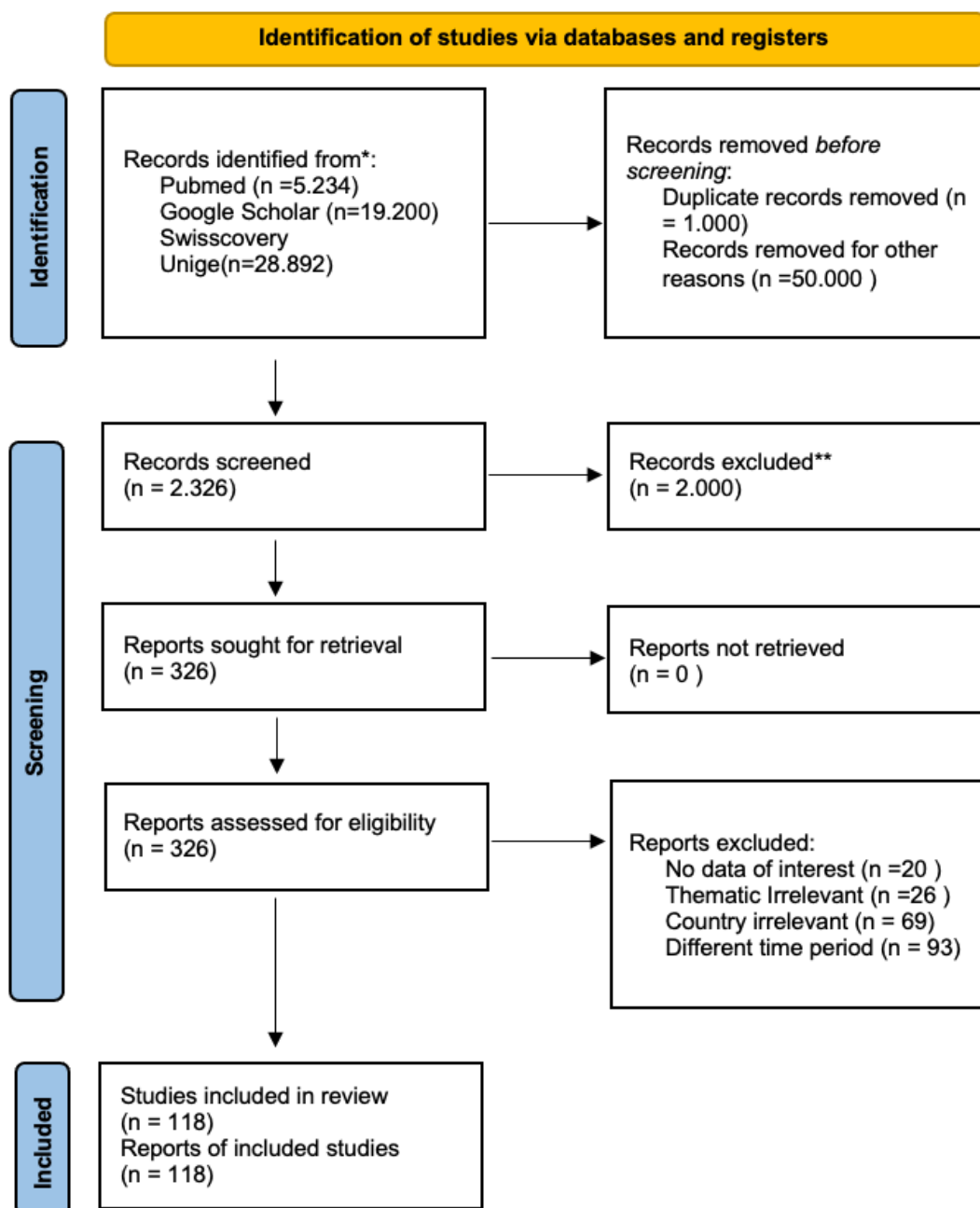
Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων PubMed , Google Scholar και της βιβλιοθήκης του πανεπιστημίου της Γενεύης (Swisscovery Unige) με έμφαση σε λειτουργίες συστημάτων υγείας, κοινωνίας και κυβερνήσεων και πρακτικών σε συσχετισμό με την πανδημία COVID-19, το μεταναστευτικό ζήτημα και των φυσικών καταστροφών. Η διαδικασία αναγνώρισης βιβλιογραφίας δίνεται στο διάγραμμα PRISMA (Πίνακας 1). Για να δημιουργηθεί το διάγραμμα prisma, όπως αναφέρεται και παραπάνω, καταγράφηκαν οι βάσεις δεδομένων αναζήτησης βιβλιογραφικών πηγών και ο αριθμός των αποτελεσμάτων συνολικά χρησιμοποιώντας σύνθετη αναζήτηση. Η διαδικασία επιλογής πραγματοποιήθηκε αρχικά μέσω αποκλεισμού ακολουθώντας διάφορα βήματα: 1) διπλότυπα. 2) άρθρα με τίτλους που δεν σχετίζονται με το θέμα. 3) άρθρα των οποίων οι περιλήψεις δεν παρουσίαζαν καμία σχέση με τον πληθυσμό ενδιαφέροντος, τις υπό μελέτη χώρες όπως και την ενδιαφερόμενη θεματολογία. Από τα εναπομείναντα άρθρα πραγματοποιήθηκε περαιτέρω έλεγχος, για να γίνει επιπλέον αποκλεισμός άρθρων βάση των παραπάνω κριτηρίων. Σε επόμενο βήμα και αφού είχε μειωθεί περισσότερο ο αριθμός των υπό μελέτη άρθρων πραγματοποιήθηκε έλεγχος βάση ορισμένων κριτηρίων ένταξης για να διατηρηθούν τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη.

Τα κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν:

- Σκοπός της έρευνας που συνδέεται με το αντικείμενο της παρούσας εργασίας
- Σχετικά αποτελέσματα με βάση το ερευνητικό ερώτημα
- Υπό μελέτη χώρες
- Συγκεκριμένη χρονική περίοδος

Μαζί με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δόθηκε βάση στην δημιουργία ομαδοποιημένων βιβλιογραφικών αναφορών σχετικά με τα θέματα των μεταναστευτικών ροών και την κατηγοριοποίηση τους ανά χώρα και λειτουργική θέση της χώρας (Πίνακας 2), σχηματισμού πίνακα συσχέτισης γεωγραφικής περιοχής με την πανδημία του Covid 19 (Πίνακας 3), καθώς και πίνακα αποτύπωσης διαχείρισης φυσικών καταστροφών και απωλειών ζωής ανά Ήπειρο (πίνακας 4).

Πίνακας 1. Διάγραμμα Prisma



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;**372**:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Πίνακας 2. Μεταναστευτικές ροές ανά Ευρωπαϊκή περιοχή

α/α	Συγγραφείς	Τίτλος	Χώρα	Γενική Κατηγορία	Ειδική κατηγορία
1	Chtouris et al.	Refugee Flows and Volunteers in the Current Humanitarian Crisis in Greece	Greece	Mediterranean Countries	Frontline country
2	Afouxenidis et al.	Dealing with a Humanitarian Crisis: Refugees on the Eastern EU Border of the Island of Lesbos	Greece	Mediterranean Countries	Frontline country
3	Ben Farhat et al.	Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece	Greece	Mediterranean Countries	Frontline country
4	Kotsiou et al.	Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca	Greece	Mediterranean countries	Frontline country
5	Papadimos et al.	Health Security and the Refugee Crisis in Greece: The Refugee Perspective	Greece	Mediterranean countries	Frontline country
6	Trimikliniotis N.	CYPRUS AS A NEW REFUGEE “HOTSPOT” IN EUROPE?	Cyprus	Mediterranean countries	Transit Country
7	Savino M.	The Refugee Crisis as a Challenge for Public Law: The Italian Case	Italy	Mediterranean countries	Frontline country
8	Pinelli B.	Control and Abandonment: The Power of Surveillance on Refugees in Italy, During and After the Mare Nostrum Operation	Italy	Mediterranean countries	Frontline country
9	Ambresseti et al.	Migrants or Refugees? The Evolving Governance of Migration Flows in Italy during the “Refugee Crisis”	Italy	Mediterranean countries	Frontline country

10	Keliher M.	Behind Germany's Willkommenskultur and Hungary's Xenophobic Sentiments: Responses to the Syrian Refugee Crisis within the European Union	Hungary - Germany	Central Europe	Transit and Destination countries
11	Kriesi et al.	Debordering and re-bordering in the refugee crisis: a case of 'defensive integration'	Hungary-Germany-Italy-Greece	Mediterranean countries/Central Europe	Frontline, transit and destination countries
12	Bocskor A.	Anti-Immigration Discourses in Hungary during the 'Crisis' Year: The Orbán Government's 'National Consultation' Campaign of 2015	Hungary	Central Europe	Transit country
13	Stoklosa K.	Refugee Crisis in Hungary. Then and Now	Hungary	Central Europe	Transit country
14	Goździak M.	Using Fear of the "Other," Orbán Reshapes Migration Policy in a Hungary Built on Cultural Diversity	Hungary	Central Europe	Transit country
15	Sola A.	The 2015 Refugee Crisis in Germany: Concerns About Immigration and Populism	Germany	Central Europe	Destination country
16	Borgshulte et al.	Health care provision for refugees in Germany – one-year evaluation of an outpatient clinic in an urban emergency accommodation	Germany	Central Europe	Destination country
17	Jaschke et al.	Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany	Germany	Central Europe	Destination country
18	Garvik et al.	Seeking asylum in Scandinavia: a comparative analysis of recent restrictive policy	Sweden, Finland, Norway, Denmark	Scandinavia	Destination countries

		responses towards unaccompanied afghan minors in Denmark, <u>Sweden</u> and Norway			
19	Djuve A.	Refugee migration – a crisis for the Nordic model?	Sweden, Finland, Norway, den	Scandinavia	Destination countries
20	Tanner A.	Overwhelmed by Refugee Flows, Scandinavia Tempers its Warm Welcome	Sweden, Finland, Norway, den	Scandinavia	Destination countries

Πίνακας 3. Συσχέτιση Γεωγραφικής περιοχής με διαχείριση του Covid-19

α/α	Συγγραφείς	Τίτλος	Ημερομηνία	Δημοσίευση	Γεωγραφική περιοχή
1.	Waleed Al-Salem et al.	The emergence and transmission of COVID-19 in European countries, 2019–2020: a comprehensive review of timelines, cases and containment	9/2021	International Health (journal)	Central Europe, Nordic countries, Mediterranean countries
2	Rahmouni M	Efficacy of Government Responses to COVID-19 in Mediterranean Countries	24/3/2021	Risk Management and Healthcare Policy: Volume 14	European countries Mediterranean
3	Ruth Waitzberg et Al.	Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges	12/10/2021	Health Policy	European countries Mediterranean
4	Saunes et al.	Nordic responses to Covid-19: Governance and policy measures in the early phases of the pandemic	5/9/2021	Health Policy	Nordic Countries
5	Arash Heydarian Pashakhanlou	Sweden's coronavirus strategy: The Public Health Agency and the sites of controversy	3/7/2021	World Medical and Health Policy	Nordic Countries
6	Helsigen et al.	The COVID-19 pandemic in Norway and Sweden – threats, trust, and impact on daily life: a comparative survey	23/10/2020	BMC Public Health	Nordic Countries

7	Flynn et al.	COVID-19 pandemic in the United Kingdom	27/8/2020	Health Policy Technologies	UK
8	Holden et al.	COVID-19: public health management of the first two confirmed cases identified in the UK	28/8/2020	Cambridge University Press	UK
9	Zhou et al.	The varying impacts of COVID-19 and its related measures in the UK: A year in review	29/9/2021	Plos One	UK
10	Majeed et al.	The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service	10/6/2020	Journal of the Royal Society of Medicine	UK
11	Wright et al.	Public Opinion about the UK Government during COVID-19 and Implications for Public Health: A Topic Modelling Analysis of Open-Ended Survey Response Data	26/3/2021	MedRxiv	UK
12	Sample et al.	Covid response 'one of UK's worst ever public health failures'	12/10/2021	The Guardian	UK
13	Van Nguyen et al.	The COVID-19 pandemic in Australia: Public health responses, opportunities and challenges	7/9/2021	The International Journal of Health Planning and Management	Australia

14	Desborough et al.	Australia's national COVID-19 primary care response	4/7/2020	Wiley public Health Emergency Collection	Australia
15	Clay-Williams et al.	The Australian health system response to COVID-19 from a resilient health care perspective: what have we learned?	12/2020	Public Health Research & Practice	Australia
16	Bromfield et al.	Two routes to precarious success: Australia, New Zealand, COVID-19 and the politics of crisis governance	1/12/2020	International Review of Administrative Sciences	Australia
17	Ducket et al.	On entering Australia's third year with COVID-19	15/11/2021	The Medical Journal of Australia	Australia
18	Zachreson et al.	How will mass-vaccination change COVID-19 lockdown requirements in Australia?	30/7/2021	The Lancet Regional Health	Australia
19	Sun et al.	COVID-19 and healthcare system in China: challenges and progression for a sustainable future	21/1/2021	Globalisation and Health	China
20	Tk	Management of COVID-19 by China - Lessons Learned	14/9/2020	Health Science Journal	China
21	Zhang et al.	The impact of COVID-19 on primary health care and antibiotic prescribing in rural China: qualitative study	5/10/2021	BMC Health Services Research	China
22	Altakarli	China's Response to the COVID-19 Outbreak: A Model for Epidemic Preparedness and	8/2020	Dubai Medical Journal	China

		Management			
--	--	------------	--	--	--

Πίνακας 4. Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής ανά Ήπειρο

α/α	Συγγραφείς	Τίτλος	Ημερομηνία	Δημοσίευση	Ήπειρος
1	Liu, Z.	The extreme natural disasters happened in Australian 2019.	13/4/2020	Web	Australia
2	Cousins S.	Bushfires expose weaknesses in Australia's health system	18/9/2020	The Lancet	Australia
3	Tin et al.,	What we learned from the 2019–2020 Australian Bushfire disaster: Making counter-terrorism medicine a strategic preparedness priority	29/9/2020	The American Journal of Emergency Medicine	Australia
4	Lal et al.,	Towards resilient health systems for increasing climate extremes: insights from the 2019–20 Australian bushfire season	16/10/2020	International Journal of Wildland Fire	Australia
5	Busby et al.,	The government is mistaking an election win for a mandate to ignore climate change.	13/1/2020	Washington Post	Australia
6	Castellari S.	Climate change in Europe: Responding to disasters and preparing for an uncertain future — European Environment Agency	11/5/2021	Web	Europe
7	He et al.,	Brief communication: Western Europe flood in 2021: mapping agriculture flood	12/11/2021	Natural Hazards and Earth systems	Europe

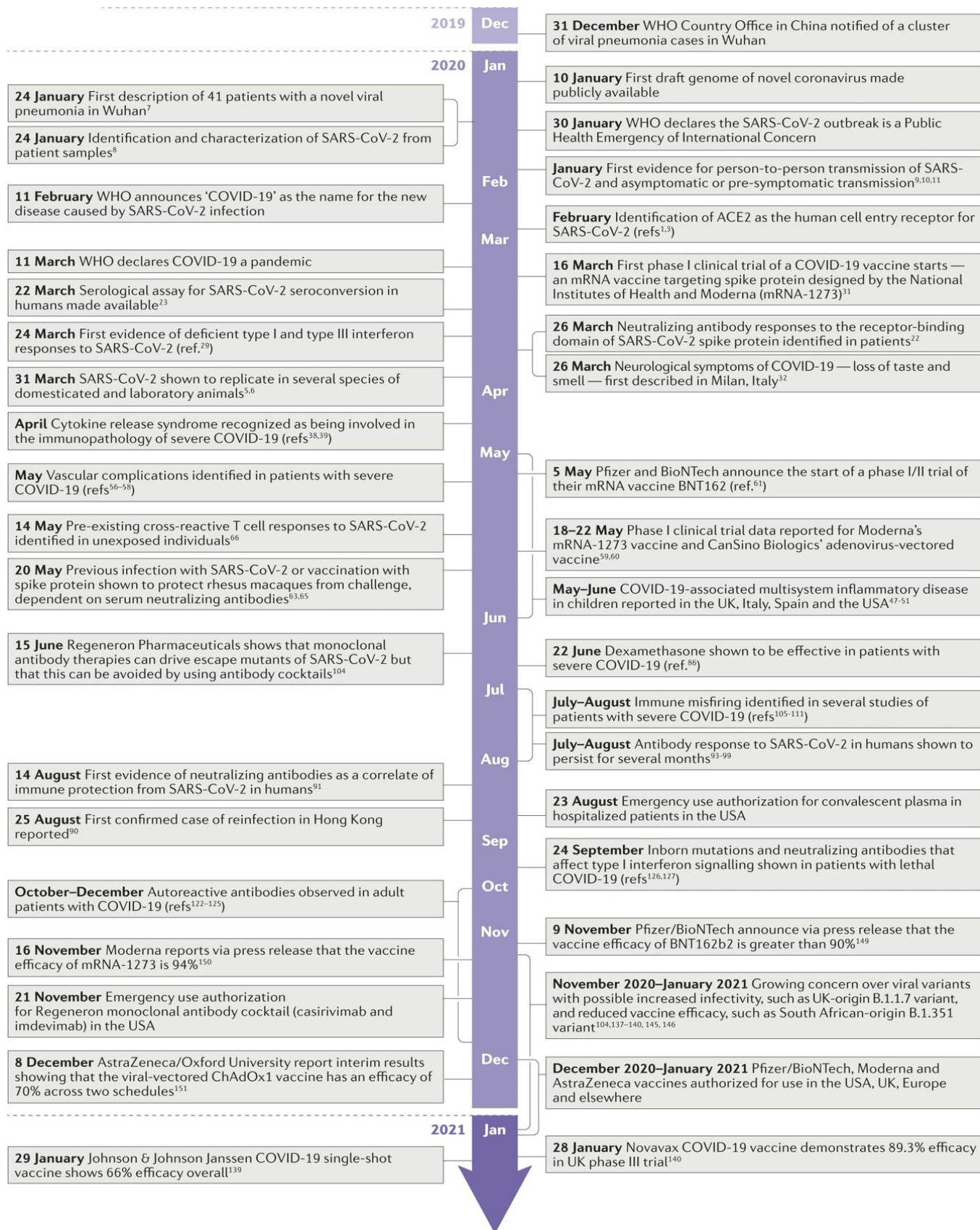
		exposure from SAR			
8	Cloke H.	Europe's catastrophic flooding was forecast well in advance – what went so wrong?	21/7/2021	Web	Europe
9	Han et al.,	Major Natural Disasters in China, 1985–2014: Occurrence and Damages	11/2016	International Journal of Environmental Research and Public Health	China
10	Ge et al.,	Understanding risk perception from floods: a case study from China	1/2/2021	Natural Hazards	China
11	Bradsher et al.,	How Record Rain and Officials' Mistakes Led to Drownings on a Subway	25/9/2021	The New York Times	China
12	Aravindan et al.,	From China to Germany, floods expose climate vulnerability	22/7/2021	Reuters	China

Κεφάλαιο 4 – Η περίπτωση του Covid-19

4.1 Ιστορικά Στοιχεία και η εξέλιξη της νόσου

Ο νέος ιός του ανθρώπινου κορονοϊού (COVID-19) έχει γίνει η πέμπτη τεκμηριωμένη πανδημία από την πανδημία γρίπης του 1918, η οποία ήταν η πιο σοβαρή πανδημία στην μέχρι και πριν 2 χρόνια πρόσφατη ιστορία. Η πανδημία του 1918 προκλήθηκε από έναν ιό H1N1 με γονίδια πτηνών και αν και δεν υπάρχει καθολική συναίνεση σχετικά με το από πού προήλθε ο ιός, εξαπλώθηκε παγκοσμίως κατά την περίοδο 1918-1919 (CDC, 2019).

Ο COVID-19 εμφανίστηκε και αναφέρθηκε για πρώτη φορά στη Γουχάν της Κίνας όπου ξεκίνησε από τις αρχικές αναφορές μεμονωμένων περιπτώσεων πνευμονίας αγνώστου προέλευσης τον Δεκέμβριο του 2019. Στη συνέχεια, αρχικά σταδιακά και εν συνεχεία με πιο γρήγορους ρυθμούς, ο νέος κορωνοϊός εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο, πυροδοτώντας την πιο θανατηφόρα πανδημία του εικοστού πρώτου αιώνα. Ο κορωνοϊός ονομάστηκε επίσημα σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο από τη Διεθνή Επιτροπή Ταξινόμησης Ιών με βάση φυλογενετική ανάλυση (Liu et al., 2020). Αυτή η μολυσματική και μεταδοτική ασθένεια έγινε μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία στον κόσμο. Σε αρχικό στάδιο, η κλινική διαχείριση του COVID-19 είχε περιοριστεί σε μέτρα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων που σχετίζονται με υποστηρικτική φροντίδα, όπως συμπληρωματικό οξυγόνο και μηχανικό αερισμό (dos Santos, 2020). Με τη συνεχιζόμενη έξαρση του COVID-19, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο δέχθηκαν τεράστια πίεση. Έτσι, η παραδοσιακή προσέγγιση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για την ετοιμότητα και την πρόληψη καταστροφών έδειξε τα προβλήματα της, όπως ήταν η αποτυχία έγκαιρης ανίχνευσης της εξάπλωσης του ιού, υπερχειλίση των δημοσίων νοσοκομείων, έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και η εξάντληση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Κατά συνέπεια, αυτή η κατάσταση είχε ως αποτέλεσμα το κόστος ανθρώπινου δυναμικού και πόρων, με αποτέλεσμα την εκτεταμένη αύξηση των μολυσμένων κρουσμάτων στο αρχικό στάδιο της επιδημίας (Sun et al., 2021). Αν και μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει φάρμακο για την ολοκληρωτική και πλήρη εξάλειψη του COVID-19, οι επιστήμονες έχουν δείξει κάποια επιτυχία των αντικών ευρέως φάσματος και ορισμένων άλλων φαρμάκων στη θεραπεία των λοιμώξεων του SARS-CoV-2. Περίπου 15 διαφορετικά φάρμακα δοκιμάζονται και έχουν δοκιμαστεί για τη θεραπεία των λοιμώξεων και των επιπλοκών του COVID-19 (Khan et al., 2020).



Διάγραμμα 1: Χρονοδιάγραμμα βασικών ανακαλύψεων στην ανοσολογική απόκριση στον SARS-CoV-2.

Πηγή: (Carvalho et al., 2021)

Έτσι λοιπόν, στις επιστημονικές και ιατρικές κοινότητες, έγινε γρήγορα προφανές ότι ένας κόσμος στην μετά Covid-19 εποχή, θα περιλάμβανε σίγουρα κάποιο είδος προγράμματος ανοσοποίησης. Ένα σημαντικό εμπόδιο για να επιτευχθεί αυτό, ωστόσο, είναι ότι το ταχύτερο εμβόλιο που είχε αναπτυχθεί ποτέ, το εμβόλιο της παρωτίτιδας το 1967 (Betáková et al., 2013), χρειάστηκε 4 χρόνια. Παρόλα αυτά και λόγω της φύσης της πανδημίας η παραγωγή και διάθεση στο κοινό, εμβολίων για την πρόληψη του Covid -19, έγινε σε πολύ μικρότερο χρονικό διάστημα.

Σύμφωνα με στοιχεία, μέχρι και τις 8/12/2021, περισσότεροι από 4,35 δισεκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο είχαν λάβει μια δόση εμβολίου Covid-19, αριθμός ο οποίος είναι ίσος με περίπου το 56,7 τοις εκατό του παγκόσμιου πληθυσμού (Holder, 2021). Ήδη σε πολλές χώρες έχει αρχίσει η χορήγηση της τρίτης και ενισχυτικής δόσης του εμβολίου, καθώς το πέμπτο κύμα του Covid – 19, έχει κάνει την εμφάνιση του, τον τελευταίο ενάμιση μήνα.

Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως έχουν κάνει βήματα να διατηρήσουν και να ενισχύσουν την επάρκεια του επαγγελματιών υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας. Όμως όπως γίνεται αντιληπτό η διασφάλιση αυτής της διαθεσιμότητας εργαζομένων στον τομέα της υγείας περιπλέκεται από την εξάντληση του εργατικού δυναμικού, αλλά και από το γεγονός ότι αποτελούν σημαντικό μερίδιο αυτών οι οποίοι έχουν μολυνθεί και μολύνονται από τον COVID-19 (Williams et al., 2020).

4.2 Η αντιμετώπιση της Ευρώπης

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση και διαχείριση του COVID-19 έχει αποδειχθεί μια τρομερή πρόκληση για πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχουν εφαρμοστεί πολυάριθμες στρατηγικές για την αντιμετώπιση αναδυόμενων ζητημάτων και τα κράτη μέλη υιοθέτησαν μέτρα όπως ήταν το κλείσιμο των συνόρων όπως και σημαντικούς περιορισμούς στην κινητικότητα των πολιτών για τον μετριασμό της εξάπλωσης του ιού. (Goniewicz et al., 2020). Ως εκ τούτου, η εξάπλωση του COVID-19 έχει ασκήσει νέες πιέσεις στα ήδη πιεσμένα εθνικά συστήματα υγείας της Ευρώπης. Η κορυφαία προτεραιότητα των κυβερνήσεων για τον περιορισμό της πανδημίας COVID-19 και σύμφωνα με τη στατιστική, είναι η εξομάλυνση της καμπύλης που συνεπάγεται επιβράδυνση της εξάπλωσης του ιού σε ολόκληρο τον πληθυσμό κάτι το οποίο αποτελεί πλέον τεράστια πρόκληση.

Στην Ευρώπη κάτι το οποίο όμως παρατηρήθηκε με εξαιρετικό ενδιαφέρον, ήταν ότι υπήρχαν χώρες, οι οποίες αποφάσισαν να αντιμετωπίσουν τον ιό με διαφορετικά μέτρα από τα προτεινόμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, ενώ ορισμένες κυβερνήσεις δεν

αντιλήφθηκαν τον COVID-19 ως απειλή για τους πολίτες, τα συστήματα υγείας και τη γενική ζωή, άλλες αναγνώρισαν την οξεία ανάγκη για δράση σε πολύ πρώιμο στάδιο(Wankmüller, 2021).

Για παράδειγμα, ένα πλήρες lockdown (δηλαδή αναστολή όλων των εκδηλώσεων, κλειστά σχολεία, καταστήματα κλειστά, απαγόρευση μη αναγκαίων μετακινήσεων και κλειστά σύνορα) πραγματοποιήθηκε από την Ελλάδα, την Πολωνία, την Αυστρία, την Πορτογαλία, την Ουγγαρία και την Τσεχία. Άλλες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Γαλλίας, της Ισπανίας, του Ηνωμένου Βασιλείου ή της Γερμανίας ήταν πιο απρόθυμες να κατευθύνουν το κοινό να τηρήσει τις συστάσεις σχετικά με την προσωπική υγιεινή, την καραντίνα, τους ταξιδιωτικούς περιορισμούς ή το κλείσιμο δημόσιων κτιρίων(Al-Salem et al., 2021; Pinheiro, 2021). Στη Δυτική Ευρώπη, η Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, η Αυστρία και η Ελβετία εισήγαγαν αυστηρά μέτρα κατά την τρίτη εβδομάδα μετά τα πρώτα εντοπισμένα κρούσματα του COVID-19, ενώ τα κρούσματα αυξάνονταν ραγδαία. Αν και οι σκανδιναβικές χώρες, η Δανία, η Φινλανδία, η Νορβηγία και η Ισλανδία, ανταποκρίθηκαν μόνο την τρίτη εβδομάδα της πανδημίας, η καθεμία εξομάλυνε αποτελεσματικά την επιδημιολογική καμπύλη. Αντίθετα, η Π(Al-Salem et al., 2021).

4.2.1. Ευρωπαϊκές Μεσογειακές Χώρες

Οι μεσογειακές χώρες χρησιμοποίησαν παρόμοιες δομές διακυβέρνησης όσον αφορά τις απαντήσεις τους στον COVID-19. Οι αποκρίσεις έκτακτης ανάγκης ανήκουν στις ανώτερες αρχές της χώρας (στην κυβέρνηση), όπως οι πρωθυπουργοί ή οι πρόεδροι, με το Υπουργείο Υγείας ως την κύρια αρχή για την απόκριση του συστήματος υγείας σε όλες τις χώρες. Επιπλέον, όλες οι χώρες διόρισαν μια αρχή για την αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης όπου, σε ορισμένες χώρες, αυτές οι αρχές ήταν σε ισχύ πριν από την πανδημία (π.χ., η Εποπτεία Δημόσιας Υγείας στη Μάλτα, ή το Κέντρο για τον συντονισμό των έκτακτων περιστατικών υγείας στην Ισπανία). Σε άλλες, υπήρξε μεταγενέστερη δημιουργία αντίστοιχης ομάδας κατόπιν της έναρξης της πανδημίας, με συγκεκριμένο σκοπό την αντιμετώπιση της. Όλες οι μεσογειακές χώρες δημιούργησαν επίσης επιτροπές επιστημονικών συμβούλων COVID-19 ενώ, αν και οι περισσότερες χώρες είχαν προϋπάρχουσα νομοθεσία έκτακτης ανάγκης ή σχέδια ετοιμότητας για πανδημίες, ο βαθμός στον οποίο αυτά τα σχέδια ίσχυαν για την πανδημία COVID-19 και το κατά πόσον αυτά τα σχέδια ακολουθήθηκαν διέφεραν από χώρα σε χώρα(Waitzberg et al., 2021).

Σύμφωνα με έρευνα η οποία επικεντρώθηκε στις Ευρωπαϊκές Μεσογειακές χώρες (Κύπρος, Ελλάδα, Ιταλία, Μάλτα, Πορτογαλία και Ισπανία), παρά τα εύθραυστα συστήματα τα οποία επικρατούν και τα οποία, χαρακτηρίζονται από αδύναμη επιτήρηση ασθενειών και φτωχά

επίπεδα ετοιμότητας για τη δημόσια υγεία, πολλές χώρες έλαβαν πολύ έγκαιρα, τολμηρά και προληπτικά μέτρα για να περιορίσουν την πανδημία και υιοθέτησαν διάφορες στρατηγικές για τέτοια πρόληψη(Rahmouni, 2021).

4.2.2. Σκανδιναβικές χώρες

Ως Σκανδιναβικές χώρες ορίζονται η Δανία, η Φινλανδία, η Ισλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία. Σύμφωνα με έρευνα(Saunes et al., 2021)ι παρά τις πολλές ομοιότητες στα μέτρα πολιτικής που εγκρίθηκαν για την αντιμετώπιση του ιού, οι πέντε χώρες παρουσιάζουν διαφορές στην εφαρμογή τους καθώς και στα αποτελέσματα τους. Αυτό συνέβη γιατί υπάρχουν συνταγματικές διαφορές και αποκλίσεις στις παραδόσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ των κυβερνήσεων, των κρατικών υπηρεσιών και αποκεντρωμένων αρχών στις πέντε χώρες οι οποίες, επηρεάζουν το φάσμα των πολιτικών που υιοθετούνται σε μια κρίση δημόσιας υγείας(Saunes et al., 2021).

Η χώρα όμως η οποία ξεχώρισε για την στάση της καθ' όλη της διάρκεια της πανδημίας είναι η Σουηδία. Σε αντίθεση με τη συντριπτική πλειοψηφία των δυτικών χωρών αλλά και των σκανδιναβικών (π.χ. Η Νορβηγία έκλεισε τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και απαγόρευσε τις αθλητικές και πολιτιστικές δραστηριότητες σχεδόν από την έναρξη της πανδημίας(Helsingen et al., 2020)), η Σουηδία άφησε ανοιχτά μεγάλα τμήματα της κοινωνίας αντί να επιβάλει περιορισμούς και μέτρα για την καταπολέμηση της εξάπλωσης του κορωνοϊού. Η Σουηδία ακολούθησε μια μάλλον μοναδική στρατηγική για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού με το να επιτρέπει στα μπαρ, τα εστιατόρια, τα σχολεία και τα καταστήματα να παραμείνουν ανοιχτά όταν οι περισσότερες δυτικές χώρες επέλεξαν το lockdown(Pashakhanlou, 2021).

4.2.3. Χώρες της Κεντρικής Ευρώπης

Οι χώρες της κεντρικής Ευρώπης παρουσίασαν μια καινοτομία συγκροτώντας μια κοινή ομάδα εργασίας σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας και την Πρωτοβουλία Κεντρικής Ευρώπης (CEI)(“Member states,” n.d.) για την αντιμετώπιση του COVID-19 και την ενίσχυση του περιφερειακού συντονισμού για τον μετριασμό των επιπτώσεων της πανδημίας. Αποτελούμενη από επαγγελματίες υγείας από τα 17 κράτη μέλη της επιτροπής, η ομάδα εργασίας λειτουργεί ως στρατηγική πλατφόρμα για την ενημέρωση των κρατών μελών, την ανταλλαγή πληροφοριών και την ανταλλαγή εμπειριών, βέλτιστων πρακτικών και εκπαίδευσης. Ο στόχος της ειδικής ομάδας είναι η ενθάρρυνση μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής αντιμετώπισης όπως και η πρόβλεψη τυχόν δυσμενών συνέπειών που μπορεί

να προκύψουν από την πανδημία, ενώ άρχισε να στρέφεται προς τη χαλάρωση των περιορισμών και την ανάκαμψη(WHO, 2020).

4.3 Η περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου

Τα πρώτα εντοπισμένα κρούσματα του COVID-19 στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρθηκαν στα τέλη Ιανουαρίου 2020. Στη συνέχεια ο αριθμός των κρουσμάτων άρχισε να αυξάνεται κάτι το οποίο είχε ως αποτέλεσμα την σταδιακή εφαρμογή μέτρων για την επιβράδυνση της εξάπλωσης του SARS-CoV-2(Flynn et al., 2020). Αυτό οδήγησε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και το Εθνικό σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS) να προτείνουν ριζικές αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας του NHS. Έτσι στις 23 Μαρτίου 2020, ο πρωθυπουργός της χώρας Μπόρις Τζόνσον, έθεσε το Ηνωμένο Βασίλειο σε lockdown για να επιβραδύνει το ξέσπασμα αυτής της πανδημίας. Αυτά τα μέτρα περιλάμβαναν φυσική απόσταση, κλείσιμο σχολείων, εργασία από το σπίτι και κλείσιμο μη απαραίτητων επιχειρήσεων, συμπεριλαμβανομένων των παμπ και των καφέ. Βασικοί τομείς, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης, της εκπαίδευσης και της παιδικής μέριμνας, και βασικών δημόσιων υπηρεσιών, επετράπη να λειτουργήσουν(Zhou and Kan, 2021).

Η αντιμετώπιση της πανδημίας του Ηνωμένου Βασιλείου ξεκίνησε με μια φάση περιορισμού και στη συνέχεια μετατράπηκε σε μια φάση “καθυστέρησης”. Κατά τη διάρκεια της φάσης περιορισμού, περισσότερα από 5000 άτομα παρακολουθήθηκαν ως επαφές μόνο στην Αγγλία ενώ κατά τη φάση της καθυστέρησης, το Ηνωμένο Βασίλειο εφάρμοσε μέτρα κοινωνικής και φυσικής απόστασης, παρόμοια με πολλές χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον, τα άτομα που ορίστηκαν ως εξαιρετικά ευάλωτα σε σοβαρές ασθένειες κλήθηκαν να μείνουν στο σπίτι και να ελαχιστοποιήσουν τις αλληλεπιδράσεις τους(Holden et al., 2020).

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, ως πρώτο βήμα αντιμετώπισης, οι γενικές πρακτικές άλλαξαν από το παραδοσιακό μοντέλο παροχής υπηρεσιών πρόσωπο με πρόσωπο σε ένα μοντέλο όπου όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν αρχικά μέσω τηλεφώνου ή βιντεοκλήσης. Οι ασθενείς ενθαρρύνθηκαν να εγγραφούν για την ηλεκτρονική κράτηση αυτών των ραντεβού και όλοι οι ασθενείς που ζητούσαν συμβουλές επικοινωνούσαν πρώτα με έναν επαγγελματία υγείας, συνήθως γενικό ιατρό. Ο στόχος ήταν να αντιμετωπιστούν όσο το δυνατόν περισσότερα ερωτήματα μέσω τηλεφώνου ή βιντεοκλήσης ενώ αντίθετα, ασθενείς με συμπτώματα που μπορεί να οφείλονταν σε λοίμωξη από COVID-19 εξεταζόντουσαν σε ειδικά δημιουργημένα σημεία για τον σκοπό αυτό(Majeed et al., 2020).

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές συζητήσεις γύρω από το γεγονός ότι η Αγγλία, δεν πραγματοποίησε έγκαιρα τις απαραίτητες κινήσεις για τον μετριασμό της μετάδοσης του ιού. Σύμφωνα με έρευνα, η εμπιστοσύνη στην κεντρική κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου έχει μειωθεί από την αρχή της πανδημίας COVID-19, κάτι το οποίο πιθανά συνδέεται με συγκεκριμένες κυβερνητικές ενέργειες για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού(Wright et al., 2021). Επιπλέον, άλλες πηγές αναφέρουν ότι οι αποφάσεις για τα lockdown και την κοινωνική απόσταση κατά τις πρώτες εβδομάδες της πανδημίας και οι συμβουλές που οδήγησαν σε αυτές, χαρακτηρίζονται ως μία από τις πιο σημαντικές αποτυχίες δημόσιας υγείας που έχει βιώσει ποτέ το Ηνωμένο Βασίλειο. Τονίζεται επίσης ότι αυτό συνέβη παρά το γεγονός ότι το Ηνωμένο Βασίλειο βασίζεται σε μερικές από τις καλύτερες διαθέσιμες εμπειρογνωμοσύνες στον κόσμο, και παρά το γεγονός ότι έχει ένα ανοιχτό, δημοκρατικό σύστημα(Sample and Walker, 2021).

Όσον αφορά το κομμάτι των εμβολιασμών, έχουν χορηγηθεί συνολικά μέχρι και τις 10/12/2021, 119.539.198 εμβόλια με τα 51.183.557 από αυτά να αποτελούν την πρώτη δόση(Gov.UK, 2021).

4.4 Η διαχείριση της Αυστραλίας

Το πρώτο κρούσμα της νόσου του COVID-19 που επιβεβαιώθηκε από τις υγειονομικές αρχές της Βικτώρια της Αυστραλίας, ήταν στις 25 Ιανουαρίου 2020 και συνδέθηκε με μια διεθνή πτήση από το Γουχάν (Γκουαντόνγκ) της Κίνας στη Μελβούρνη(Van Nguyen et al., 2021). Η Αυστραλία έχει βιώσει δύο κύματα της νόσου. Το πρώτο κύμα ξεκίνησε στις αρχές του 2020. Το δεύτερο κύμα ξεκίνησε στις 11 Ιουνίου 2020 και ήταν πιο δυνατό και πιο σοβαρό μετρώντας υψηλά νούμερα κρουσμάτων και θανάτων. Από τις 20 Οκτωβρίου 2020, τα καθημερινά ποσοστά μόλυνσης παρέμειναν χαμηλά με λιγότερα από 30 κρούσματα την ημέρα(Van Nguyen et al., 2021). Ουσιαστικά, η ανταπόκριση της Αυστραλίας στην πανδημία του COVID-19 ήταν πολύ αποτελεσματική. Τα αυστηρά μέτρα ελέγχου, συμπεριλαμβανομένων των ταξιδιωτικών περιορισμών και της κοινωνικής απόστασης, κατέστησαν με επιτυχία το αρχικό κύμα πανδημίας στην Αυστραλία (Μάρτιος – Ιούνιος 2020, καθώς και αρκετές δευτερεύουσες επιδημίες σε όλες τις πολιτείες, κυρίως στη Βικτώρια(Zachreson et al., 2021).

Στις αρχές Μαρτίου του 2020, ξεκίνησε ένα στοχευμένο σχέδιο δράσης από το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλιανής Κυβέρνησης για την ανάπτυξη και τη βελτίωση της εθνικής απόκρισης πρωτοβάθμιας φροντίδας για τον COVID-19. Η κυβέρνηση έθεσε πολλαπλούς στόχους για την αντιμετώπιση της πανδημίας σε πρώιμο στάδιο, να ελαχιστοποιήσει τις

λοιμώξεις και τους θανάτους, να διασφαλίσει τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για όσους έχουν ανάγκη και να παράσχει σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για τον γενικό πληθυσμό να υιοθετήσει προστατευτικές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, ορίστηκε μια επιτροπή Προστασίας (AHPPC)(Health, 2020a) με σκοπό να διευκολύνει την ανταλλαγή δεδομένων και συμβουλών, να διαμορφώσει πολιτική και πρακτική βασισμένη σε στοιχεία και να παρέχει συνεπείς και ολοκληρωμένες απαντήσεις σε όλη τη χώρα(Clay-Wililams et al., 2020; Desborough et al., 2020; Van Nguyen et al., 2021).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην Αυστραλία στις Μαρτίου του 2020 συστάθηκε μια ειδική επιτροπή για τον Covid 19 η οποία αφορούσε αποκλειστικά τους Ιθαγενείς πληθυσμούς του νησιού με την ονομασία Αβοριγίνες. Η επιτροπή αυτή ήταν επιφορτισμένη με την ανάπτυξη και την παράδοση του Σχεδίου Διαχείρισης και Επιχειρησιακού Σχεδίου για τους Αβοριγίνες. Τα σχέδια δράσης τους βασίστηκαν στις ελλείψεις και τα αποτελέσματα του ιού H1N1 το 2009. Η ομάδα αυτή περιελάμβανε γηγενείς φορείς του δημόσιου τομέα καθώς και εμπειρογνώμονες στη δημόσια υγεία. Τα μέτρα περιλάμβαναν νομοθετικές αλλαγές για την ελαχιστοποίηση των ταξιδιών σε απομακρυσμένες και ευάλωτες κοινότητες, πολιτιστικά ειδικά υλικά προώθησης της υγείας, μοντελοποίηση μολυσματικών ασθενειών, επιδημιολογική παρακολούθηση, γρήγορες δοκιμές και προετοιμασία υποδομών και εργατικού δυναμικού(Bromfield and McConnell, 2021).

Επιπλέον, άτομα με πυρετό ή αναπνευστικά συμπτώματα ή με ανησυχίες για πιθανή έκθεση στον COVID-19, είχαν τη δυνατότητα να καλέσουν το εθνικό τηλεφωνικό κέντρο (Healthdirect) που χρηματοδοτείται από την Αυστραλιανή Κυβέρνηση και παρέχει δωρεάν πληροφορίες και συμβουλές για την υγεία(Australia, 2021). Η συγκεκριμένη τηλεφωνική γραμμή δέχτηκε περίπου 37.000 κλήσεις από πολίτες στα μέσα Μαρτίου 2020. Εκτός από την τηλεφωνική γραμμή, μέσω του ιστότοπου της Healthdirect, υπάρχει η δυνατότητα ηλεκτρονικό ελέγχου συμπτωμάτων COVID-19(Desborough et al., 2020).

Σε γενικές γραμμές και σύμφωνα με την βιβλιογραφία το αυστραλιανό σύστημα υγείας προσαρμόστηκε εξαιρετικά καλά κατά την οξεία φάση της πανδημίας. Τα νοσοκομεία ανταποκρίθηκαν πολύ ευέλικτα, ενίσχυσαν τις υπηρεσίες νοσοκομείων στο σπίτι και διέδρυναν τις επιλογές για τηλεϊατρική για τα εξωτερικά ιατρεία(Duckett and Sutton, 2021). Στο κομμάτι των εμβολιασμών η Αυστραλία παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλά ποσοστά, με το πιο χαρακτηριστικό να είναι ότι έχει εμβολιαστεί τουλάχιστον με την πρώτη δόση το 93,5% του πληθυσμού 16 ετών και άνω, ενώ το 89,7% έχει ολοκληρώσει και την δεύτερη δόση(Health, 2020b).

4.5 Η θέση της Κίνας

Στις 31 Δεκεμβρίου 2019, περίπου στη 1:38 μ.μ., το γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Κίνα έλαβε ειδοποίηση για περιπτώσεις ανεξήγητης αιτιολογίας πνευμονίας στην πόλη Wuhan, στην επαρχία Hubei, στην Κεντρική Κίνα. Η ιστορία από εκεί και πέρα είναι η νέα πραγματικότητα των τελευταίων 2 χρόνων καθώς ο ιός σύντομα αναγνωρίστηκε ως ένας νέος βήτα-κορωνοϊός και σύντομα ο ιός ονομάστηκε COVID - 19(Tk, 2020).

Η επέκταση της επιδημίας COVID-19 στη Γουχάν έφτασε στο στάδιο της ανεξέλεγκτης μετάδοσης στις αρχές Ιανουαρίου 2020. Τα νοσοκομεία λειτουργούσαν ως «φύλακες» για να εμποδίσουν τη μεγάλης κλίμακας μετάδοση του ιού, ωστόσο, το ξέσπασμα αποκάλυψε και εξέθεσε τις αδυναμίες του συστήματος υγείας και των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένου του ξεπερασμένου εξοπλισμού, της σχετικά χαμηλής ικανότητας των γιατρών να αντιμετωπίσουν μια πανδημία, καθώς και της περιορισμένης ικανότητας για πραγμάτωση τεστ και συνεχή παρακολούθηση(Sun et al., 2021). Επιπλέον, η κακή κατάσταση των κοινοτικών νοσοκομείων προκάλεσε προβλήματα και στις πόλεις ενώ η δυσπιστία του κοινού στις ικανότητες των ιατρών και στην ποιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων ώθησε πολλούς ασθενείς να επισκέπτονται τα μεγάλα νοσοκομεία για διάγνωση και θεραπεία. Αυτή η κατάσταση οδήγησε σε συνεχιζόμενη μόλυνση, και σε αυξανόμενο αριθμό ασθενών. Υπό αυτές τις συνθήκες, η Κίνα απέτυχε να περιορίσει τον ιό εντός της κοινότητας και η μετάδοση σε ολόκληρο τον κόσμο έχει μόλις ξεκινήσει(Sun et al., 2021; Tk, 2020).

Μετά το ξέσπασμα είδαμε ότι όπως και στην περίπτωση της Αυστραλίας, τα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανταποκρίθηκαν σχετικά γρήγορα, συμπεριλαμβανομένων βασικών μέτρων όπως τηλεϊατρική, παροχή διαδικτυακών οδηγιών και καθοδήγησης και άλλα. Στην Κίνα, τα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανέλαβαν την ευθύνη για τη διεξαγωγή του προ συμπτωματικού ελέγχου και της παραπομπής για διαδικασίες σχετικές με τον COVID-19, την παρακολούθηση, την εκπαίδευση και τη δημοσίευση των στοιχείων(Zhang et al., 2021). Στη συνέχεια οι εθνικές αρχές μέσω επιπλέον δημιουργίας στρατηγικών δημόσιας υγείας και παρακολούθησης για κρούσματα και επαφές, ανέθεσε τις διαδικασίες αυτές, σε περισσότερες από 1.800 ομάδες επιδημιολόγων (Altakarli, 2020).

Προκειμένου λοιπόν η Γουχάν, να μπορέσει να ανακάμψει από την αρχική προβληματική αντιμετώπιση και τα παραπάνω αρνητικά αποτελέσματα έγινε προσαρμογή των στρατηγικών της με επίκεντρο το νοσοκομείο. Για να καλύψει τις ανάγκες της με τους ασθενείς με COVID-19 και να μειώσει τη νοσοκομειακή λοίμωξη, η πόλη της Κίνας, επανασχεδίασε τους ρόλους των νοσοκομείων στην απόκριση του συστήματος (π.χ. ορισμένα νοσοκομεία ορίστηκαν ως νοσοκομεία μολυσματικών ασθενειών που δέχονται ασθενείς με COVID-19, ενώ ορισμένα ορίστηκαν για τη θεραπεία ασθενών με άλλες

επείγουσες ή μη επείγουσες καταστάσεις), και συμπεριέλαβε την κοινότητα και την πρωτοβάθμια περίθαλψη ως την πρώτη γραμμή για την πρόληψη και τον έλεγχο του COVID-19. Επιπλέον, ολοκληρώθηκε σταδιακά η κατασκευή ανεξάρτητων κέντρων καραντίνας για τα μολυσμένα κρούσματα, που πραγματοποιήθηκε σχεδόν ταυτόχρονα με το lockdown σε όλη την πόλη. Έως την 1η Φεβρουαρίου 2020, έχει αρχίσει να διαμορφώνεται μια πολυεπίπεδη και εξαιρετικά σημαντική και γρήγορη στρατηγική πρόληψης και ελέγχου(Chen et al., 2021).

Ένα ακόμα μέτρο που λήφθηκε ήταν η δημιουργία καθημερινών αναφορών για τα πρόσφατα ύποπτα, διαγνωσμένα και ασυμπτωματικά κρούσματα και θανάτους. Μόλις υπήρχε διάγνωση ή υποψία κρούσματος COVID-19, ο υπεύθυνος γιατρός έπρεπε να αναφέρει ηλεκτρονικά το κρούσμα, με σκοπό την δημιουργία στατιστικών στοιχείων για τον συνολικό αριθμό σε κάθε περιοχή. Αυτές οι αναφορές δημιουργήθηκαν και δημιουργούνται μέσω του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Λοιμωδών Νοσημάτων της Κίνας (IDIS) που αναπτύχθηκε το 2004 μετά το ξέσπασμα του SARS και βασίζονται στο Εθνικό Σύστημα Αναφοράς Ασθενειών (NDRS) μεταξύ της Εθνικής και της Επαρχιακής Επιτροπής Υγείας, το οποίο καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό της Κίνας(Altakarli, 2020).

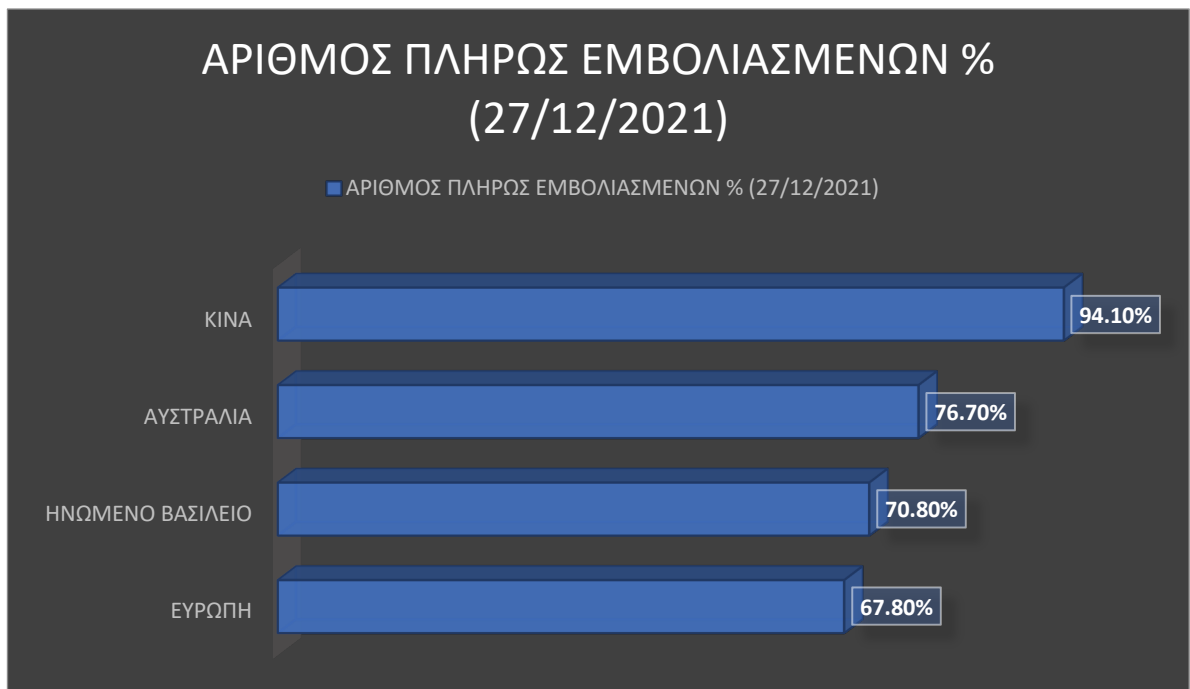
Όσον αφορά τους εμβολιασμούς, το ποσοστό εμβολιασμών στις κινεζικές πόλεις είναι σχετικά υψηλό, η διαδικασία κινητοποίησης είναι σχετικά ομαλή και οι πολίτες έχουν υψηλή επίγνωση των κινδύνων για την υγεία. Ωστόσο, στις αγροτικές περιοχές, ο εμβολιασμός και η κινητοποίηση βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη. Ωστόσο, και οι αγροτικές περιοχές προσπαθούν να λάβουν μέτρα για να επιταχύνουν τη διαδικασία (Meng et al., 2021). Σύμφωνα με στοιχεία, η Κίνα έχει χορηγήσει μέχρι στιγμής τουλάχιστον 2.630.204.000 δόσεις εμβολίων κατά του COVID. Υποθέτοντας ότι κάθε άτομο χρειάζεται 2 δόσεις, είναι αρκετές για να έχει εμβολιαστεί περίπου το 94,1% του πληθυσμού της χώρας(“Mainland China,” 2021).

Συζήτηση

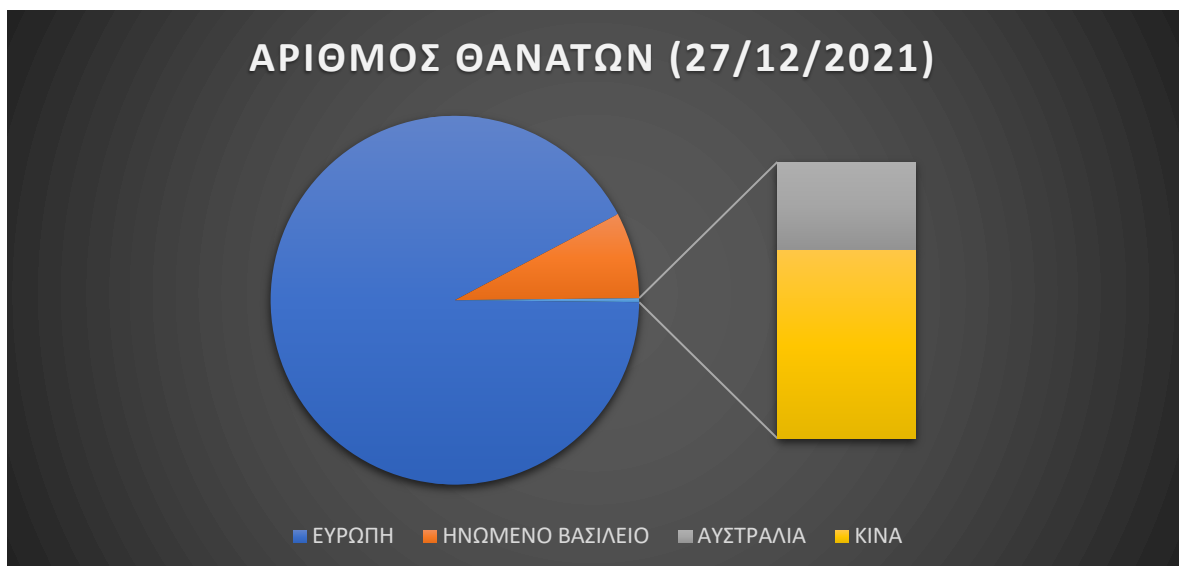


Διάγραμμα 2: Αριθμός πλήρως εμβολιασμένου πληθυσμού στην Ευρώπη

Σύμφωνα με τα διαγράμματα 2 και 3, την βιβλιογραφική ανασκόπηση του πίνακα 2 της μεθοδολογίας, και αναλογικά με τους πληθυσμούς των χωρών, παρατηρείται ότι η Ευρώπη βρίσκεται ακόμα χαμηλά στα ποσοστά εμβολιασμού της, κάτι το οποίο όπως είναι αναμενόμενο δημιουργεί τεράστια προβλήματα στην προσπάθεια αναχαίτισης εξάπλωσης του ιού. Η στασιμότητα αυτή όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οφείλεται κυρίως στην δυσπιστία του κόσμου προς τα εμβόλια ή και την επιστήμη γενικότερα. Όμως οι Σκανδιναβικές χώρες, μπορεί σαν ποσοστό να φαίνονται χαμηλότερα από αυτές τις Μεσογείου ή της Κεντρικής Ευρώπης, αλλά στην πραγματικότητα παρουσιάζουν καλύτερα ποσοστά εμβολιασμού παρά την γενικότερη δυσπιστία, γιατί στη Σουηδία, υπάρχει υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης στις αρχές και την ιατρική επιστήμη και ως εκ τούτου τα ποσοστά εμβολιασμού είναι συχνά υψηλά (Nilsson et al., 2021). Για τις υπόλοιπες μελετώμενες χώρες και σύμφωνα με το διάγραμμα 3, αν και για την Κίνα δεν παρουσιάζεται ακριβές ποσοστό εμβολιασμού υπολογίζεται ότι βρίσκεται στα παρακάτω αυξημένα επίπεδα, ενώ αντικατοπτρίζεται σε ένα βαθμό και η καλή διαχείριση της πανδημίας, από πλευράς Αυστραλίας και Ηνωμένου Βασιλείου. Επίσης και σύμφωνα με το διάγραμμα 4, αποτυπώνεται η τεράστια διαφορά στον αριθμό των θανάτων ανάμεσα στις μελετώμενες Ηπείρους, στις οποίες δεσπόζει ο χαμηλός αριθμός θανάτων στην Κίνα (σε αναλογία με τον πληθυσμό της), λόγω της όπως αναφέρθηκε οργανωμένης ανταπόκρισης της χώρας, αριθμός ο οποίος σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι 62 φορές καλύτερος από εκείνον της Αυστραλίας (Birtles, 2021).



Διάγραμμα 3: Αριθμός πλήρως εμβολιασμένου πληθυσμού σε Ευρώπη, Κίνα, Ηνωμένο Βασίλειο και Αυστραλία



Διάγραμμα 4: Θάνατοι εξαιτίας του Covid19, σε Ευρώπη, Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστραλία και Κίνα

5.1 Η έννοια των ανθρωπιστικών κρίσεων στον τομέα της Υγείας

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ανθρωπιστικές κρίσεις, όπως οι ένοπλες συγκρούσεις, οι μετακινήσεις πληθυσμών, οι φυσικές καταστροφές και οι πανδημίες, επηρεάζουν περισσότερους ανθρώπους σήμερα από ό,τι σε οποιοδήποτε σημείο της καταγεγραμμένης ιστορίας. Αυτές οι κρίσεις έχουν τεράστιες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία σε εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους, κυρίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Kohrt et al., 2019).

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω μια ανθρωπιστική κρίση προκύπτει όταν ένα τέτοιο γεγονός επηρεάζει ευάλωτους πληθυσμούς που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν μόνοι τους στις αρνητικές συνέπειες. Σε αυτό το σημείο εισέρχεται η έννοια της τρωτότητας, η οποία αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητα ατόμων ή ομάδων να αντιστέκονται και να ανακάμπτουν από απειλητικούς για τη ζωή κινδύνους και τις περισσότερες φορές συνδέεται με τη φτώχεια. Δηλαδή, οι φτωχοί πληθυσμοί είναι πιο πιθανό να είναι πιο ευάλωτοι σε ανθρωπογενείς ή φυσικές καταστροφές. Στις πληγείσες κοινότητες, συνήθως οι ευάλωτες ομάδες περιλαμβάνουν παιδιά, έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες, μετανάστες και εκτοπισμένους πληθυσμούς (Mistry et al., 2021; Zhukova, 2020).

Μετά από συμβάντα κρίσεων, ανθρωπιστικές οργανώσεις κινητοποιούν μεγάλο αριθμό βοήθειας στην περιοχή της καταστροφής (Safarpour et al., 2020) γιατί ουσιαστικά, με την έναρξη μιας κρίσης, τα προβλήματα υγείας εξαιτίας ενός τραύματος ή/και εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών αποτελούν το πρωταρχικό μέλημα των οργανώσεων ανθρωπιστικής παρέμβασης. Ωστόσο, οι ανθρωπιστικές κρίσεις έχουν επίσης πολλές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία και το περιβάλλον. Καθώς τα συστήματα υγείας διαταράσσονται, καταστρέφονται ή/και κατακλύζονται, η υγειονομική περίθαλψη είναι δύσκολη (Kohrt et al., 2019). Για πολλούς, κρίσεις σημαίνουν επίσης απώλεια μέσω διαβίωσης, εκτόπιση από τα σπίτια και τις κοινότητές τους, συναισθηματική αγωνία και κοινωνική ταλαιπωρία. Τα προβλήματα υγείας επιδεινώνονται για άτομα με προϋπάρχουσες παθήσεις και προκύπτουν νέα προβλήματα υγείας και ουσιαστικά γίνεται αντιληπτό ότι οι ανθρωπιστικές κρίσεις επηρεάζουν σχεδόν κάθε πτυχή της υγείας, (Kohrt et al., 2019).

Συχνά, οι ανθρωπιστικές κρίσεις θεωρούνται μικρότερης σημασίας κατά την αξιολόγηση της κατάστασης της παγκόσμιας υγείας. Ωστόσο, τα περιστατικά ανθρωπιστικών κρίσεων γίνονται όλο και πιο συχνά τα τελευταία χρόνια, επομένως δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπίζονται κατά αυτό τον τρόπο. Ο αντίκτυπος αυτών των κρίσεων στα παγκόσμια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ληφθεί πλήρως υπόψη για να μπορέσουν οι

υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής να λάβουν τις καλύτερες αποφάσεις σχετικά με προσεγγίσεις, στρατηγικές και δομές χρηματοδότησης που θα επέτρεπαν ένα δικαιότερο, πιο ισότιμο παγκόσμιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που εργάζεται για την επίτευξη καθολικής κάλυψης(Moore, 2021), όπως ουσιαστικά ορίζεται και από τον ΠΟΥ. Οι δραστηριότητες ανταπόκρισης σε ανθρωπιστικές κρίσεις επικεντρώνονται συνήθως σε άμεσες παρεμβάσεις. Αυτό συχνά απαιτεί οργανωμένο προγραμματισμό προκειμένου να υπάρξει άμεση απόκριση και κλιμάκωση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα για βασικά ζητήματα όπως είναι για παράδειγμα, η πρόληψη της εκδήλωσης ασθενειών ή η μείωση του υποσιτισμού. Ωστόσο, η πρόκληση τώρα είναι ότι οι κρίσεις παρατείνονται ολοένα και περισσότερο, κάτι που απαιτεί πιο μακροπρόθεσμες και πιο συντονισμένες και βιώσιμες προσεγγίσεις(Jordan et al., 2021).

Ο βασικός στόχος λοιπόν της παρέμβασης σε μια ανθρωπιστική κρίση σε υγειονομικό επίπεδο είναι να σώσει και να προστατεύσει τις ζωές των ανθρώπων που βιώνουν αυτή την κατάσταση. Αυτές οι παρεμβάσεις οργανώνονται σε διάφορα επίπεδα και με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) εφαρμόζουν προγράμματα εμβολιασμού και σίτισης, δημιουργούν κέντρα θεραπείας κατά τη διάρκεια κρουσμάτων μολυσματικών ασθενειών, παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε καταυλισμούς προσφύγων και ιδρύουν νοσοκομεία πεδίου για την παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια πολέμων όπως και μετά από φυσικές καταστροφές. Δυστυχώς όμως είναι τέτοια η φύση των ανθρωπιστικών κρίσεων που παρά τις καλύτερες προθέσεις και την αφοσιωμένη φροντίδα των εμπλεκόμενων, πολλοί ασθενείς δεν τα καταφέρνουν είτε λόγω τραυματισμού είτε ασθένειας. Αυτή είναι μια αναπόφευκτη πραγματικότητα, ειδικά δεδομένης της αβεβαιότητας και συχνά της έλλειψης των πόρων που χαρακτηρίζουν τις ανθρωπιστικές κρίσεις(Hunt et al., 2018).

5.2 Μετανάστης, Αιτητής Ασύλου, Πρόσφυγας

Πολύ συχνά στην καθημερινότητα γίνεται αναφορά στους όρους πρόσφυγας και μετανάστης και αιτητής ασύλου. Όροι που συχνά θεωρείται ότι αντιπροσωπεύουν την ίδια κατάσταση, όμως στην πραγματικότητα έχουν κάποιες διαφορές. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, οι όροι «πρόσφυγας», «αιτούντας άσυλο» και «μετανάστες» χρησιμοποιούνται συχνά για να περιγράψουν άτομα που βρίσκονται σε κίνηση, που έχουν εγκαταλείψει τις χώρες τους και έχουν περάσει τα σύνορα της χώρας τους (Hughes et al., 2019).

Όταν γίνεται αναφορά στον όρο μετανάστης, χρησιμοποιείται για άτομα που μετακινούνται εντός ή μεταξύ χωρών για να βελτιώσουν τις οικονομικές και κοινωνικές τους συνθήκες. Στην πιο βασική της μορφή, η μετανάστευση σημαίνει απλώς μια μετακίνηση ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων των περιστάσεων όπου οι άνθρωποι αναγκάζονται να μετακινηθούν. Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (IOM) παρέχει σαφήνεια στον ορισμό όπου ως μετανάστης ορίζεται «κάθε άτομο που μετακινείται ή έχει μετακινηθεί πέρα από διεθνή σύνορα ή σε ένα κράτος μακριά από τον τόπο συνήθους διαμονής του/της, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς του ατόμου, είτε η μετακίνηση είναι εκούσια ή ακούσια, τα αίτια της μετακίνησης ή ποια είναι η διάρκεια της παραμονής» (IOM, 2022). Αυτό περιλαμβάνει τους οικονομικούς μετανάστες καθώς και αυτούς που έχουν εκτοπιστεί βίαια (π.χ. πρόσφυγες). Ουσιαστικά μετανάστης μπορεί είναι κάποιος, ο οποίος έχει αλλάξει την χώρα διαμονής του χωρίς να έχει εξαναγκαστεί, αλλά από επιλογή (Douglas et al., 2019).

Αντίθετα, και σύμφωνα με την συνθήκη της Γενεύης η οποία δημιουργήθηκε το 1951 από τα Ηνωμένα Έθνη, ως πρόσφυγας ορίζεται «κάποιος που δεν μπορεί ή δεν θέλει να επιστρέψει στη χώρα καταγωγής του λόγω βάσιμου φόβου ότι θα διωχθεί για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ή πολιτικών πεποιθήσεων» (UNHCR, 2021). Οι πρόσφυγες είναι άτομα που έχουν διαφύγει από τον πόλεμο, τη βία, τις συγκρούσεις ή τις διώξεις και έχουν περάσει διεθνή σύνορα για να βρουν ασφάλεια σε άλλη χώρα. Συχνά χρειάστηκε να φύγουν, αφήνοντας πίσω τους σπίτια, υπάρχοντα, δουλειές και αγαπημένα πρόσωπα. Οι πρόσφυγες ορίζονται και προστατεύονται από το διεθνές δίκαιο (UNHCR, 2021).

Ένας αιτών άσυλο, σύμφωνα με την Έγχαρητήριο Αρμοστεία του ΟΗΕ, είναι «ένα άτομο που αναζητά διεθνή προστασία». Όμως οι αιτούντες άσυλο δεν ορίζονται αυτόματα ως πρόσφυγες (Ruokolainen and Widén, 2020). Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ορίζει τους αιτούντες άσυλο ως μέλη «μιας ιδιαίτερα ευάλωτης πληθυσμιακής ομάδας που χρήζει ειδικής προστασίας». Οι αιτούντες άσυλο έχουν μειονεκτική νομική θέση σε σύγκριση με άλλες ομάδες, γεγονός που επηρεάζει τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν στην κοινωνία υποδοχής (Ruokolainen and Widén, 2020).

A/A	ΟΝΟΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΕΤΟΣ	ΕΝΝΟΙΑ
1	Hughes et al.	Migration: theory, research and practice in guidance and counselling	2019	Μετανάστης
2	Douglas et al.	Definitions matter: migrants, immigrants, asylum seekers and refugees	2019	Μετανάστης, Πρόσφυγας, Αιτητής Ασύλου
3	UNHCR	What is a refugee?	WEB - 2021	Πρόσφυγας
4	Ruokolainen and Widén	Conceptualising misinformation in the context of asylum seekers	2020	Αιτητής Ασύλου

Πίνακας 5. Εννοιολογικές αναφορές και επεξηγήσεις των όρων πρόσφυγας, μετανάστης, αιτητής ασύλου

5.3 Το προσφυγικό και μεταναστευτικό ζήτημα του 2015 στην Ευρώπη

Στα τέλη του 2015 σημειώθηκε παγκόσμιο ρεκόρ στον αριθμό των βίαια εκτοπισμένων που εγκατέλειψαν τις χώρες τους λόγω πολέμων και διώξεων. Το άνευ προηγουμένου σύνολο των 65,3 εκατομμυρίων εκτοπισμένων ατόμων, εκ των οποίων τα 21,3 εκατομμύρια ήταν πρόσφυγες, ήταν ο υψηλότερος αριθμός που κατέγραψε η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) από την ίδρυσή της το 1950. Την ίδια χρονιά και ενόψει αυτού μεγάλης κλίμακας κρίση, μόνο 107.100 πρόσφυγες έγιναν δεκτοί για επανεγκατάσταση μέσω επίσημων προγραμμάτων επανεγκατάστασης, ενώ 3,2 εκατομμύρια ζήτησαν άσυλο παγκοσμίως(Almustafa, 2021).

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, μέχρι το τέλος του 2016, σχεδόν 5,2 εκατομμύρια πρόσφυγες και μετανάστες έφτασαν στις ευρωπαϊκές ακτές, πραγματοποιώντας ταξίδια από τη Συρία, το Ιράκ, το Αφγανιστάν και άλλες χώρες που διαλύθηκαν από τον πόλεμο και τις διώξεις(UNHCR -USA, 2021). Πρωταρχικός προορισμός τους ήταν η Ευρώπη, πιο συγκεκριμένα οι εύπορες, καλύτερα βιομηχανοποιημένες χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης. Ωστόσο, η ευρωπαϊκή νομοθεσία απαιτεί ότι οι πρόσφυγες πρέπει να υποβάλλονται σε επεξεργασία στο πρώτο λιμάνι εισόδου στην Ευρώπη. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό αφορά τα νησιά της Ελλάδας στο ανατολικό Αιγαίο(Papadimos et al., 2020).

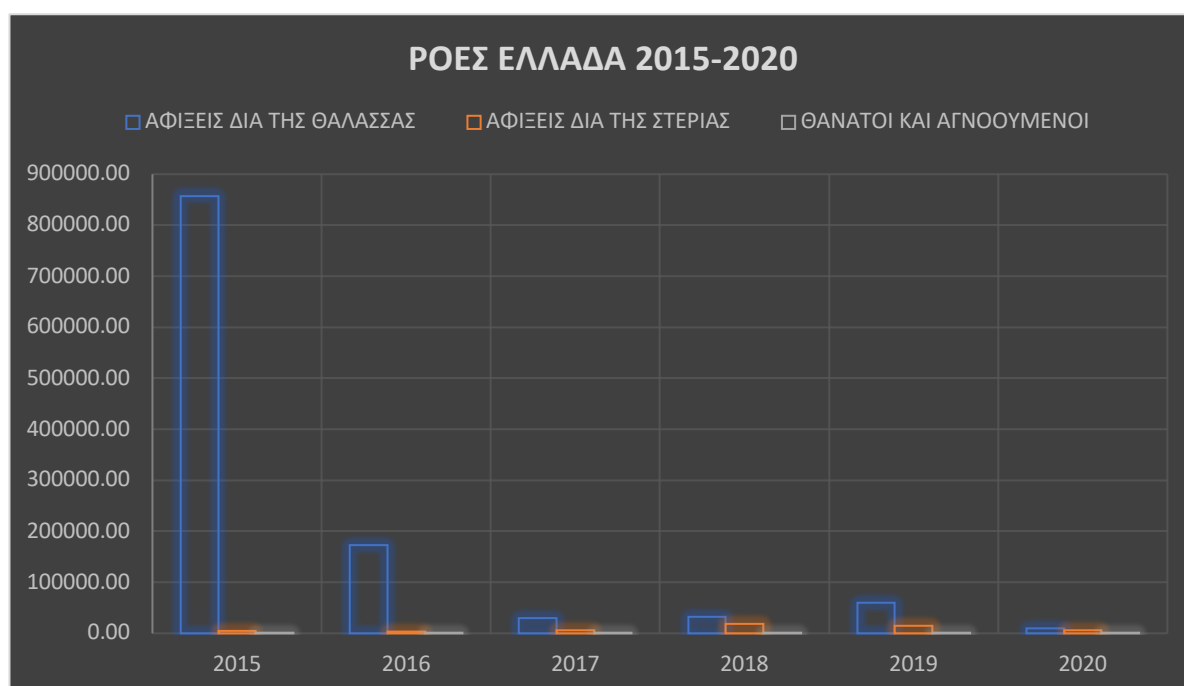
5.3.1 Ελλάδα

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το ελληνικό κράτος βρέθηκε σε μεγάλο βαθμό απροετοίμαστο να αντιμετωπίσει τη δραματική αύξηση της εισροής αιτούντων άσυλο και προσφύγων, τόσο σε επίπεδο διαδικασιών όσο και σε υποδομών. Η προσφυγική κρίση στην Ελλάδα δημιούργησε μια μεγάλη και ξαφνική επισήμανση των αναγκών που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των κρίσεων σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Από τις αρχές του 2016, καταγράφηκε προσφυγική ροή άνω των 860.000 μεταναστών στην Ελλάδα και τη Βόρεια Ευρώπη (Chtouris and Miller, 2017). Από το καλοκαίρι του 2015 έως τις αρχές του 2016, ένας άνευ προηγουμένου αριθμός προσφύγων, μεταναστών και αιτούντων άσυλο, κυρίως Σύριοι, πέρασαν από τα ελληνικά σύνορα με την Τουρκία, αποβιβαζόμενο κυρίως στο νησί της Λέσβου (Afou Xenidis et al., 2017), σε αυτό της Χίου αλλά και στο λιμάνι του Πειραιά. Στις αρχές του 2016, η Ευρωπαϊκή Ένωση ήρθε σε συμφωνία με την Τουρκία με στόχο να σταματήσει τη μαζική εισροή προσφύγων και μεταναστών στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τη συμφωνία, η Ευρωπαϊκή Ένωση και η Τουρκία συμφώνησαν ότι όλοι οι νέοι μετανάστες που περνούν από την Τουρκία στα ελληνικά νησιά μετά τις 20 Μαρτίου 2016 θα επιστρέφονται στην Τουρκία εάν δεν υποβάλλουν αίτηση για άσυλο ή δεν δικαιούνται άσυλο ή είναι αιτούντες άσυλο των οποίων η αίτηση δεν έγινε αποδεκτή (Ben Farhat et al., 2018). Η συμφωνία αυτή δεν ήταν χωρίς κέρδος για την γείτονα χώρα, καθώς είχαν ως αντάλλαγμα οικονομικά κίνητρα, πρόσβαση χωρίς βίζα στην Ευρώπη για τους Τούρκους πολίτες και σκέψη για την Τουρκία να γίνει μέλος της Ε.Ε (Chtouris and Miller, 2017). Όμως αυτή η συμφωνία δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ενώ περίπου 15.000 άνθρωποι παραμένουν παγιδευμένοι στα νησιά μέχρι και σήμερα, μόλις 2.140 άνθρωποι έχουν επιστρέψει από την Ελλάδα στην Τουρκία στο πλαίσιο της συμφωνίας τα τελευταία πέντε χρόνια. Αυτό οφείλεται κυρίως σε μια μακρά και περίπλοκη διαδικασία ασύλου που περιλαμβάνει κριτήρια «αποδεκτού», αλλά και στην πραγματικότητα ότι τα ελληνικά δικαστήρια έχουν αναγνωρίσει ότι η Τουρκία δεν είναι μια ασφαλής χώρα για τον οποιονδήποτε, πόσο μάλλον για έναν πρόσφυγα (IRC, 2021).

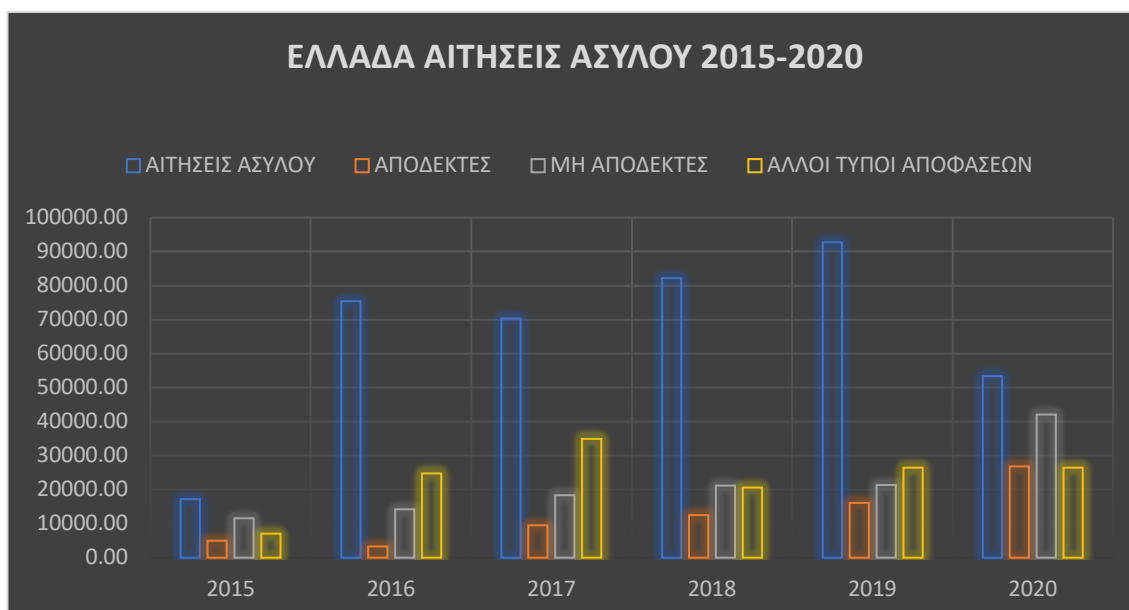
Ένα ιδιαίτερος σημαντικό κομμάτι στην τεράστια αυτή εισροή προσφύγων ήταν και το υγειονομικό. Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετώπισε από την αρχή και αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις με το βάρος της οικονομικής κρίσης του 2009 να υπάρχει ακόμα στην χώρα. Στην πραγματικότητα, η κρίση οδήγησε σε ελλείψεις σε ζωτικής σημασίας εξοπλισμό για το σύνολο του πληθυσμού. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας είχε να αντιμετωπίσει τα υπερπλήρη κέντρα υποδοχής και τα hotspots τα οποία επιβάρυναν την υγειονομική κατάσταση. Ουσιαστικά η κατάσταση αυτή εξέθεσε την ανάγκη για κατευθυντήριες γραμμές για τον ιατρικό έλεγχο και την παροχή υγειονομικής

περίθαλψης, ρόλο που σε μεγάλο βαθμό κάλυπταν οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ)(Kotsiou et al., 2018).

Η σημερινή μέρα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ανακριβής όσον αφορά την κατάσταση του προσφυγικού ζητήματος στην Ελλάδα. Τα νούμερα δείχνουν ότι ο αριθμός των αιτούντων άσυλο στα ελληνικά νησιά μειώθηκε σε λίγο περισσότερους από 4.500 το 2021, από περίπου 40.000 τον Απρίλιο του 2020, και ο αριθμός των αιτούντων άσυλο που στεγάζονται σε εγκαταστάσεις σε όλη την Ελλάδα που διαχειρίζεται ή υποστηρίζεται από το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου να έχει μειωθεί κατά περίπου 50% μεταξύ 2019-2020 (διάγραμμα 6) και οι νέες αφίξεις στα ελληνικά νησιά μειώνονται κατά 78 τοις εκατό σε σύγκριση με πέρυσι, τάση η οποία αποτυπώνεται και στο διάγραμμα 5(Fallon and Malichudis, 2021). Όμως πολιτικές εντός της χώρας οι οποίες ίσως να μην γίνονται ξεκάθαρα φανερές συμβάλλουν στην πιο δύσκολη πρόσβαση στην Ελλάδα καθώς και αποτροπές για όσα άτομα που καταφέρνουν να εισέλθουν στη χώρα να λάβουν το καθεστώς του πρόσφυγα.



Διάγραμμα 5: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Ελλάδα κατά τα έτη 2015 – 2020.

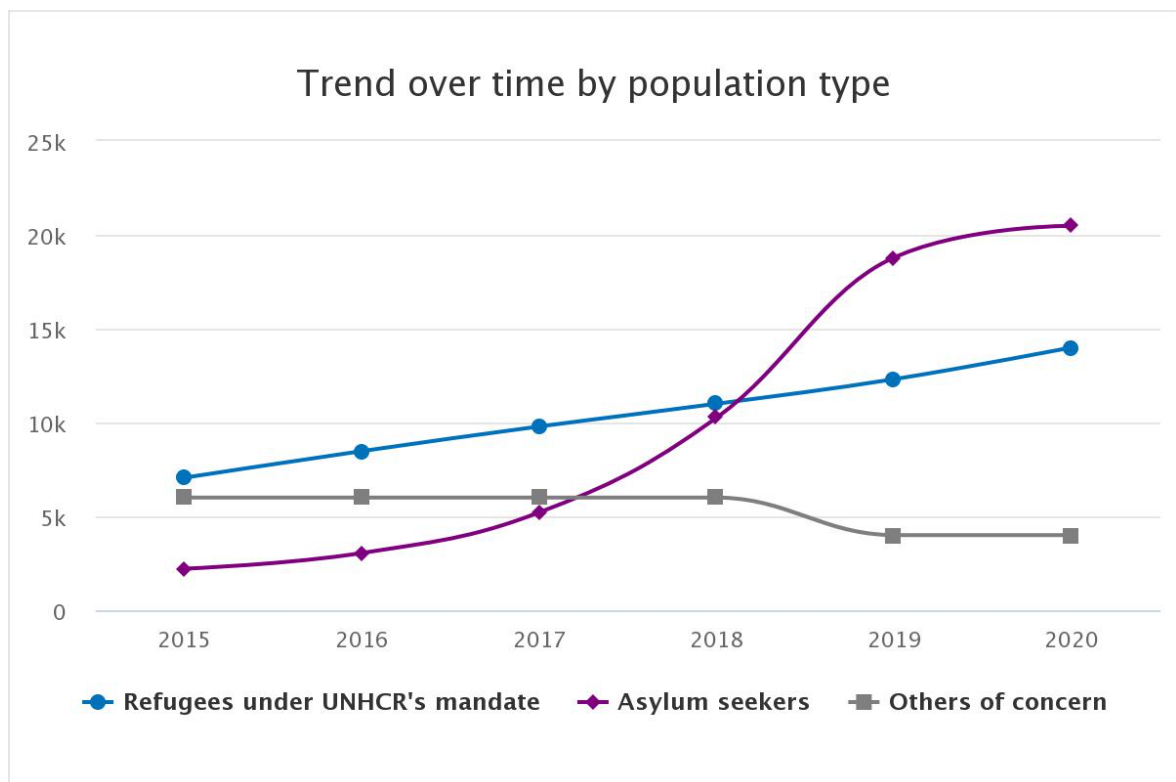


Διάγραμμα 6: Στοιχεία αιτήσεων ασύλου Ελλάδα 2015-2020

5.3.2 Κύπρος

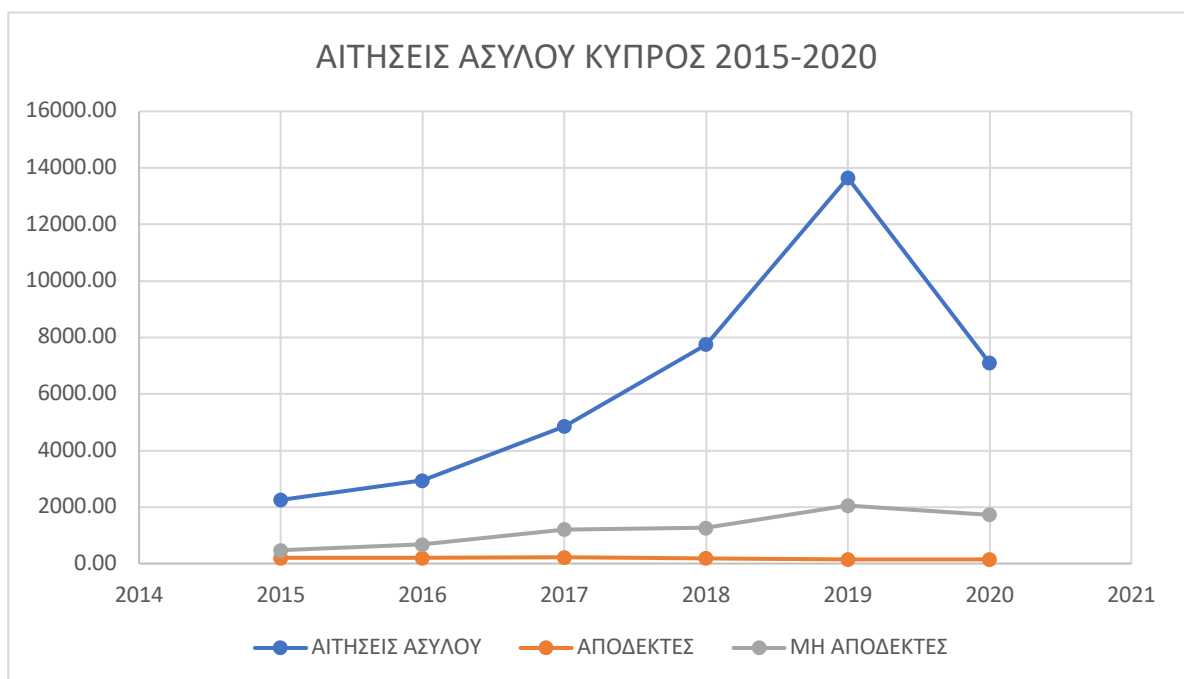
Η Κύπρος είναι μια ένα νησί με πολύπλοκη ιστορία συγκρούσεων και βρίσκεται στην πιο νοτιοανατολική περιοχή της Μεσογείου, και ουσιαστικά γειτνιάζει με την Ευρώπη, την Ασία και την Αφρική. Είναι βασικό να τονιστεί ότι το άσυλο και η μετανάστευση στην Κύπρο πρέπει να κατανοηθούν στο πλαίσιο της γεωγραφικής της θέσης (Trimikliniotis, 2019).

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω στην κορύφωση της «προσφυγικής κρίσης» του 2015, η Κύπρος είχε 1.373 περιπτώσεις αιτήσεων ασύλου για το 2014, 2.210 το 2015 και 3.049 το 2016. Τα τελευταία χρόνια όμως ο αριθμός αυτός παρουσίασε σημαντική αύξηση 5.216 το 2017 και 10.67 το 2018. Για το 2019, ο αριθμός είναι 18.799, ο υψηλότερος αριθμός που καταγράφηκε ποτέ μέχρι το 2020 όπου ο αριθμός ήταν 20.483. Η αυξητική τάση εισροών πληθυσμού όπως επίσης και ο ανοδικός αριθμός αιτήσεων ασύλου στην Κύπρο αποτυπώνονται στα διαγράμματα 7 και 8 αντίστοιχα. Και σε αντίθεση με τη Μάλτα, που βρίσκεται στη Μεσόγειο Θάλασσα μεταξύ Ιταλίας και Λιβύης, η Κύπρος είναι πολύ μακριά από την υπόλοιπη Ευρώπη για να χρησιμοποιηθεί ως χώρα διέλευσης (Newsroom, n.d.; Trimikliniotis, 2019).



Διάγραμμα 7: Πληθυσμιακά στοιχεία εισροών, Κύπρος 2015-2020

Πηγή:(UNHCR - Refugee Statistics, n.d.)



Διάγραμμα 8: Αιτήσεις Ασύλου Κύπρος 2015-2020

Προκειμένου να μπορέσει η Κύπρος να επιταχύνει τις διαδικασίες ασύλου, έχει υπογράψει συμφωνία για Ειδικό Σχέδιο Στήριξης με την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Υποστήριξης Ασύλου (EASO). Η συμφωνία παρέχει 4,5 εκατ. ευρώ στην Κύπρο και επιπλέον, η EASO θα αυξήσει τον αριθμό των εμπλεκόμενων εμπειρογνομόνων στην εγγραφή και διαχείριση των αιτούντων που δικαιούνται διεθνή προστασία. Το Ειδικό Σχέδιο Στήριξης επίσης προβλέπει επταετή υποστήριξη εμπειρογνομόνων από 14 κράτη-μέλη, 117 προσωρινούς υπαλλήλους και 71 διερμηνείς(EASO CY, 2021; Trimikliniotis, 2019).

Η υγειονομική διαχείριση του προσφυγικού ζητήματος στο νησί της Κύπρου δεν έχει όση βαρύτητα θα έπρεπε. Εξαρτάται κυρίως από εθελοντικές πράξεις υγειονομικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων. Το σύστημα υγείας της Κύπρου συμμετέχει παρέχοντας συνήθως νοσηλευτή για κάλυψη των hotspots καθώς και αποστολές ομάδων της Υπηρεσίας Ασθενοφόρων σε περιπτώσεις που θα κριθεί ανάγκη.

5.3.3 Ιταλία

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, μεταξύ 2014 και 2015 ο αριθμός των μεταναστών που έφτασαν στην Ελλάδα εκτινάχθηκε από περίπου 40.000 σε περίπου 800.000. Τον Μάρτιο του 2016, η συμφωνία Ευρωπαϊκής Ένωσης - Τουρκίας ουσιαστικά έκοψε αυτή τη διαδρομή, μειώνοντας τον αριθμό των μεταναστών σε περίπου 170.000 το 2016 και στη συνέχεια σε λίγο λιγότερους από 30.000 το 2017. Όμως, σε εκείνη τη χρονική περίοδο, οι πρόσφυγες, κυρίως από την Αφρική, διατήρησαν την κινητικότητα τους προς στην Ιταλία με πολύ πιο σταθερούς αριθμούς και στην πραγματικότητα κορυφώθηκαν το 2016 (Fiore and Ialongo, 2018).

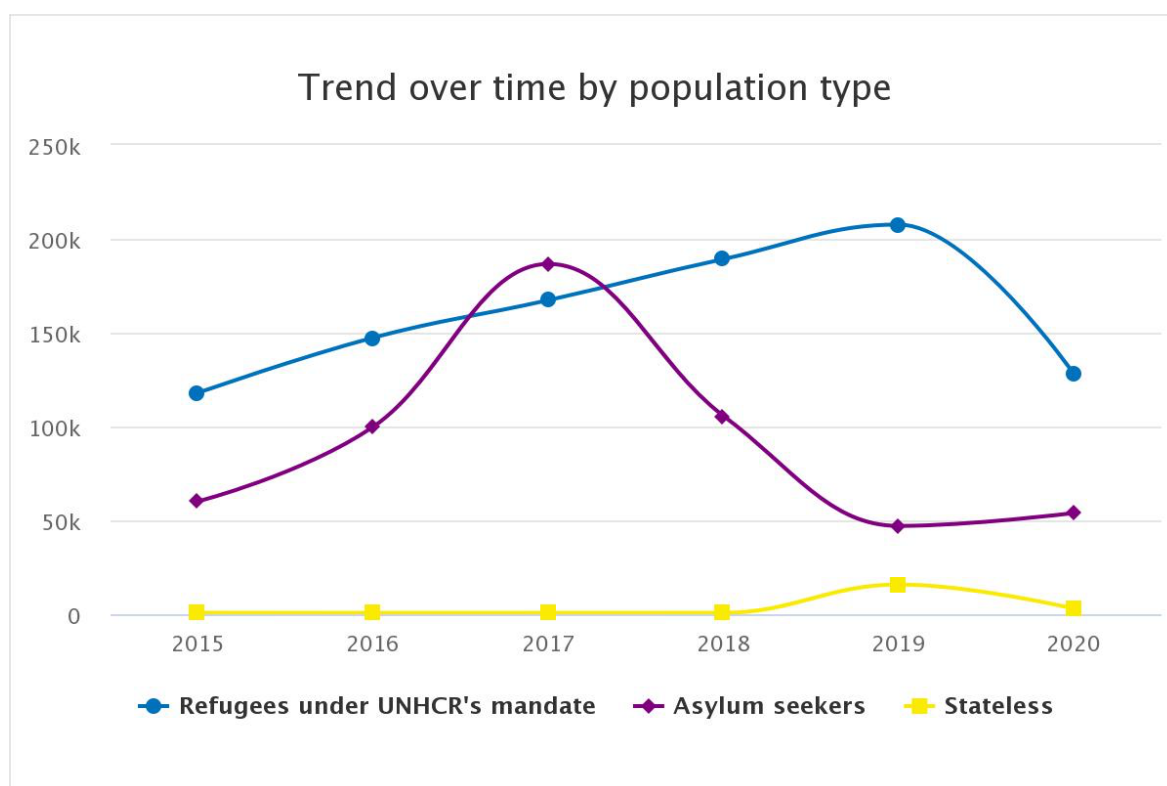
Η ιταλική κυβέρνηση προσπάθησε να συνδυάσει την επιταγή της πλήρους συμμόρφωσης με τους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ρυθμίζουν τους ελέγχους στα εξωτερικά σύνορα, με την τήρηση του ανθρωπιστικού δικαίου(Savino, 2019).

	Italy	Annual variation	Greece	Annual variation	EU	Annual variation
2014	170,100	+396%	43,500	+381%	219,000	+ 365%
2015	153,842	- 10%	853,723	+1.962%	1,015,078	+463%
2016*	131,860	0%	166,824	- 58%	302,488	- 42%
Total	455,802		1,064,047		1,536,566	

Διάγραμμα 9 : Αφίξεις προσφύγων μέσω θαλάσσης στην Ιταλία, την Ελλάδα και την Ευρώπη. Πηγή: (Savino, 2019)

Σύμφωνα με το διάγραμμα 9 και την μελέτη του (Savino, 2019) η Ελλάδα και η Ιταλία παρουσίασαν διακυμάνσεις στις αφίξεις των προσφύγων κατά την τριετία 2014-2016. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από την σημαντική διαφορά ως προς τη συνέχεια των μεταναστευτικών ροών και από την γεωγραφική περιοχή των δύο χωρών. Η Ιταλία είναι το λιμάνι εισόδου στην Ευρώπη για ροές από την Αφρική ενώ η Ελλάδα είναι η χώρα διέλευσης πιο ομοιογενών ροών από τη Μέση Ανατολή.

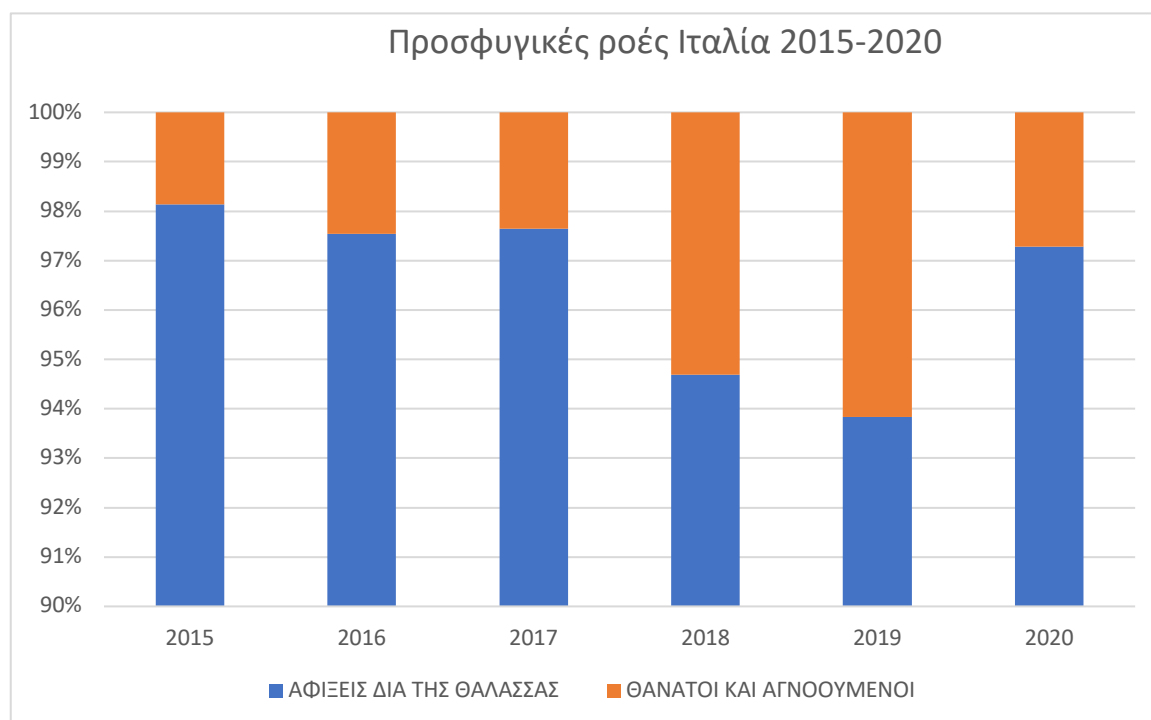
Η μεταναστευτική κρίση οδήγησε την Ιταλία να ζητήσει περισσότερη συνεργασία και αλληλεγγύη από την Ε.Ε., αλλά ταυτόχρονα να καταφύγει σε ορισμένες από τις δικές της πρωτοβουλίες, όπως η επιχείρηση Mare Nostrum (Ambrosetti and Paparusso, 2018; Pinelli, 2018) για την προστασία των εξωτερικών της συνόρων και να βοηθήσει τους μετανάστες που διασχίζουν τη Μεσόγειο Θάλασσα σε επικίνδυνες συνθήκες (UNHCR - Italy, 2021). Τέθηκε δηλαδή, μια πολυμερή πολιτική συνεργασίας και ανάπτυξης με τις χώρες προέλευσης και διέλευσης των μεταναστών. Επίσης, τον Απρίλιο του 2017 εγκρίθηκε διάταγμα που είχε ως στόχο να επιταχύνει τη διαδικασία αίτησης για αιτούντες άσυλο (Ambrosetti and Paparusso, 2018), στοιχείο το οποίο αποτυπώνεται στο διάγραμμα 10.



Διάγραμμα 10: Πληθυσμιακά στοιχεία εισροών, Ιταλία 2015-2020

Πηγή:(UNHCR - Refugee Statistics, n.d.)

Όμως, αξίζει να αναφερθεί ότι βάση στατιστικών ένας σημαντικός αριθμός των ροών αυτών κατέληγε να είναι αγνοούμενοι ή ακόμα και νεκροί (Διάγραμμα 11).



Διάγραμμα 11: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Ιταλία κατά τα έτη 2015 – 2020.

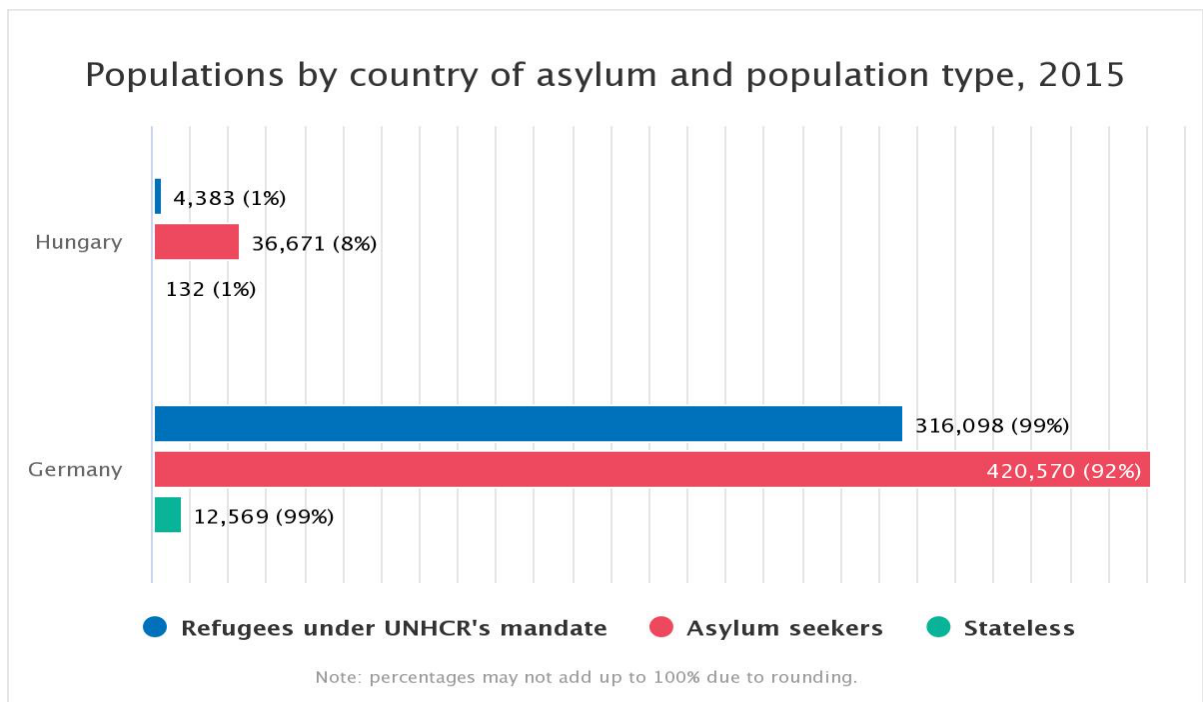
Στο υγειονομικό κομμάτι, στην Ιταλία, η εγγραφή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι απαραίτητη για την πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες που προσφέρονται από αυτό. Σύμφωνα με μελέτες και επιπλέον από το γεγονός ότι οι πρόσφυγες καταλήγουν να διαμένουν σε hotspots τα οποία πολλές φορές είναι σε κακή κατάσταση, διαπιστώθηκε ότι παρά το νεαρό της ηλικίας τους, περισσότερο από το 50 τοις εκατό των προσφύγων που ζούσαν σε τέτοιου είδους οικισμούς είχαν προβλήματα υγείας τα οποία συνδέονταν κυρίως με την έλλειψη οικογενειακού δικτύου στην Ιταλία, την παραμονή στους οικισμούς για μεγάλο χρονικό διάστημα και την έλλειψη πρόσβασης σε νερό και ηλεκτρισμό. Αυτό επιβεβαιώνει την αρνητική επίδραση των επιζήμιων συνθηκών στέγασης. Τονίζεται δε ότι το ιταλικό Εθνικό σύστημα υγείας δεν καλύπτει τις ανάγκες υγείας αυτών των ανθρώπων (Mammana et al., 2020; Mendola and Busetta, 2018).

5.3.4 Γερμανία - Ουγγαρία

Η Γερμανία και η Ουγγαρία αποτελούν δύο χώρες που τράβηξαν τη διεθνή προσοχή λόγω της αντίθεσής τους όσον αφορά στην αντιδράσεις τους στην προσφυγική κρίση. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι αυτές επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από αυτές διαφορετικά ιστορικά υπόβαθρα, το κοινωνικό περιβάλλον καθώς και από οικονομικά και πολιτικά συστήματα (Kelliher, 2016).

Σύμφωνα με μελέτη των (Kriesi et al., 2021) η πρώτη στάση που έκαναν οι πρόσφυγες περνώντας την Ελλάδα προς τη βορειοδυτική Ευρώπη ήταν η Ουγγαρία. Το καλοκαίρι του 2015, δεκάδες χιλιάδες πρόσφυγες εγκλωβίστηκαν στον σιδηροδρομικό σταθμό Κελέτι της Βουδαπέστης. Ελλείψει κοινής λύσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η κυβέρνηση Ορμπάν (Boeskor, 2018) στην Ουγγαρία άρχισε να αυτοσχεδιάζει. Ουσιαστικά, επέτρεψε στους πρόσφυγες να περάσουν προς την κατεύθυνση της Αυστρίας, μετατρέποντας την Ουγγαρία σε κράτος διέλευσης. Κατά τη διάρκεια της προσφυγικής κρίσης του 2015/16, η Ουγγαρία κατηγορήθηκε επανειλημμένα ότι υιοθέτησε μια βάνανυση προσέγγιση έναντι των αιτούντων άσυλου. Αρκετές μελέτες ισχυρίζονται ότι ο Βίκτορ Όρμπαν δεν θεωρούσε πραγματικά το προσφυγικό ζήτημα ως ανθρωπιστικό ζήτημα, αλλά ως μέρος της πολιτικής του εξουσίας (Goździak, 2019; Stokłosa, 2018). Το στοιχείο αυτό αποτυπώνεται και στα διαγράμματα 12 και 13 όπου φαίνεται η μεγάλη διαφορά των ροών που δέχθηκε η Ουγγαρία μεταξύ των 2 ετών. Ουσιαστικά διαφαίνεται ότι ακόμα και το 2015 όπου η Ουγγαρία φαίνεται ότι αναγκάστηκε να δεχθεί έναν αριθμό προσφύγων, η διαφορά με τον αντίστοιχο που δέχθηκε η Γερμανία το ίδιο έτος είναι τεράστια (Διάγραμμα 12), ενώ επιπλέον ο αριθμός αυτός πέφτει κατακόρυφα το 2016 (Διάγραμμα 13).

Παρόλα αυτά, έρευνες έδειξαν ότι η μεγάλη αυτή μεταναστευτική εισροή χαρακτηρίστηκε ως αυξημένη κατάσταση απόκρισης αλλά όχι ως μαζική κρίση υγείας. Και αυτό γιατί το υγειονομικό εργατικό δυναμικό στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης ανέφερε μεν αυξημένο φόρτο εργασίας ως απάντηση στην αυξανόμενη κρίση που αποτυπώθηκε με περισσότερες εργάσιμες ημέρες, αλλά δεν υπήρχε έλλειψη προσωπικού. Αν και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ήταν υπερβολικά επιφορτισμένοι κατά τη διάρκεια της απόκρισης, έδειξαν ευελιξία και ικανότητα κάλυψης των αναγκών κατά τη διάρκεια του 2015. Σημαντικό επίσης ήταν ότι αν και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας δεν θεώρησαν ότι χρειαζόνταν πρόσθετη εκπαίδευση πέρα από την παραδοσιακή τους εκπαίδευση αλλά, ιδιαίτερα στα κέντρα υποδοχής προσφύγων, τονίστηκε η ανάγκη για πρόσθετους πόρους. Επιπλέον, όπως στις περισσότερες χώρες, οι ΜΚΟ, όπως ο Ουγγρικός Ερυθρός Σταυρός, είχαν πολύτιμο υποστηρικτικό ρόλο (WHO - Hungary, 2021).



Διάγραμμα 12: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Γερμανία και την Ουγγαρία κατά το έτος 2015.

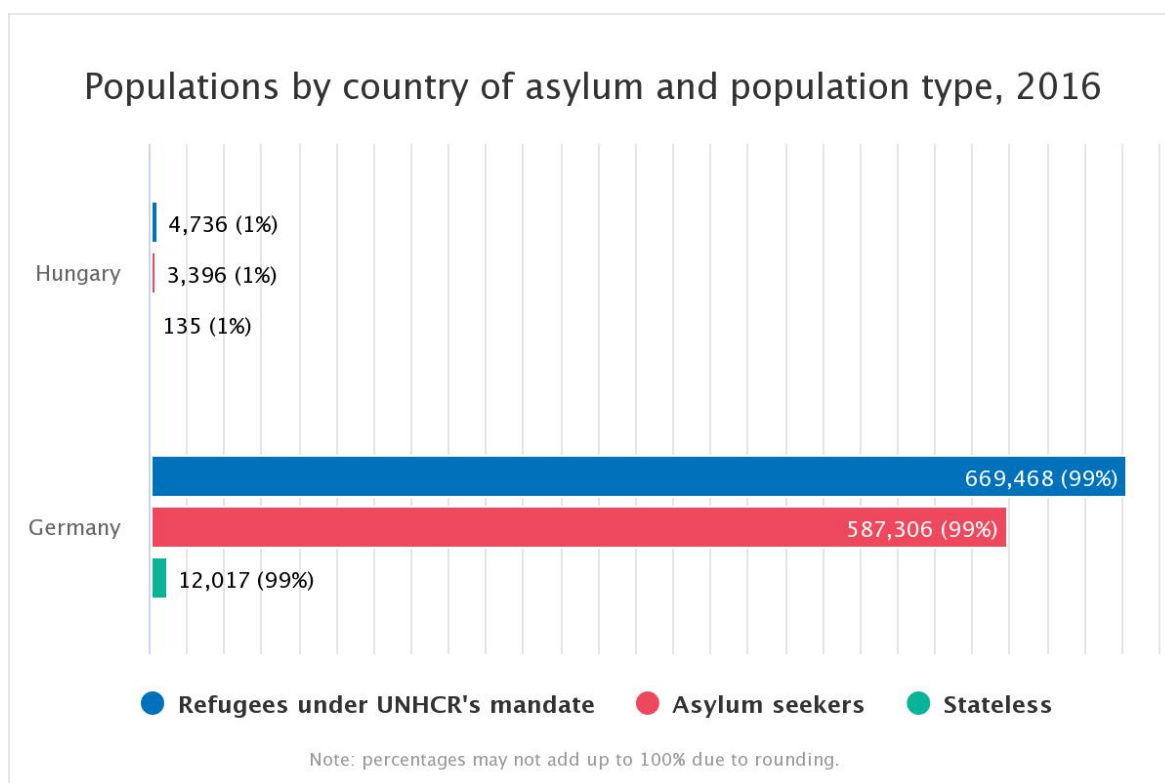
Πηγή:(UNHCR - Refugee Statistics, n.d.)

Αντίθετα με την πολιτική του Ορμπάν, στη Γερμανία στις 31 Αυγούστου 2015, η Γερμανίδα Καγκελάρια Άνγκελα Μέρκελ, κατά τη διάρκεια της ομιλίας της στην Ομοσπονδιακή Συνέντευξη Τύπου, ανακοίνωσε «Wir schaffen das» («Μπορούμε να το κάνουμε»). Με το παραπάνω δεσμεύτηκε ουσιαστικά σε μια επιτρεπτική πολιτική ασύλου. Μερικές μέρες αργότερα, τόνισε περαιτέρω ότι δεν θα υπάρχει νομικός περιορισμός στον αριθμό των προσφύγων που θα υποδεχόταν η Γερμανία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το να αρχίσει να δέχεται η Γερμανία τεράστιο αριθμό μεταναστών και προσφύγων(Διάγραμμα 12,13) (Sola, 2018). Σχεδόν μισό εκατομμύριο άνθρωποι ζήτησαν άσυλο στη Γερμανία το 2015 και άλλοι 750.000 τον επόμενο χρόνο(“Germany,” 2020). Τα δύο τρίτα του αφιχθέντος πληθυσμού προσφύγων στη Γερμανία προέρχονταν από τη Συρία, το Αφγανιστάν, το Ιράκ, την Ερυθραία και το Ιράν (χώρες που πλήττονται από ένοπλες συγκρούσεις, ομαδικές διώξεις και άλλες παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων)(Jaschke and Kosyakova, 2021).

Είναι λοιπόν μια πραγματικότητα, ότι, η Γερμανία έπαιξε ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κρίσης το καλοκαίρι και το φθινόπωρο του 2015. Ενώ χώρες όπως η Ουγγαρία απάντησαν με σχεδόν άμεση βία, η Γερμανία απάντησε με φιλοξενία(Holmes and Castañeda, 2016).

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους αιτούντες άσυλο στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας ρυθμίζεται από τον Νόμο περί Παροχών Αιτούντων Άσylum, ο οποίος όμως ουσιαστικά περιορίζει τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους αιτούντες άσυλο.

Κάτι το οποίο σημαίνει ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην Γερμανία για τους πληθυσμούς αυτούς, επικεντρώνεται σε επείγοντα περιστατικά. Η θεραπεία για χρόνιες ασθένειες απαιτεί έγκριση από το γραφείο κοινωνικής ασφάλισης του δήμου υποδοχής. Οπότε, για να διευκολυνθεί η κατάλληλη πρόσβαση των προσφύγων στην υγειονομική περίθαλψη, είχαν δημιουργηθεί εξωτερικές κλινικές, και λειτουργούσαν στα κέντρα φιλοξενίας προσφύγων. Επιπλέον, αναγνωρίστηκε η ανάγκη για τυποποιημένη προστασία δεδομένων και για δημιουργία διαβατηρίου υγείας(Borgschulte et al., 2018).



Διάγραμμα 13: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Γερμανία και την Ουγγαρία κατά το έτος 2016. Πηγή:(UNHCR - Refugee Statistics, n.d.)

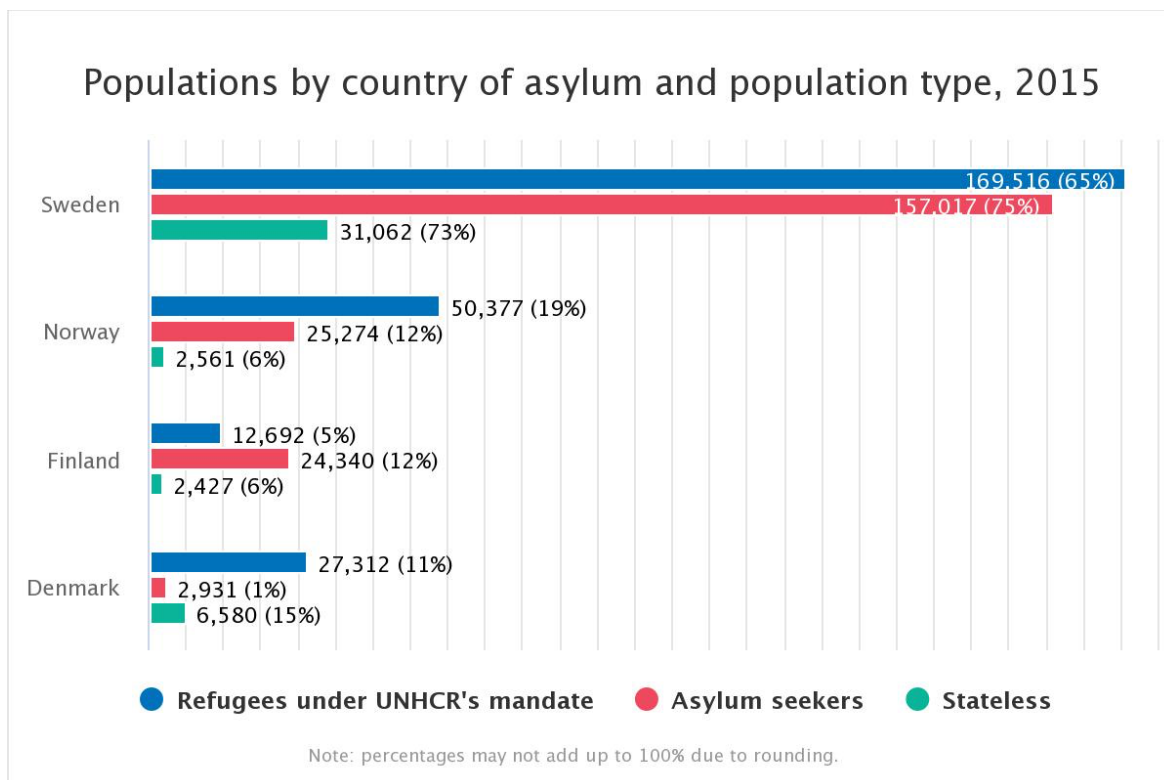
5.3.5 Σκανδιναβικές χώρες

Οι Σκανδιναβικές χώρες, ιδίως η Σουηδία, είχαν παραδοσιακά μια καθιερωμένη εικόνα ως ειρηνικά έθνη που εφαρμόζουν ανθρωπιστικές πολιτικές ασύλου και προσφύγων. (Garvik and Valenta, 2021).

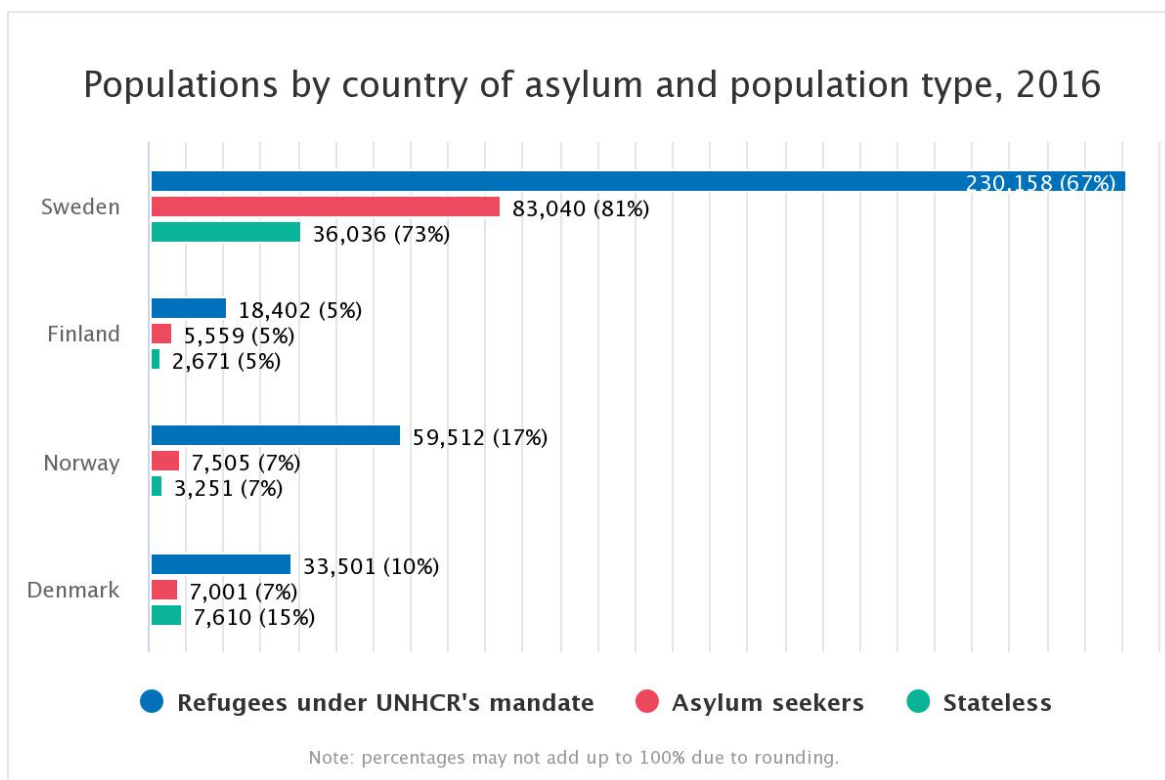
Παρά το γεγονός ότι ήταν γεωγραφικά, πολιτιστικά και κλιματικά πιο απομακρυσμένη από τη Μέση Ανατολή και από την υπόλοιπη Ευρώπη, η Σουηδία δέχτηκε περισσότερους αιτούντες άσυλο από οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2015. Και οι υπόλοιπες Σκανδιναβικές χώρες, η Νορβηγία και η Φινλανδία γνώρισαν επίσης μεγάλες εισροές αιτητών ασύλου (Tanner, 2016). Το 2015 περισσότεροι από 160.000 αιτούντες άσυλο έφθασαν στη Σουηδία, αριθμός που ισοδυναμεί με διπλάσιο αριθμό από αυτόν του προηγούμενου έτους (2014) (Djuve, 2016).

Οι Σκανδιναβικές χώρες είχαν μερικές από τις πιο γενναιόδωρες πολιτικές για τους πρόσφυγες και το άσυλο στην Ευρώπη, μέχρι το 2015, όταν οι κυβερνήσεις τους άρχισαν να υιοθετούν αυστηρότερη νομοθεσία και μεταρρυθμίσεις πολιτικής για να περιορίσουν τα οφέλη για τους πρόσφυγες και κατά συνέπεια την ροή τους (Tanner, 2016).

Στη Σουηδία, η κυβέρνηση πρότεινε να προσφερθεί στους αναγνωρισμένους πρόσφυγες τριετής προσωρινή διαμονή αντί για μόνιμο καθεστώς κάτι το οποίο πιθανά να συνετέλεσε αποτρεπτικά στις περαιτέρω αιτήσεις ασύλου μεταξύ 2015 και 2016 (Διαγράμματα 14 και 15), ενώ σε όσους χορηγούνταν επικουρική προστασία θα λάμβαναν προσωρινή διαμονή ενός έτους. Στη Δανία, μειωθήκαν τα χρηματικά επιδόματα που διατέθηκαν στους αιτούντες άσυλο κατά 45% ενώ τον Ιανουάριο του 2016, η κυβέρνηση ψήφισε μια νομοθεσία που επέτρεπε στις αρχές να κατάσχουν τα τιμαλφή των μεταναστών για να αντισταθμίσουν το κόστος διαμονής. Η Φινλανδία, προχώρησε σε άλλες κινήσεις και προσπάθησε να συνάψει νέες συμφωνίες με τις χώρες προέλευσης για τις επιστροφές, καθώς και να βρει τρόπους για να διευκολύνει καλύτερα τις επιστροφές. Η Νορβηγία, παρουσίασε τον Δεκέμβριο του 2015, ένα σχέδιο νόμου το οποίο περιλάμβανε μεταξύ άλλων το να επιτρέπεται η επανένωση της οικογένειας μόνο αφού ο αιτών έχει εργαστεί ή έχει πάει σχολείο στη Νορβηγία για τέσσερα χρόνια, η έκδοση κουπονιών αντί για παροχή μετρητών για την κάλυψη βασικών αναγκών (για την αποφυγή αποστολής χρημάτων εκτός χώρας) και η απαίτηση σε ηλικιωμένους αιτούντες άσυλο (ηλικίας 55 έως 67 ετών) να μάθουν τη νορβηγική γλώσσα και τα κοινωνικά έθιμα (Djuve, 2016; Tanner, 2016).



Διάγραμμα 14: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στη Σκανδιναβία κατά το έτος 2015. Πηγή:(UNHCR - Refugee Statistics, n.d.)

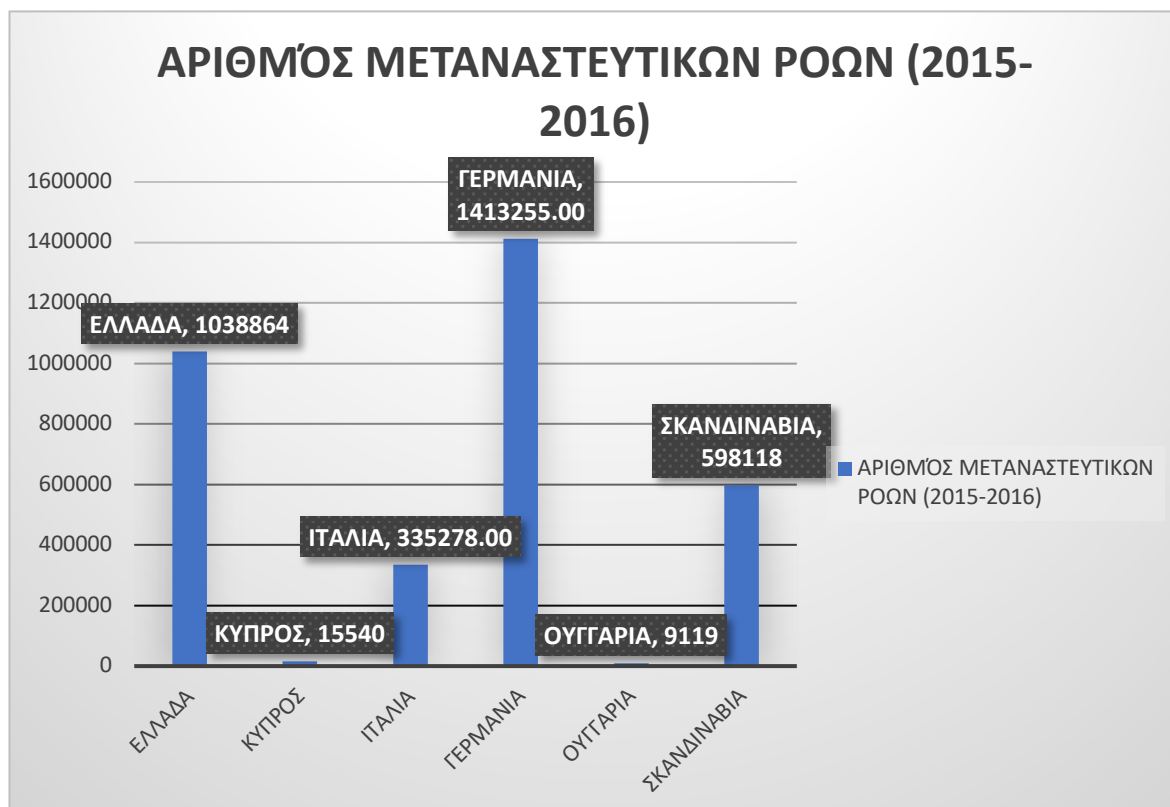


Διάγραμμα 15: Στοιχεία μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στη Σκανδιναβία κατά το έτος 2016. Πηγή:(UNHCR - Refugee Statistics, n.d.)

Στο υγειονομικό κομμάτι, τον Οκτώβριο του 2015, η κυβέρνηση ενέκρινε αίτηση από την Σουηδική Ένωση Τοπικών Αρχών και Περιφερειών (ΣΑΛΑΡ) για τη διεξαγωγή μελέτης με στόχο να ανακαλύψει εάν είναι δυνατόν να υποστηρίξει την ανάπτυξη παροχών υγείας για τους αιτούντες άσυλο και των νεοαφιχθέντων μεταναστών. Ο σκοπός του προγράμματος ήταν (Psykisk Hälsa, 2021):

- η βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών εξετάσεων σε όλους τους αιτούντες άσυλο
- η διευκόλυνση των προσδιορισμών των αναγκών υγείας των πληθυσμών αυτών
- η έγκαιρη πρόληψη στον τομέας της υγείας
- η βελτίωση των συνθηκών για ταχεία ανάκαμψη και εγκατάσταση στη Σουηδία

Συζήτηση



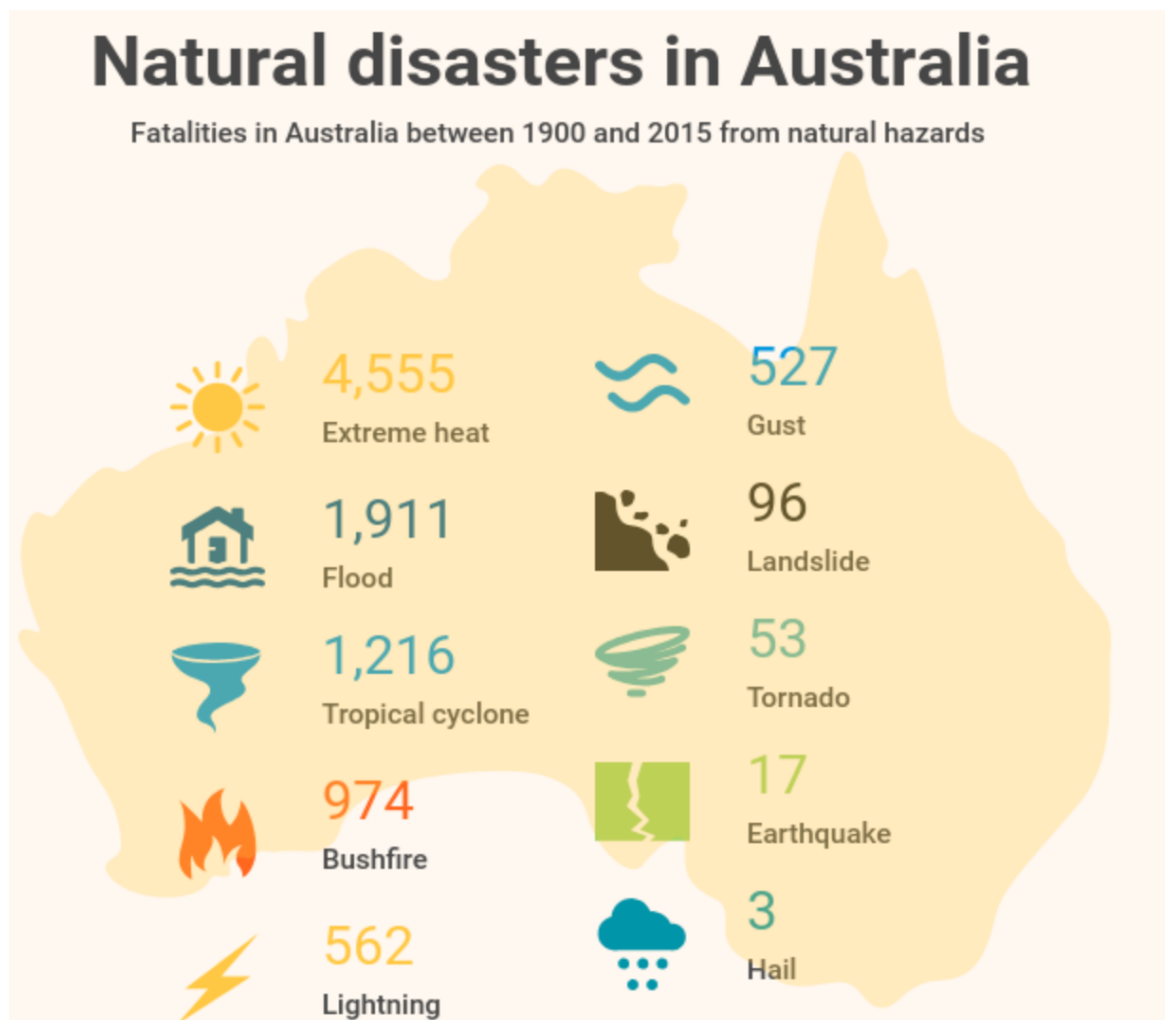
Διάγραμμα 16: Μεταναστευτικές ροές στην Ευρώπη κατά τα έτη 2015 – 2016

Τα στοιχεία που προκύπτουν από το διάγραμμα 16 ουσιαστικά επαληθεύουν την βιβλιογραφία του πίνακα 2 της μεθοδολογίας, καθώς παρατηρούνται οι μεγάλες προσφυγικές ροές που κατέκλεισαν την Ελλάδα (αναλογικά με τον πληθυσμό της) και την Ιταλία κατά τα έτη 2015 – 2016. Το διάγραμμα 16, επίσης επιβεβαιώνει και την μεγάλη ροή που δέχτηκε η Γερμανία κατά τα πρώτα χρόνια του προσφυγικού ζητήματος σαν χώρα προορισμού. Επιπλέον φαίνεται και η «εχθρική αντιμετώπιση» προς τους πρόσφυγες από την πλευρά της Ουγγαρίας καθώς τα νούμερα είναι εξαιρετικά μικρά σε σχέση με τους υπόλοιπους αριθμούς. Όσο για την Σκανδιναβία σαν σύνολο, βάση βιβλιογραφίας το νούμερο μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό καθώς τα μέτρα για την είσοδο των προσφύγων άρχισαν να γίνονται πιο αυστηρά κάτι το οποίο αποτυπώνεται αριθμητικά και στο διάγραμμα 16. Μέχρι και σήμερα το προσφυγικό ζήτημα αποτελεί ένα τεράστιο ανθρωπιστικό θέμα, το οποίο ακόμα και μετά από τόσα χρόνια δεν έχει τύχει ,στις πλείστες των περιπτώσεων, σωστής διαχείρισης και πρέπουσας σημασίας. Οι ανθρωπιστικές κρίσεις αποτελούν βασικό κομμάτι της ιστορίας της ανθρωπότητας και αξίζουν ορθής και ισάξιας μεταχείρισης με τα υπόλοιπα είδη κρίσεων. Και όπως άλλωστε είχε πει και ο Αλμπερτ Αϊνστάιν, «Ο κόσμος δεν θα καταστραφεί από αυτούς που κάνουν κακό, αλλά από εκείνους που τους κοιτούν χωρίς να κάνουν κάτι γι' αυτό».

6.1 Φυσικές καταστροφές στην Αυστραλία

Σύμφωνα με το Κέντρο Έρευνας για την Επιδημιολογία των Καταστροφών (CRED, n.d.), μια καταστροφή ορίζεται ως «ένα απρόβλεπτο και συχνά ξαφνικό γεγονός που προκαλεί μεγάλη ζημιά, απώλεια και ανθρώπινο πόνο». Οι φυσικές καταστροφές ορίζονται ως «φυσικά φαινόμενα που προκαλούνται είτε από γεγονότα ταχείας ή αργής έναρξης, τα οποία μπορεί να είναι γεωφυσικά, κλιματολογικά, μετεωρολογικά ή βιολογικά»(Sweileh, 2019). Οι σημαντικές εξελίξεις στις επικοινωνίες και τις τηλεπικοινωνίες έχουν διασυνδέσει τις περισσότερες περιοχές του πλανήτη, διευκολύνοντας έτσι τις διαδικασίες διάσωσης και τις παρεμβάσεις στην υγεία ακόμη και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές μετά από φυσικές καταστροφές όπως καταστροφικούς σεισμούς, τσουνάμι, πυρκαγιές, και πλημμύρες. Η απόκριση για την υγεία σε μια μεγάλης κλίμακας φυσική καταστροφή γίνεται εξαιρετικά σημαντική όταν τέτοιες καταστροφές συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι και ο αριθμός του εκπαιδευμένου ανθρώπινου προσωπικού είναι ανεπαρκής. Μια καθυστερημένη ή ανεπαρκής ανταπόκριση σε μαζικές φυσικές καταστροφές μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την παγκόσμια υγεία λόγω της πιθανής εμφάνισης σοβαρών μεταδοτικών ασθενειών ή και της εμφάνισης πολλών ανθρώπων που θα αναζητήσουν καταφύγιο μακριά από το επίκεντρο της καταστροφής, κάτι το οποίο έχει επακόλουθη κοινωνική αποσταθεροποίηση(Sweileh, 2019).

Η Αυστραλία έχει μακρά ιστορία φυσικών καταστροφών, όπως πυρκαγιές, πλημμύρες, σεισμούς, καταιγίδες, κυκλώνες και κατολισθήσεις. Οι φυσικές καταστροφές είναι ιδιαίτερα καταστροφικές τα τελευταία χρόνια, τόσο από πλευράς απωλειών ανθρώπινων ζώων όσο και οικονομικών επιπτώσεων(Seeto, 2020).



Εικόνα 1: Φυσικές καταστροφές και θνητότητα στην Αυστραλία μεταξύ 1900 και 2015
Πηγή: (Seeto, 2020)

Η μεγάλη δασική πυρκαγιά του 2019:

Τα τελευταία χρόνια το γεγονός το οποίο απασχόλησε έντονα την Αυστραλία ήταν οι μεγάλες δασικές πυρκαγιές του 2019. Η πυρκαγιά στην Αυστραλία ξεκίνησε στη Νέα Νότια Ουαλία, τον Σεπτέμβριο του 2019 και στη συνέχεια εξαπλώθηκε σε ολόκληρες τις επαρχίες της Ανατολικής Αυστραλίας και συνέχισε να αναζωπυρώνεται για σχεδόν ένα εξάμηνο. Η πυρκαγιά προκάλεσε τον θάνατο 1 δισεκατομμυρίου άγριων ζώων, επηρέασε την διαβίωση 2 εκατομμυρίων ανθρώπων ενώ είχε ως αποτέλεσμα και 33 θανάτους. Η πόλη Καμπέρα ανακοίνωσε το κλείσιμο της λόγω της πυρκαγιάς και ήταν η πρώτη φορά που η κυβέρνηση της Καμπέρα απομόνωσε την πόλη τα τελευταία 16 χρόνια. Η πυρκαγιά του 2019 στην Αυστραλία ήταν μια από τις πιο μεγάλες σε έκταση και σοβαρές πυρκαγιές τα τελευταία τριάντα χρόνια(Liu, 2020).

Καθώς οι πυρκαγιές επεκτεινότουσαν στην Αυστραλία, πολλοί άνθρωποι εκτέθηκαν στον καπνό που σηκώθηκε και σε πολλές περιπτώσεις κάλυψε τις πόλεις. Ο καπνός της πυρκαγιάς προκάλεσε ατμοσφαιρική ρύπανση η οποία είχε δείκτη μεγαλύτερο του επικίνδυνου επιπέδου(Duckett et al., 2020).

Οι δασικές πυρκαγιές στην Αυστραλία όπως ήταν αναμενόμενο επέφεραν τεράστια πίεση στις πυροσβεστικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και εξέθεσαν τις αδυναμίες του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης(Cousins, 2020). Επιπλέον ανέδειξαν τις σημαντικές επιπτώσεις που έχουν στην υγεία οι καταστροφών που σχετίζονται με την κλιματική αλλαγή, που σε αυτή την περίπτωση περιλάμβαναν μεγάλο αριθμό αυξήσεων στις επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών κυρίως λόγω αναπνευστικών προβλημάτων(Tin et al., 2020). Επιπλέον, το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας σε αγροτικές περιοχές αποδεκατίστηκε από τις πυρκαγιές(ενώ ήταν ήδη ένας εύθραυστος πόρος) και ουσιαστικά οι πυρκαγιές επέβαλαν επιπλέον πίεση στο υγειονομικό προσωπικό πρώτης ανταπόκρισης που παρέχει φροντίδα στην κοινότητα (Lal et al., 2020). Η κυβέρνηση του πρωθυπουργού της Αυστραλίας Σκοτ Μόρισον, κατηγορήθηκε για άρνηση να δοθεί προτεραιότητα στην κλιματική αλλαγή, σε μια χώρα η οποία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη προς αυτήν. Η κίνηση του πρωθυπουργού ήταν να κινητοποιήσει περισσότερα από 3.000 μέλη του Αυστραλιανού στρατού (κάτι το οποίο αποτελεί την μεγαλύτερη ενεργοποίηση στρατιωτικής δύναμης σε καιρό ειρήνης στην ιστορία της χώρας), και υποσχέθηκε να δαπανήσει περισσότερα από 1,4 δισεκατομμύρια δολάρια για την πρόληψη ανάλογων πυρκαγιών(Busby and Mildenerger, 2020). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, οι περισσότεροι από αυτούς που ήρθαν αντιμέτωποι με τις πυρκαγιές της Αυστραλίας ήταν εθελοντές χωρίς αμοιβή, άνθρωποι οι οποίοι άφησαν τις ζωές τους και ρισκάραν για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κρίσης(“Australia fires,” 2020). Συνολικά υπολογίστηκε ότι το 80% των Αυστραλών επηρεάστηκε άμεσα ή έμμεσα από τις πυρκαγιές του 2019. Το τέλος της καταστροφής από τις δασικές πυρκαγιές τον Μάρτιο του 2020 συνέπεσε με την έναρξη της πανδημίας COVID-19, ασκώντας περαιτέρω τεράστια πίεση όχι μόνο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης της Αυστραλίας, αλλά και στη διεθνή κοινότητα(Tin et al., 2020).

1	Liu, Z.	The extreme natural disasters happened in Australian 2019.	13/4/2020	Web	Australia
2	Cousins S.	Bushfires expose weaknesses in Australia's health system	18/9/2020	The Lancet	Australia
3	Tin et al.,	What we learned from the 2019–2020 Australian Bushfire disaster: Making counter-terrorism medicine a strategic preparedness priority	29/9/2020	The American Journal of Emergency Medicine	Australia
4	Lal et al.,	Towards resilient health systems for increasing climate extremes: insights from the 2019–20 Australian bushfire season	16/10/2020	International Journal of Wildland Fire	Australia
5	Busby et al.,	The government is mistaking an election win for a mandate to ignore climate change.	13/1/2020	Washington Post	Australia

Πίνακας 6: Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής στην Αυστραλία

6.2 Η περίπτωση της Ευρώπης

Οι φυσικές καταστροφές και η κλιματική αλλαγή δεν είναι κάτι που επηρεάζει μόνο την Αυστραλία. Τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη, δίνεται όλο και περισσότερη προσοχή στη μείωση του κινδύνου καταστροφών σε συνδυασμό με την προσαρμογή στην κλιματική αλλαγή, λόγω της αυξανόμενης συχνότητας και έντασης ακραίων καιρικών και κλιματικών γεγονότων που έχουν επίσης μεγάλο ανθρώπινο, οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Μεγάλα παραδείγματα είναι οι πλημμύρες και οι δασικές πυρκαγιές στην Ευρώπη (Castellari, 2021). Για τις φυσικές καταστροφές υπάρχουν ορισμένα μέτρα τα οποία θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για διαχείριση σε επίπεδο δήμου ή κοινότητας, όπως η βελτίωση της φυσικής αποστράγγισης για την αποφυγή πλημμυρών ή η κατάλληλη φροντίδα και στέγαση για ηλικιωμένους που μπορεί να περιορίσουν τις επιπτώσεις των κυμάτων καύσωνα (“Disasters in Europe,” 2020). Σε παγκόσμιο επίπεδο και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί προτεραιότητα η ενίσχυση της συνοχής και της ολοκλήρωσης μεταξύ των πολιτικών και πρακτικών προσαρμογής στην κλιματική αλλαγή και κατά συνέπεια της μείωσης του

κινδύνου καταστροφών. Η επιστημονική και πολιτική προσοχή στην ενσωμάτωση των δύο αυτών στόχων, οδήγησε σε συγκεκριμένα βήματα σε παγκόσμιο επίπεδο το 2015 με τον ΟΗΕ να εγκρίνει το Πλαισίου «Σεντάι»(UNDRR, n.d.) που έχει ως στόχο τη μείωση του κινδύνου καταστροφών και της συμφωνίας του Παρισιού που αφορά την κλιματική αλλαγή(“Paris Agreement,” n.d.). Η προσαρμογή στην κλιματική αλλαγή και η μείωση του κινδύνου καταστροφών είναι επίσης μεταξύ των κύριων στόχων της ατζέντας του 2030 του ΟΗΕ για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη(Castellari, 2021; UN - Sustainable Goals, 2022).

Πλημμύρες στην Δυτική Ευρώπη το 2021:

Οι πλημμύρες είναι το πιο κοινό είδος φυσικής καταστροφής στην Ευρώπη. Οι ξαφνικές πλημμύρες είναι σημαντικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που είναι δύσκολο να προβλεφθούν και οδηγούν σε αξιοσημείωτες καταστροφές. Τέτοια γεγονότα έχουν γίνει πιο συχνά τα τελευταία χρόνια και αναμένεται να συμβαίνουν συχνότερα λόγω της κλιματικής αλλαγής(“Rapid Risk Assessment,” 2021).

Οι έντονες βροχοπτώσεις μεταξύ 12 και 15 Ιουλίου 2021 οδήγησαν σε καταστροφικές πλημμύρες σε χώρες της δυτικής Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων της Γαλλίας, της Δυτικής Γερμανίας, της Ολλανδίας, του Βελγίου και του Λουξεμβούργου. Οι πλημμύρες προκάλεσαν εκτεταμένες διακοπές ρεύματος, ζημιές σε υποδομές και καλλιέργειες στις πληγείσες περιοχές. Υπολογίζεται ότι οι ζημιές από τις πλημμύρες ανέρχονται σε 3 δισ. Ευρώ ενώ περισσότεροι από 200 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους, κυρίως στη Γερμανία και το Βέλγιο(He et al., 2021).

Σύμφωνα με την καθηγήτρια υδρολογίας Χάνα Κλόκ, το Ευρωπαϊκό Σύστημα Ενημέρωσης για τις πλημμύρες(Copernicus EMS, n.d.), το οποίο αποτελεί μέρος της Υπηρεσίας Διαχείρισης Έκτακτης Ανάγκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης είχε προβλέψεις για την Παρασκευή 9 και το Σάββατο 10 Ιουλίου, για μεγάλη πιθανότητα πλημμύρας που θα άρχιζε την Τρίτη 13 Ιουλίου στον ποταμό Ρήνο. Οι μεταγενέστερες προβλέψεις έδειξαν επίσης ότι θα επηρεαζόταν και το Βέλγιο. Οι προβλέψεις των επόμενων ημερών έδειχναν ότι δεν υπήρχε αμφιβολία ότι θα ερχόταν μεγάλη πλημμύρα. Η υπηρεσία αυτή αποστέλλει ενημερωτικά δελτία πρώιμων πληροφοριών που έχουν σχεδιαστεί για ανάγνωση, κατανόηση και εφαρμογή από ειδικούς και δεν είναι άμεσα διαθέσιμα στο κοινό. Οι δημόσιες προειδοποιήσεις για πλημμύρες προέρχονται από τις εθνικές και περιφερειακές υπηρεσίες για τον καιρό, το περιβάλλον και την πολιτική προστασία και οι πληροφορίες που λαμβάνουν πρέπει να χρησιμοποιηθούν από αυτές τις αρχές παράλληλα με τις δικές τους προβλέψεις(Cloke, 2021).

Το πρώτο δελτίο εστάλη στις αρμόδιες εθνικές αρχές το Σάββατο 10 Ιουλίου. Περισσότερες ενημερώσεις συνεχίστηκαν τις επόμενες ημέρες καθώς έγιναν διαθέσιμες πιο ακριβείς προβλέψεις. Επίσημες ειδοποιήσεις για πλημμύρες εκδόθηκαν στις αρχές της Γερμανίας, του Βελγίου, της Ολλανδίας, της Ελβετίας και του Λουξεμβούργου, καθώς και στο Κέντρο Συντονισμού Αντιμετώπισης Έκτακτης Ανάγκης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Συνολικά είχαν σταλθεί περίπου 25 ειδοποιήσεις, οπότε ήταν ιδιαίτερος περίεργος που τόσο πολλοί άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους, δεδομένου ότι οι αρχές γνώριζαν για το συμβάν και είχαν επαρκείς προειδοποιήσεις για να μεταφέρουν τους ανθρώπους σε ασφαλή σημεία πριν ξεκινήσουν οι πλημμύρες (Cloke, 2021).

Σύμφωνα με το έντυπο της αξιολόγησης κινδύνου για την συγκεκριμένη κρίση υγείας (“Rapid Risk Assessment,” 2021), η απόκριση επικεντρώθηκε εκτός από το ίδιο το περιστατικό και στις πιο κοινές μολυσματικές ασθένειες και στους κινδύνους για την υγεία που σχετίζονται με περιοχές που επλήγησαν από τις πλημμύρες, λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία από προηγούμενα παρόμοια γεγονότα στην Ευρώπη. Εκτός από ασθένειες που μεταδίδονται με τρόφιμα και νερό, ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβόλιο και άλλους κινδύνους για την υγεία που σχετίζονται με προηγούμενες φυσικές καταστροφές στην Ευρώπη, η τρέχουσα αξιολόγηση κινδύνου εξέτασε επίσης και τις προκλήσεις της απόκρισης σε μια τόσο περίπλοκη κρίση κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

6	Castellari S.	Climate change in Europe: Responding to disasters and preparing for an uncertain future — European Environment Agency	11/5/2021	Web	Europe
7	He et al.,	Brief communication: Western Europe flood in 2021: mapping agriculture flood exposure from SAR	12/11/2021	Natural Hazards and Earth systems	Europe
8	Cloke H.	Europe's catastrophic flooding was forecast well in advance – what went so wrong?	21/7/2021	Web	Europe

Πίνακας 7: Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής στην Δυτική Ευρώπη

6.3 Η Κίνα

Η Κίνα είναι μια από τις χώρες που υποφέρουν από συχνές καταστροφές λόγω της τεράστιας της έκτασης, των διαφόρων κλιματικών ζωνών, του περίπλοκου γεωγραφικού περιβάλλοντος και των εύθραυστων οικολογικών συνθηκών. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, η Κίνα γνώρισε μεγάλες αλλαγές στο μέγεθος του πληθυσμού, στα πρότυπα ανάπτυξης, στις οικονομικές συνθήκες και στην κοινωνικοοικονομική της κατάσταση. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να κατανοηθεί η κατανομή των φυσικών καταστροφών, καθώς και οι απώλειες ζωής, για καλύτερες αντιδράσεις στις καταστροφές στην Κίνα (Han et al., 2016). Για παράδειγμα, στην Κίνα, οι πλημμύρες αποτελούν περίπου το 37,2% των οικονομικών απωλειών και περίπου το 11,7% του αριθμού των νεκρών όλων των σχετικών καταστροφών (Ge et al., 2021).

Πλημμύρες του 2021: Όπως και στην Κεντρική Ευρώπη, έτσι και στην Κίνα, σημειώθηκαν μεγάλης έκτασης πλημμύρες το 2021. Στις 20 Ιουλίου 2021 σημειώθηκε η μεγαλύτερη βροχόπτωση που έχει καταγραφεί ποτέ στην χώρα πάνω από την πόλη Ζενγκζου σκοτώνοντας τουλάχιστον 300 ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένων 14 που πνίγηκαν σε σήραγγα του μετρό. Στη συνέχεια, περιφερειακοί και εθνικοί αξιωματούχοι υποστήριξαν αρχικά ότι λίγα θα μπορούσαν να είχαν γίνει μπροστά σε μια καταιγίδα τέτοιου μεγέθους (Bradsher and Myers, 2021). Όμως, με βάση κυβερνητικά έγγραφα, συνεντεύξεις με ειδικούς και κινεζικές ειδήσεις, φάνηκε ότι τα ελαττώματα στο σχεδιασμό του συστήματος του μετρό και τα λάθη στη λειτουργία του εκείνη την ημέρα σχεδόν σίγουρα συνέβαλαν στους θανάτους στη σήραγγα (Bradsher and Myers, 2021).

Η υγειονομική ανταπόκριση και βοήθεια ξεκίνησε από γιατρό της «Ένωσης Ιατρών Ασίας» το πρωί της 21^{ης} Ιουλίου, που σε συνεργασία με Κινέζους αξιωματούχους αποφασίστηκε ότι η Ένωση των Ιατρών θα στείλει αίτημα στην Ιαπωνία με το οποίο θα ζητά βοήθεια για την υποστήριξη των θυμάτων της καταστροφής στην πόλη Ζένγκζου. Η βοήθεια στάλθηκε πράγματι, μέσω δύο οργανισμών (του Εμπορικού Επιμελητηρίου της Χενάν στην Ιαπωνία και του Συνδέσμου Χενάν της Ιαπωνίας) για να χρησιμοποιηθεί για την προμήθεια και τη διανομή των παροχών βοήθειας στο πεδίο (“AMDA Emergency Relief #1,” n.d.). Την ίδια ώρα, οι κινεζικές αρχές αύξησαν την αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης για τον έλεγχο των πλημμυρών στο Επίπεδο II, που αποτελεί το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο κινδύνου στο σύστημα απόκρισης, καθώς οι ισχυρές βροχοπτώσεις συνέχισαν να πλήττουν την επαρχία Χενάν της κεντρικής Κίνας (Xinhua, 2021). Επιπλέον, ο Κινέζος πρόεδρος Σι Τζινπίνγκ ζήτησε από τις αρχές σε όλα τα επίπεδα να δώσουν ύψιστη προτεραιότητα στη διασφάλιση της ασφάλειας και της παρουσίας των πολιτών και να εφαρμόσουν προσεκτικά και αυστηρά

τα μέτρα πρόληψης και ανακούφισης από τις πλημμύρες. Συγκεκριμένα οργανώθηκε και στάλθηκε μια ομάδα εργασίας στις πληγείσες περιοχές στη Χενάν για να βοηθήσει τις τοπικές αρχές στις επιχειρήσεις. Επιπλέον, μια ομάδα διάσωσης 1.800 πυροσβεστών συγκροτημένη από επτά διαφορετικές Κινέζικες επαρχίες, επιχειρούσε στην περιοχή που επλήγη από τις πλημμύρες, μαζί με βάρκες, οχήματα άντλησης και εξοπλισμό διάσωσης (Xinhua, 2021).

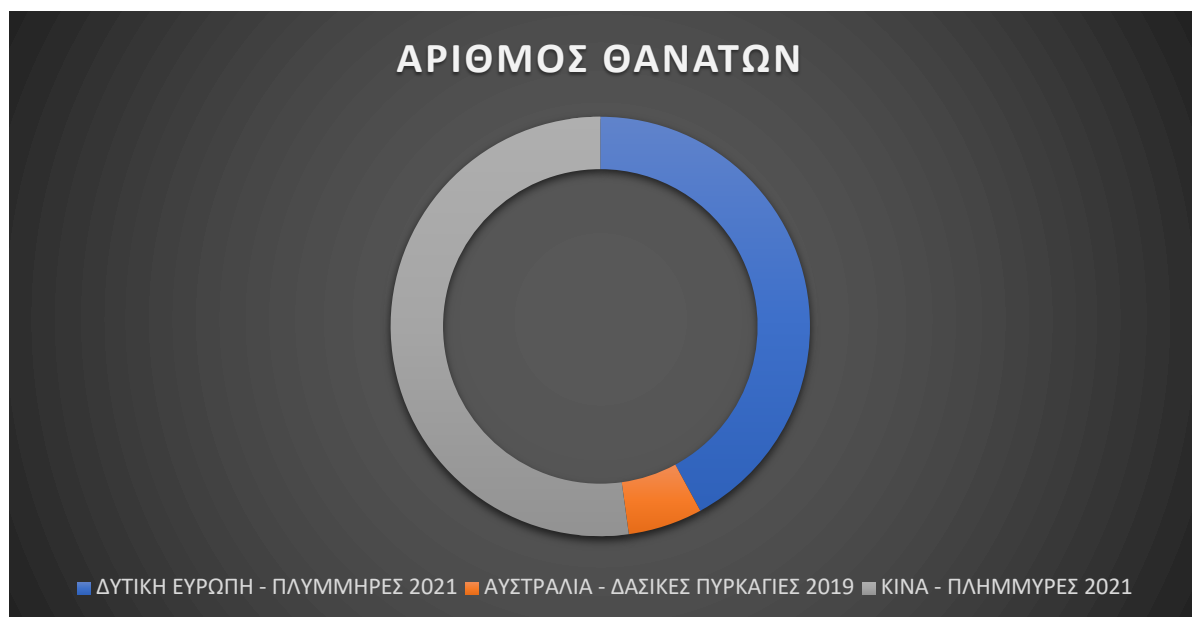
Πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν το ότι ενώ η πλημμύρα που κατέστρεψε μεγάλες εκτάσεις της δυτικής και της νότιας Γερμανίας σημειώθηκε χιλιάδες χιλιόμετρα από τα γεγονότα στη Χενάν, και οι δύο περιπτώσεις υπογράμμισαν την ευπάθεια των πυκνοκατοικημένων περιοχών σε καταστροφικές πλημμύρες και άλλες φυσικές καταστροφές (Aravindan and Mackenzie, 2021).

9	Han et al.,	Major Natural Disasters in China, 1985–2014: Occurrence and Damages	11/2016	International Journal of Environmental Research and Public Health	China
10	Ge et al.,	Understanding risk perception from floods: a case study from China	1/2/2021	Natural Hazards	China
11	Bradsher et al.,	How Record Rain and Officials' Mistakes Led to Drownings on a Subway	25/9/2021	The New York Times	China
12	Aravindan et al.,	From China to Germany, floods expose climate vulnerability	22/7/2021	Reuters	China

Πίνακας 8: Διαχείριση φυσικών καταστροφών και απώλειες ζωής στην Κίνα

Συζήτηση

Αν και οι δασικές πυρκαγιές της Αυστραλίας το καλοκαίρι του 2019 αποτέλεσαν ένα εξαιρετικά καταστροφικό φαινόμενο, βάση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης του πίνακα 4 και του διαγράμματος 17, φαίνεται ότι προκάλεσαν αριθμητικά τους λιγότερους θανάτους σε σχέση με τις πλημμύρες της Δυτικής Ευρώπης και της Κίνας το 2021. Όμως αυτό που δεν μπορεί να αποτυπωθεί από τους θανάτους είναι η επιβάρυνση που δέχτηκε το σύστημα υγείας της Αυστραλίας και η συνολική επίδραση της καταστροφής αυτής στον πληθυσμό της χώρας. Στο διάγραμμα 17, φαίνεται επιπλέον η τεράστια διαφορά στον αριθμό των θανάτων, όσον αφορά τις πλημμύρες της Ευρώπης και της Κίνας το καλοκαίρι του 2021. Η σημασία των πυκνοκατοικημένων περιοχών τονίζεται και αναφέρεται στην βιβλιογραφία, όμως δεν μπορεί να είναι το μόνο σημείο που να δικαιολογεί τόσους θανάτους σε διαφορετικές Ηπείρους κατά την ίδια χρονική σχεδόν περίοδο και θα πρέπει να τύχει περαιτέρω διερεύνησης. Επίσης, παράγοντα ρόλο στον αριθμό των θανάτων πιθανά να έχει και το είδος της φυσικής καταστροφής, αλλά και οι υπάρχοντες δομές ανταπόκρισης της κάθε χώρας στην περίπτωση καταστροφής.



Διάγραμμα 17: Αριθμός θανάτων ανά φυσική καταστροφή, ανά Ήπειρο

Συμπεράσματα

Το μεγαλύτερο και βασικότερο συμπέρασμα που μπορεί να αντληθεί από την παραπάνω μελέτη είναι ότι στον 21^ο αιώνα, σε έναν πλανήτη ο οποίος πλήττεται διαρκώς από διαφόρων ειδών κρίσεις υγείας, όχι μόνο δεν υπάρχει ουσιαστικά ένα παγκόσμιο ενιαίο σχέδιο απόκρισης και διαχείρισης κρίσεων, αλλά είναι και τέτοια η αδυναμία των κρατών να ανταπεξέλθουν που αφήνουν εκτεθειμένα τα συστήματα υγείας τους. Μπορεί σε καταστάσεις ηρεμίας, σε έναν ικανοποιητικό βαθμό να υπάρχει ομαλή λειτουργία των συστημάτων υγείας των χωρών, αλλά σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης δεν καταργείται απλά σχεδόν ολοκληρωτικά το σύστημα αλλά και η λογική που θα έπρεπε να διέπει μια διαχείριση.

Η τρέχουσα πανδημία του κορωνοϊού εξέθεσε σε τεράστιο βαθμό την παγκόσμια ετοιμότητα, καθώς και μεμονωμένα τις περισσότερες χώρες είτε πρόκειται για χώρες εντός ή εκτός Ευρώπης. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, στο σύνολο των μελετώμενων χωρών, έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετές στρατηγικές και παρεμβάσεις για τον έλεγχο της πανδημίας COVID-19. Η ανίχνευση επαφών, η κοινωνική απόσταση, η απομόνωση και η καραντίνα (και μη), η αυτοπροστασία, ο περιορισμός της κινητικότητας του πληθυσμού, η απολύμανση και οι τυπικές προφυλάξεις είναι μερικές από τις σημαντικότερες προσπάθειες και ενέργειες που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της επιδημίας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν ενοποιημένα, σίγουρα και αποτελεσματικά μέτρα ελέγχου και ο παγκόσμιος έλεγχος του COVID-19 αποτελεί πρόκληση. Ακόμα και με την εμφάνιση του εμβολίου, υπήρξε και υπάρχει προβληματική διαχείριση, είτε λόγω διστακτικότητας του πληθυσμού, είτε λόγω ανεπαρκούς ενημέρωσης και πληροφορίας και διαρκούς αλλαγών των μέτρων, κάτι το οποίο προκαλούσε έλλειψη εμπιστοσύνης προς τα κράτη. Ουσιαστικά, θα πρέπει να βελτιωθούν η υπευθυνότητα και η λογοδοσία των συστημάτων και των κοινωνιών, η ολοκληρωμένη προώθηση της έννοιας της δημόσιας υγείας, η έγκαιρη αντιμετώπιση κρίσεων και η έγκαιρη «παραγωγή» και χρήση της γνώσης. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση είναι βασικά συστατικά σε περιόδους κρίσης. Δυστυχώς δεν δόθηκε καμία αξία σε αυτά. Τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι χρήσιμα για τη βελτίωση των γνώσεων μας για τον COVID-19 και για την ανάπτυξη κατάλληλων μέτρων ελέγχου για τη νόσο. Οι χώρες της Ευρώπης, στο μεγαλύτερο μέρος τους δεν κατάφεραν να προσαρμοστούν γρήγορα στην κατάσταση με αποτέλεσμα να χαθεί η μάχη με την πανδημία σχεδόν από την αρχή. Επιβαρυνμένα συστήματα υγείας (Μεσογειακές χώρες, μέρος χωρών κεντρικής Ευρώπης), συστήματα υγείας με καθυστερημένη αντιμετώπιση (Ηνωμένο Βασίλειο), συστήματα υγείας που ακολούθησαν

διαφορετική αντιμετώπιση από των υπολοίπων χωρών (Σουηδικό μοντέλο), βιβλιογραφικά πετυχημένα συστήματα (Αυστραλία), και συστήματα τα οποία κατάφεραν να προσαρμοστούν παρά την αρχική προβληματική τους αντιμετώπιση (Κίνα). Δυστυχώς το μεγαλύτερο μέρος των ομοιοτήτων στην περίπτωση του Covid 19 έρχεται στις αρνητικές επιπτώσεις παρά στις θετικές. Η βιβλιογραφία προσπαθεί να ερευνήσει την μέχρι τώρα κατάσταση, αλλά σίγουρα η αντιμετώπιση του κορονοϊού αποτελεί μια πολύπλευρη κατάσταση η οποία χρήζει εφαρμογή ολοκληρωμένων πρακτικών και όχι μεμονωμένων.

Το προσφυγικό ζήτημα θα μπορούσε μέχρι και σήμερα να χαρακτηριστεί μια «μαύρη τρύπα», τόσο για τα συστήματα υγείας και διαχείρισης κρίσεων, όσο κυρίως για την ανταπόκριση από πλευράς κρατών. Με ανθρώπους να διαμένουν για μήνες (ακόμα και χρόνια) σε καταυλισμούς κάτω από άθλιες συνθήκες διαβίωσης, χωρίς ούτε την ελάχιστη πρόσβαση στο μεγαλύτερο μέρος τους, σε υπηρεσίες υγείας και ένα σύστημα το οποίο ακόμα και σήμερα (σχεδόν 6 χρόνια μετά το πρώτο ξέσπασμα), να στηρίζεται σε εθελοντικές οργανώσεις, μπορεί να κάνει αντιληπτά βαθύτερα προβλήματα προς αυτό το κομμάτι. Η βιβλιογραφία έδειξε ότι είτε αφορά χώρα περάσματος, είτε χώρα προορισμού, (με μια εξαίρεση στο κράτος της Γερμανίας κατά την έναρξη ιδιαίτερα του προσφυγικού) καμία δεν έχει ουσιαστική πρόθεση να στηρίξει και να βοηθήσει τους πρόσφυγες, με τον βαθύτερο στόχο να είναι η αποφυγή τους. Η ρίζα αυτού του προβλήματος βρίσκεται συνήθως σε βαθιά ριζωμένες ρατσιστικές και ξενοφοβικές απόψεις, που συνήθως ξεκινούν από την κυβέρνηση των κρατών.

Όσον αφορά την διαχείριση φυσικών καταστροφών και των επιπτώσεων τους στην υγεία και συγκεκριμένα στην μελετώμενη περίπτωση πυρκαγιών, και εδώ η διαχείριση οφείλει πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος του γενικότερου σχεδιασμού απόκρισης και αντιμετώπισης. Στενή συνεργασία μεταξύ τομέων υγείας, εκπαίδευσης, περιβάλλοντος, διαχείρισης πυρκαγιών και οι υπηρεσίες αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης είναι απαραίτητες για την επιτυχία των καλύτερα συνολικά αποτελεσμάτων για τον πληθυσμό. Σίγουρα και με βάση την βιβλιογραφία, απαιτείται περαιτέρω έρευνα στις μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των δασικών πυρκαγιών και εν γένει των φυσικών καταστροφών, καθώς και την αποτελεσματικότητα και την ισότητα στην υγεία από τις επιπτώσεις αυτών. Ο μετριασμός της κλιματικής αλλαγής οφείλει να είναι μέσα στους στόχους για μια ουσιαστική μακροπρόθεσμη στρατηγική για τη διαχείριση των βαθύτερων αιτιών του αυξανόμενου κινδύνου πυρκαγιάς τόσο στην Αυστραλία όσο και στο εξωτερικό.

Η τρέχουσα πανδημία Covid-19 σε συνδυασμό με τις πρόσφατες πυρκαγιές και τις πλημμύρες, διδάσκουν πολύτιμα μαθήματα για τον συντονισμό πολλών υπηρεσιών και την αντιμετώπιση καταστροφών, απαιτώντας από τους υπευθύνους να υπάρχει προνοητικότητα και συντονισμός στην πρόβλεψη μελλοντικών γεγονότων. Ειδικά τα τελευταία δύο χρόνια φαίνεται πόσο αλληλένδετα μπορούν να γίνουν περιστατικά κρίσεων υγείας όσον αφορά την αντιμετώπιση τους (περίπτωση πλημμυρών στην Κίνα).

Συνολικά, οι βασικές προτάσεις που μπορούν να γίνουν είναι οι εξής: Η διαχείριση μιας κρίσης υγείας, δεν μπορεί να είναι μονόπλευρη και να αφορά μόνο ένα κράτος. Χρειάζεται συνδυαστική μελέτη, σχεδιασμός και πρόβλεψη, χρειάζεται επιπλέον ανοιχτό μυαλό και κατανόηση των προβλημάτων, σύγχρονες απόψεις και την δημιουργία ενιαίων σχεδίων που δεν θα αφορούν μόνο μια Ήπειρο. Ναι, είναι σημαντικό να υπάρχουν συστήματα υγείας. Αλλά σε μια κρίση ένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να διαδραματίσει τον καθοριστικό ρόλο απόκρισης. Είναι αδύνατον λοιπόν να γίνεται λόγος για δημόσια υγεία όταν δεν μπορεί να εφαρμοστεί επί ίσοις όροις σε μια περίοδο κρίσης και επείγουσας ανταπόκρισης.

Βιβλιογραφία

- Abbas, J., 2021. Crisis management, transnational healthcare challenges and opportunities: The intersection of COVID-19 pandemic and global mental health. *Res. Glob.* 3, 100037.
- Afouxenidis, A., Petrou, M., Kandyli, G., Tramountanis, A., Giannaki, D., 2017. Dealing with a Humanitarian Crisis: Refugees on the Eastern EU Border of the Island of Lesbos. *J. Appl. Secur. Res.* 12, 7–39.
- Alam, A., 2016. Steps in the Process of Risk Management in Healthcare. *J. Epid Prev Med* 2, 118.
- Alma - Ata Declaration, n.d. Declaration of Alma-Ata [WWW Document]. URL <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (accessed 1.6.22).
- Almustafa, M., 2021. Reframing refugee crisis: A “European crisis of migration” or a “crisis of protection”? *Environ. Plan. C Polit. Space* 2399654421989705.
- Al-Salem, W., Moraga, P., Ghazi, H., Madad, S., Hotez, P.J., 2021. The emergence and transmission of COVID-19 in European countries, 2019–2020: a comprehensive review of timelines, cases and containment. *Int. Health* 13, 383–398.
- AlTakarli, N.S., 2020. China’s Response to the COVID-19 Outbreak: A Model for Epidemic Preparedness and Management. *Dubai Med. J.* 3, 44–49.
- Ambrosetti, E., Paparusso, A., 2018. Migrants or Refugees? The Evolving Governance of Migration Flows in Italy during the “Refugee Crisis.” *Rev. Eur. Migr. Int.* 34, 151–171.
- AMDA Emergency Relief #1: Floods in Henan, China (03 August 2021) - China [WWW Document], n.d. . ReliefWeb. URL <https://reliefweb.int/report/china/amda-emergency-relief-1-floods-henan-china-03-august-2021> (accessed 12.20.21).
- Araujo de Carvalho, I., Epping-Jordan, J., Pot, A.M., Kelley, E., Toro, N., Thiyagarajan, J.A., Beard, J.R., 2017. Organizing integrated health-care services to meet older people’s needs. *Bull. World Health Organ.* 95, 756–763.
- Aravindan, A., Mackenzie, J., 2021. From China to Germany, floods expose climate vulnerability. Reuters.
- Australia fires: How the world has responded to the crisis, 2020. . BBC News.
- Australia, H., 2021. Trusted Health Advice [WWW Document]. URL <https://www.healthdirect.gov.au/> (accessed 12.15.21).
- Aven, T., 2016. Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation. *Eur. J. Oper. Res.* 253, 1–13.
- Avery Gomez, E., Passerini, K., Hare, K., 2006. Public Health Crisis Management: Community Level Roles and Communication Options. *Proc. ISCRAM 2006 - 3rd Int. Conf. Inf. Syst. Crisis Response Manag.*
- Ben Farhat, J., Blanchet, K., Juul Bjertrup, P., Veizis, A., Perrin, C., Coulborn, R.M., Mayaud, P., Cohuet, S., 2018. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med.* 16, 40.
- Betáková, T., Svetlíková, D., Gocník, M., 2013. Overview of measles and mumps vaccine: origin, present, and future of vaccine production. *Acta Virol.* 57, 91–96.
- Birtles, B., 2021. China’s COVID death rate is curiously low. An anonymous Beijing doctor told us how they’re doing it. ABC News.

- Bocskor, Á., 2018. Anti-Immigration Discourses in Hungary during the 'Crisis' Year: The Orbán Government's 'National Consultation' Campaign of 2015. *Sociology* 52, 551–568.
- Borgschulte, H.S., Wiesmüller, G.A., Bunte, A., Neuhaan, F., 2018. Health care provision for refugees in Germany – one-year evaluation of an outpatient clinic in an urban emergency accommodation. *BMC Health Serv. Res.* 18, 488.
- Bradsher, K., Myers, S.L., 2021. How Record Rain and Officials' Mistakes Led to Drownings on a Subway. *N. Y. Times*.
- Bromfield, N., McConnell, A., 2021. Two routes to precarious success: Australia, New Zealand, COVID-19 and the politics of crisis governance. *Int. Rev. Adm. Sci.* 87, 518–535.
- Busby, J., Mildemberger, M., 2020. Analysis | Australia's fires have devastated millions of acres. What's the political damage? *Wash. Post*.
- Butler, S., Daddia, J., Azizi, T., 2019. The future of health in Australia [WWW Document]. PwC. URL <https://www.pwc.com.au/health/health-matters/the-future-of-health-in-australia.html> (accessed 11.16.21).
- Cabinet (Australia), D. of the P.M. and, 2020. Australian Government Crisis Management Framework. Government of Australia.
- Carvalho, T., Krammer, F., Iwasaki, A., 2021. The first 12 months of COVID-19: a timeline of immunological insights. *Nat. Rev. Immunol.* 21, 245–256.
- Castellari, S., 2021. Climate change in Europe: Responding to disasters and preparing for an uncertain future — European Environment Agency.
- Catalyst, N., 2018. What Is Risk Management in Healthcare? *NEJM Catal.*
- CDC, 2019. History of 1918 Flu Pandemic | Pandemic Influenza (Flu) | CDC [WWW Document]. URL <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm> (accessed 12.8.21).
- Chen, S., Zhang, P., Zhang, Y., Fung, H., Han, Y., Law, C.K., Li, Z., 2021. Coordinated Management of COVID-19 Response: Lessons From Whole-of-Society and Whole-of-Health Strategies in Wuhan, China. *Front. Public Health* 9, 842.
- Chtouris, S., Miller, D.S., 2017. Refugee Flows and Volunteers in the Current Humanitarian Crisis in Greece. *J. Appl. Secur. Res.* 12, 61–77.
- Clay-Wililams, R., Rapport, F., Braithwaite, J., 2020. The Australian health system response to COVID-19 from a resilient health care perspective: what have we learned? *Public Health Res. Pract.* 30.
- Cloke, H., 2021. Europe's catastrophic flooding was forecast well in advance – what went so wrong? [WWW Document]. *The Conversation*. URL <http://theconversation.com/europes-catastrophic-flooding-was-forecast-well-in-advance-what-went-so-wrong-164818> (accessed 12.19.21).
- Committee of the Regions., 2012. The management of health systems in the EU Member States: the role of local and regional authorities. Publications Office, LU.
- Copernicus EMS, n.d. Home | Copernicus EMS - European Flood Awareness System [WWW Document]. URL <https://www.efas.eu/en> (accessed 12.19.21).
- Cousins, S., 2020. Bushfires expose weaknesses in Australia's health system. *The Lancet* 395, 175–176.
- CRED, n.d. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters | Centre for Research on the Epidemiology of Disasters [WWW Document]. URL <https://www.cred.be/> (accessed 12.19.21).

- Desborough, J., Hall Dykgraaf, S., de Toca, L., Davis, S., Roberts, L., Kelaher, C., Kidd, M., 2020. Australia's national COVID-19 primary care response. *Med. J. Aust.* 10.5694/mja2.50693.
- Disasters in Europe: more frequent and causing more damage — European Environment Agency [WWW Document], 2020. URL <https://www.eea.europa.eu/highlights/natural-hazards-and-technological-accidents> (accessed 12.19.21).
- Dixit, S.K., Sambasivan, M., 2018. A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE Open Med.* 6, 2050312118769211.
- Djuve, A.B., 2016. Refugee migration – a crisis for the Nordic model? 17.
- dos Santos, W.G., 2020. Natural history of COVID-19 and current knowledge on treatment therapeutic options. *Biomed. Pharmacother.* 129, 110493.
- Douglas, P., Cetron, M., Spiegel, P., 2019. Definitions matter: migrants, immigrants, asylum seekers and refugees. *J. Travel Med.* 26, taz005.
- DRAGUET, V., 2020. Crisis management [WWW Document]. *Public Health - Eur. Comm.* URL https://ec.europa.eu/health/security/crisis-management_en (accessed 11.15.21).
- Duckett, S., Mackey, W., Stobart, A., 2020. Submission to the Royal Commission into National Natural Disaster Arrangements. *Aust. For.* 83, 107–135.
- Duckett, S.J., Sutton, B., 2021. On entering Australia's third year with COVID-19. *Med. J. Aust.* 215.
- EASO CY, 2021. ASYLUM SERVICE - European Asylum Support Office (EASO) [WWW Document]. URL http://www.moi.gov.cy/moi/asylum/asylumservice.nsf/asylumservice14_en/asylumservice14_en?OpenDocument (accessed 12.17.21).
- Economou, C., 2017. *Health Systems in Transition* 196.
- Fallon, K., Malichudis, S., 2021. Greece says migration crisis over; refugees beg to differ [WWW Document]. *New Humanit.* URL <https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2021/10/5/Greece-says-migration-crisis-over-refugees-beg-to-differ> (accessed 12.17.21).
- Ferreira, P.L., Tavares, A.I., Quintal, C., Santana, P., 2018. EU health systems classification: a new proposal from EURO-HEALTHY. *BMC Health Serv. Res.* 18, 511.
- Fiore, T., Ialongo, E., 2018. Introduction: Italy and the Euro–Mediterranean 'migrant crisis': national reception, lived experiences, E.U. pressures. *J. Mod. Ital. Stud.* 23, 481–489.
- Flynn, D., Moloney, E., Bhattarai, N., Scott, J., Breckons, M., Avery, L., Moy, N., 2020. COVID-19 pandemic in the United Kingdom. *Health Policy Technol.* 9, 673–691.
- Garvik, M., Valenta, M., 2021. Seeking asylum in Scandinavia: a comparative analysis of recent restrictive policy responses towards unaccompanied afghan minors in Denmark, Sweden and Norway. *Comp. Migr. Stud.* 9, 15.
- Ge, Y., Yang, G., Wang, X., Dou, W., Lu, X., Mao, J., 2021. Understanding risk perception from floods: a case study from China. *Nat. Hazards* 105, 3119–3140.
- Germany: Five years after the refugee crisis, what's been achieved? [WWW Document], 2020. . *InfoMigrants.* URL <https://www.infomigrants.net/en/post/26821/germany-five-years-after-the-refugee-crisis-whats-been-achieved> (accessed 12.19.21).
- Goniewicz, K., Khorram-Manesh, A., Hertelendy, A.J., Goniewicz, M., Naylor, K., Burkle, F.M., 2020. Current Response and Management Decisions of the European Union to the COVID-19 Outbreak: A Review. *Sustainability* 12, 3838.

- Goudsblom, J., 1986. Public health and the civilizing process. *Milbank Q.* 64, 161–188.
- Gov.UK, 2021. Vaccinations in the UK | Coronavirus in the UK [WWW Document]. URL <https://coronavirus.data.gov.uk/details/vaccinations> (accessed 12.10.21).
- Goździak, E.M., 2019. Using Fear of the “Other,” Orbán Reshapes Migration Policy in a Hungary Built on Cultural Diversity [WWW Document]. *migrationpolicy.org*. URL <https://www.migrationpolicy.org/article/orban-reshapes-migration-policy-hungary> (accessed 12.18.21).
- Grosios, K., Gahan, P.B., Burbidge, J., 2010. Overview of healthcare in the UK. *EPMA J.* 1, 529–534.
- Han, W., Liang, C., Jiang, B., Ma, W., Zhang, Y., 2016. Major Natural Disasters in China, 1985–2014: Occurrence and Damages. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 13, 1118.
- Hans, 2019a. Greece [WWW Document]. *Eur. Civ. Prot. Humanit. Aid Oper. - Eur. Comm.* URL https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/disaster-management/greece_en (accessed 11.15.21).
- Hans, 2019b. Republic of Cyprus [WWW Document]. *Eur. Civ. Prot. Humanit. Aid Oper. - Eur. Comm.* URL https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/disaster-management/republic-cyprus_en (accessed 11.15.21).
- He, K., Yang, Q., Shen, X., Anagnostou, E.N., 2021. Brief communication: Western Europe flood in 2021: mapping agriculture flood exposure from SAR (preprint). *Hydrological Hazards*.
- Health, I. of M. (US) C. for the S. of the F. of P., 1988. *A History of the Public Health System, The Future of Public Health*. National Academies Press (US).
- Health, A.G.D. of, 2020a. Australian Health Sector Emergency Response Plan for Novel Coronavirus (COVID-19) Short Form [WWW Document]. *Aust. Gov. Dep. Health*. URL <https://www.health.gov.au/resources/publications/australian-health-sector-emergency-response-plan-for-novel-coronavirus-covid-19-short-form> (accessed 12.15.21).
- Health, A.G.D. of, 2020b. COVID-19 vaccines [WWW Document]. *Aust. Gov. Dep. Health*. URL <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines> (accessed 12.15.21).
- Hejduková, P., Kureková, L., 2016. National Health Systems’ Performance: Evaluation WHO Indicators. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 230, 240–248.
- Helsing, L.M., Refsum, E., Gjøstein, D.K., Løberg, M., Bretthauer, M., Kalager, M., Emilsson, L., for the Clinical Effectiveness Research group, 2020. The COVID-19 pandemic in Norway and Sweden – threats, trust, and impact on daily life: a comparative survey. *BMC Public Health* 20, 1597.
- Holden, B., Quinney, A., Padfield, S., Morton, W., Coles, S., Manley, P., Wensley, A., Hutchinson, C., Lillie, P.J., Duncan, C.J.A., Schmid, M.L., Li, A., Foster, K., Anaraki, S., Dabrera, G., Zambon, M., Hughes, G.J., Gent, M., 2020. COVID-19: public health management of the first two confirmed cases identified in the UK. *Epidemiol. Infect.* 148.
- Holder, J., 2021. Tracking Coronavirus Vaccinations Around the World. *N. Y. Times*.
- Holmes, S.M., Castañeda, H., 2016. Representing the “European refugee crisis” in Germany and beyond: Deservingness and difference, life and death. *Am. Ethnol.* 43, 12–24.
- HU, J., CHEN, C., KUAI, T., 2018. Improvement of Emergency Management Mechanism of Public Health Crisis in Rural China: A Review Article. *Iran. J. Public Health* 47, 156–165.
- Hughes, D., Akkök, F., Arulmani, G., Zelloth, H., 2019. . *Br. J. Guid. Couns.* 47, 1–5.

- Hui, D.S.C., Lee, N., Chan, P.K.S., 2017. Avian influenza A (H7N9) virus infections in humans across five epidemics in mainland China, 2013–2017. *J. Thorac. Dis.* 9, 4808–4811.
- Hunt, M., Chénier, A., Bezanson, K., Nouvet, E., Bernard, C., de Laat, S., Krishnaraj, G., Schwartz, L., 2018. Moral experiences of humanitarian health professionals caring for patients who are dying or likely to die in a humanitarian crisis. *J. Int. Humanit. Action* 3, 12.
- IOM, 2022. Who is a Migrant? | International Organization for Migration [WWW Document]. URL <https://www.iom.int/who-migrant-0> (accessed 1.6.22).
- IRC, 2021. What is the EU-Turkey deal? | The IRC in the EU [WWW Document]. URL <https://eu.rescue.org/article/what-eu-turkey-deal> (accessed 12.17.21).
- Jarvis, T., Scott, F., El-Jardali, F., Alvarez, E., 2020. Defining and classifying public health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Res. Policy Syst.* 18, 68.
- Jaschke, P., Kosyakova, Y., 2021. Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany. *Int. Migr. Rev.* 55, 812–842.
- Jordan, K., Lewis, T.P., Roberts, B., 2021. Quality in crisis: a systematic review of the quality of health systems in humanitarian settings. *Confl. Health* 15, 7.
- Jr, F.M.B., 2019. Challenges of Global Public Health Emergencies: Development of a Health-Crisis Management Framework. *Tohoku J. Exp. Med.* 249, 33–41.
- Kalavrezou, N., Jin, H., 2021. Healthcare Reform in Greece: Progress and Reform Priorities. IMF Work. Pap. 2021.
- Kapucu, N., 2010. Emergency and Crisis Management in the United Kingdom: Disasters Experienced, Lessons Learned, and Recommendations for the Future.
- Kelliher, M., 2016. Behind Germany's Willkommenskultur and Hungary's Xenophobic Sentiments: Responses to the Syrian Refugee Crisis within the European Union 37.
- Khan, Mujeeb, Adil, S.F., Alkhathlan, H.Z., Tahir, M.N., Saif, S., Khan, Merajuddin, Khan, S.T., 2020. COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules* 26, 39.
- Khunti, K., Griffiths, A., Majeed, A., Nagpaul, C., Rao, M., 2021. Assessing risk for healthcare workers during the covid-19 pandemic. *BMJ* 372, n602.
- Kohrt, B.A., Mistry, A.S., Anand, N., Beecroft, B., Nuwayhid, I., 2019. Health research in humanitarian crises: an urgent global imperative. *BMJ Glob. Health* 4, e001870.
- Kotsiou, O.S., Kotsios, P., Srivastava, D.S., Kotsios, V., Gourgoulidis, K.I., Exadaktylos, A.K., 2018. Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 15, 1790.
- Kriesi, H., Altiparmakis, A., Bojar, A., Oana, I.-E., 2021. Debordering and re-bordering in the refugee crisis: a case of 'defensive integration.' *J. Eur. Public Policy* 28, 331–349.
- Lal, A., Patel, M., Hunter, A., Phillips, C., Lal, A., Patel, M., Hunter, A., Phillips, C., 2020. Towards resilient health systems for increasing climate extremes: insights from the 2019–20 Australian bushfire season. *Int. J. Wildland Fire* 30, 1–5.
- Le, L.K.-D., Shih, S., Richards-Jones, S., Chatterton, M.L., Engel, L., Stevenson, C., Lawrence, D., Pepin, G., Mihalopoulos, C., 2021. The cost of Medicare-funded medical and pharmaceutical services for mental disorders in children and adolescents in Australia. *PLOS ONE* 16, e0249902.
- Lee, A.C., Phillips, W., Challen, K., Goodacre, S., 2012. Emergency management in health: key issues and challenges in the UK. *BMC Public Health* 12, 884.

- Li, X., Krumholz, H.M., Yip, W., Cheng, K.K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Li, C., Lu, J., Su, M., Zhang, Q., Xu, D.R., Li, L., Normand, S.-L.T., Peto, R., Li, J., Wang, Z., Yan, H., Gao, R., Chunharas, S., Gao, X., Guerra, R., Ji, H., Ke, Y., Pan, Z., Wu, X., Xiao, S., Xie, X., Zhang, Y., Zhu, J., Zhu, S., Hu, S., 2020. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *The Lancet* 395, 1802–1812.
- Li, X., Lu, J., Hu, Shuang, Cheng, K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Xu, D.R., Yip, W., Zhang, H., Krumholz, H.M., Jiang, L., Hu, Shengshou, 2017. The primary health-care system in China. *The Lancet* 390, 2584–2594.
- Liota, M., 2021. Australia ranks high in global health system comparison [WWW Document]. NewsGP. URL <https://www1.racgp.org.au/newsgp/professional/australia-ranks-high-in-global-health-system-compa> (accessed 1.6.22).
- Liu, Y.-C., Kuo, R.-L., Shih, S.-R., 2020. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomed. J.* 43, 328–333.
- Liu, Z., 2020. The extreme natural disasters happened in Australian 2019. [WWW Document]. ArcGIS StoryMaps. URL <https://storymaps.arcgis.com/stories/f6bd161ee412412fb083ca763f0a2372> (accessed 12.19.21).
- Mainland China: the latest coronavirus counts, charts and maps, 2021. . Reuters.
- Majeed, A., Maile, E.J., Bindman, A.B., 2020. The primary care response to COVID-19 in England’s National Health Service. *J. R. Soc. Med.* 113, 208–210.
- Mammana, L., Milani, C., Bordin, P., Paglione, L., Salvia, C., 2020. Health System Response during the European Refugee Crisis: Policy and Practice Analysis in Four Italian Regions. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 17, 5458.
- Medicare Australia, 2022. Medicare - Services Australia [WWW Document]. URL <https://www.servicesaustralia.gov.au/medicare> (accessed 1.6.22).
- Member states [WWW Document], n.d. . CEI - Cent. Eur. Initiat. URL <https://www.cei.int/member-states> (accessed 12.10.21).
- Mendola, D., Busetta, A., 2018. Health and Living Conditions of Refugees and Asylum-seekers: A Survey of Informal Settlements in Italy. *Refug. Surv. Q.* 37, 477–505.
- Meng, Z., Shan, S., Zhang, R., 2021. China’s COVID-19 Vaccination Strategy and Its Impact on the Global Pandemic</p><p>. *Risk Manag. Healthc. Policy* 14, 4649–4655.
- Mistry, A.S., Kohrt, B.A., Beecroft, B., Anand, N., Nuwayhid, I., 2021. Introduction to collection: confronting the challenges of health research in humanitarian crises. *Confl. Health* 15, 38.
- Montgomery, H.E., Haines, A., Marlow, N., Pearson, G., Mythen, M.G., Grocott, M.P.W., Swanton, C., 2017. The future of UK healthcare: problems and potential solutions to a system in crisis. *Ann. Oncol. Off. J. Eur. Soc. Med. Oncol.* 28, 1751–1755.
- Moore, S., 2021. The Impacts of Humanitarian Crises on Global Health [WWW Document]. News-Medicalnet. URL <https://www.news-medical.net/health/The-Impacts-of-Humanitarian-Crises-on-Global-Health.aspx> (accessed 12.15.21).
- Myloneros, T., Sakellariou, D., 2021. The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Serv. Res.* 21, 628.
- Newsroom, n.d. Why migrants are going to great lengths to avoid Cyprus | eKathimerini.com [WWW Document]. URL <https://www.ekathimerini.com/news/201968/why-migrants-are-going-to-great-lengths-to-avoid-cyprus/> (accessed 12.17.21).

- NHS, 2022. The NHS website [WWW Document]. nhs.uk. URL <https://www.nhs.uk/> (accessed 1.6.22).
- Nilsson, S., Mattson, J., Berghammer, M., Brorsson, A.-L., Forsner, M., Jenholt Nolbris, M., Kull, I., Lindholm Olinder, A., Ragnarsson, S., Rullander, A.-C., Rydström, L.-L., Andréia Garcia de Avila, M., Olaya-Contreras, P., 2021. To be or not to be vaccinated against COVID-19 – The adolescents’ perspective – A mixed-methods study in Sweden. *Vaccine X* 9, 100117.
- O’Brien, G., 2008. UK Emergency Preparedness: A Holistic Response? *Disaster Prev. Manag.* 17, 232–243.
- OECD, 2021. OECD Health Statistics 2021 - OECD [WWW Document]. URL <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (accessed 1.6.22).
- Pallari, E., Samoutis, G., Rudd, A., 2020. Re-engineering the Cypriot healthcare service system. *BMC Health Serv. Res.* 20, 293.
- Panos, E., Dafni, P., Kostas, G., Zacharoula, M., 2009. Crisis management in the Health Sector; Qualities and characteristics of health crisis managers 2, 3.
- Papadimos, T., Pappada, S., Lyaker, M., Papadimos, J., Casabianca, A., 2020. Health Security and the Refugee Crisis in Greece: The Refugee Perspective, Contemporary Developments and Perspectives in International Health Security - Volume 1. IntechOpen.
- Paris Agreement [WWW Document], n.d. URL https://ec.europa.eu/clima/eu-action/international-action-climate-change/climate-negotiations/paris-agreement_en (accessed 12.19.21).
- Pashakhanlou, A.H., 2021. Sweden’s coronavirus strategy: The Public Health Agency and the sites of controversy. *World Med. Health Policy* n/a.
- Peckham, S., 2014. Accountability in the UK Healthcare System: An Overview. *Healthc. Policy* 10, 154–162.
- Petrou, P., 2021. The 2019 introduction of the new National Healthcare System in Cyprus. *Health Policy* 125, 284–289.
- Pinelli, B., 2018. Control and Abandonment: The Power of Surveillance on Refugees in Italy, During and After the Mare Nostrum Operation. *Antipode* 50, 725–747.
- Pinheiro, V., 2021. COVID-19 government response measures: analysis in the European Union. *Eur. J. Public Health* 31, ckab164.809.
- Psykisk Hälsa, 2021. Migration och psykisk hälsa [WWW Document]. Uppdrag Psyk. Hälsa. URL <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda/> (accessed 12.19.21).
- Qiu, W., Chu, C., 2019. Clarification of the Concept of Risk Communication and its Role in Public Health Crisis Management in China. *Disaster Med. Public Health Prep.* 13, 834–836.
- Rahmouni, M., 2021. <p>Efficacy of Government Responses to COVID-19 in Mediterranean Countries</p>. *Risk Manag. Healthc. Policy* 14, 3091–3115.
- Rapid Risk Assessment: Extreme rainfall and catastrophic floods in western Europe [WWW Document], 2021. . *Eur. Cent. Dis. Prev. Control.* URL <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-extreme-rainfall-and-catastrophic-floods-western-europe> (accessed 12.19.21).
- Ruokolainen, H., Widén, G., 2020. Conceptualising misinformation in the context of asylum seekers. *Inf. Process. Manag.* 57, 102127.
- Safarpour, H., Fooladlou, S., Safi-Keykaleh, M., Mousavipour, S., Pirani, D., Sahebi, A., Ghodsi, H., Farahi-Ashtiani, I., Dehghani, A., 2020. Challenges and barriers of

- humanitarian aid management in 2017 Kermanshah earthquake: a qualitative study. *BMC Public Health* 20, 563.
- Sample, I., Walker, P., 2021. Covid response 'one of UK's worst ever public health failures.' *The Guardian*.
- Saunes, I.S., Vrangbæk, K., Byrkjeflot, H., Jervelund, S.S., Birk, H.O., Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I., Sigurgeirsdóttir, S., Janlöv, N., Ramsberg, J., Hernández-Quevedo, C., Merkur, S., Sagan, A., Karanikolos, M., 2021. Nordic responses to Covid-19: Governance and policy measures in the early phases of the pandemic. *Health Policy*.
- Savino, M., 2019. The Refugee Crisis as a Challenge for Public Law: The Italian Case | *German Law Journal* | Cambridge Core [WWW Document]. URL <https://www.cambridge.org/core/journals/german-law-journal/article/refugee-crisis-as-a-challenge-for-public-law-the-italian-case/218226377ECFAF2D7AEF2E8F77B83956#> (accessed 12.17.21).
- Seeto, T., 2020. Top Natural Disasters in Australia [WWW Document]. Canstar. URL <https://www.canstar.com.au/home-insurance/natural-disasters-australia/> (accessed 12.19.21).
- Sola, A., 2018. The 2015 Refugee Crisis in Germany: Concerns About Immigration and Populism. *SSRN Electron. J.*
- Stokłosa, K., 2018. Refugee Crisis in Hungary. Then and Now.
- Strom, K.J., 2006. Interagency Coordination: Lessons Learned From the 2005 London Train Bombings 5.
- Sun, S., Xie, Z., Yu, K., Jiang, B., Zheng, S., Pan, X., 2021. COVID-19 and healthcare system in China: challenges and progression for a sustainable future. *Glob. Health* 17, 14.
- Svalastog, A.L., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N., Gajović, S., 2017. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croat. Med. J.* 58, 431–435.
- Sweileh, W.M., 2019. A bibliometric analysis of health-related literature on natural disasters from 1900 to 2017. *Health Res. Policy Syst.* 17, 18.
- Tabari, P., Amini, M., Moghadami, M., Moosavi, M., 2020. International Public Health Responses to COVID-19 Outbreak: A Rapid Review. *Iran. J. Med. Sci.* 45, 157–169.
- Tanner, A., 2016. Overwhelmed by Refugee Flows, Scandinavia Tempers its Warm Welcome [WWW Document]. *migrationpolicy.org*. URL <https://www.migrationpolicy.org/article/overwhelmed-refugee-flows-scandinavia-tempers-its-warm-welcome> (accessed 12.19.21).
- Tavares, A.I.P., 2017. European Health System Typologies: Last 30 Years Under Review, *Advances in Health Management*. IntechOpen.
- Tin, D., Hertelendy, A.J., Ciottone, G.R., 2020. What we learned from the 2019–2020 Australian Bushfire disaster: Making counter-terrorism medicine a strategic preparedness priority. *Am. J. Emerg. Med.*
- Tk, S., 2020. Management of COVID-19 by China - Lessons Learned. *Health Sci. J.* 0.
- Trimikliniotis, N., 2019. Cyprus - Refugee Hotspot in Europe? *Friedrich Ebert Stift.* 14.
- Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A., 2014. A History of Public Health. *New Public Health* 1–42.
- UN - Sustainable Goals, 2022. THE 17 GOALS | Sustainable Development [WWW Document]. URL <https://sdgs.un.org/goals> (accessed 1.6.22).
- UNDRR, n.d. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 [WWW Document]. URL <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030> (accessed 12.19.21).

- UNHCR, 2021. What is a refugee? [WWW Document]. UNHCR. URL <https://www.unhcr.org/what-is-a-refugee.html> (accessed 12.17.21).
- UNHCR - Italy, 2021. Italy [WWW Document]. Glob. Compact Refug. Digit. Platf. URL <https://globalcompactrefugees.org/article/italy> (accessed 12.17.21).
- UNHCR - Refugee Statistics, U.N.H.C. for, n.d. UNHCR - Refugee Statistics [WWW Document]. UNHCR. URL <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> (accessed 1.2.22).
- UNHCR -USA, 2021. Refugee Crisis in Europe: Aid, Statistics and News | USA for UNHCR [WWW Document]. URL <https://www.unrefugees.org/emergencies/refugee-crisis-in-europe/> (accessed 12.17.21).
- Van Nguyen, H., Lan Nguyen, H., Thi Minh Dao, A., Van Nguyen, T., The Nguyen, P., Mai Le, P., Duy Vu, K., Thi Ngoc Tran, A., Kim Dao, P., Thi Nguyen, C., Debattista, J., 2021. The COVID-19 pandemic in Australia: Public health responses, opportunities and challenges. *Int. J. Health Plann. Manage.* n/a.
- Waitzberg, R., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E., Estupiñán-Romero, F., Angulo-Pueyo, E., Theodorou, M., Kantaris, M., Charalambous, C., Gabriel, E., Economou, C., Kaitelidou, D., Konstantakopoulou, O., Vildiridi, L.V., Meshulam, A., de Belvis, A.G., Morsella, A., Bezzina, A., Vincenti, K., Figueiredo Augusto, G., Fronteira, I., Simões, J., Karanikolos, M., Williams, G., Maresso, A., 2021. Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges. *Health Policy*.
- Wang, C., Rao, K., Wu, S., Liu, Q., 2013. Health Care in China: Improvement, Challenges, and Reform. *Chest* 143, 524–531.
- Wankmüller, C., 2021. European disaster management in response to the COVID-19 pandemic. *Mind Soc.* 20, 165–170.
- WHO, 2020. WHO joins forces with 17 central European countries to step up tailored COVID-19 response [WWW Document]. URL <https://www.euro.who.int/en/countries/italy/news/news/2020/6/who-joins-forces-with-17-central-european-countries-to-step-up-tailored-covid-19-response> (accessed 12.29.21).
- WHO - Constitution, n.d. Constitution of the World Health Organization [WWW Document]. URL <https://www.who.int/about/governance/constitution> (accessed 1.6.22).
- WHO - Hungary, 2021. Hungary: assessing health-system capacity to manage sudden, large influxes of migrants [WWW Document]. URL <https://www.who.int/publications-detail-redirect/hungary-assessing-health-system-capacity-to-manage-sudden-large-influxes-of-migrants> (accessed 12.19.21).
- WHO - Risk Assessment, 2020. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance, 19 March 2020 (No. WHO/2019-nCov/HCW_risk_assessment/2020.2). World Health Organization.
- WHO - World Health Report, 2000. The world health report. 2000: Health systems: improving performance.
- Williams, G.A., Maier, C.B., Scarpetti, G., Belvis, A.G. de, Fattore, G., Morsella, A., Pastorino, G., Poscia, A., Ricciardi, W., Silenzi, A., 2020. What strategies are countries using to expand health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic? *Eurohealth* 26, 51–57.

- Wright, L., Burton, A., McKinlay, A., Steptoe, A., Fancourt, D., 2021. Public Opinion about the UK Government during COVID-19 and Implications for Public Health: A Topic Modelling Analysis of Open-Ended Survey Response Data.
- Wright, N., Fagan, L., Lapitan, J.M., Kayano, R., Abrahams, J., Huda, Q., Murray, V., 2020. Health Emergency and Disaster Risk Management: Five Years into Implementation of the Sendai Framework. *Int. J. Disaster Risk Sci.* 11, 206–217.
- Xinhua, 2021. China on second-highest emergency response for floods - Xinhua | English.news.cn [WWW Document]. URL http://www.xinhuanet.com/english/2021-07/21/c_1310075892.htm (accessed 12.20.21).
- Yip, W., Fu, H., Chen, A.T., Zhai, T., Jian, W., Xu, R., Pan, J., Hu, M., Zhou, Z., Chen, Q., Mao, W., Sun, Q., Chen, W., 2019. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *Lancet Lond. Engl.* 394, 1192–1204.
- Zachreson, C., Chang, S.L., Cliff, O.M., Prokopenko, M., 2021. How will mass-vaccination change COVID-19 lockdown requirements in Australia? *Lancet Reg. Health – West. Pac.* 14.
- Zhang, T., Shen, X., Liu, R., Zhao, L., Wang, D., Lambert, H., Cabral, C., 2021. The impact of COVID-19 on primary health care and antibiotic prescribing in rural China: qualitative study. *BMC Health Serv. Res.* 21, 1048.
- Zhou, M., Kan, M.-Y., 2021. The varying impacts of COVID-19 and its related measures in the UK: A year in review. *PLOS ONE* 16, e0257286.
- Zhukova, E., 2020. *Vulnerability*. Brill.
- Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών – Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, n.d.
- Πληροφορίες για Ασθενοφόρα, n.d. . Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.