

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ

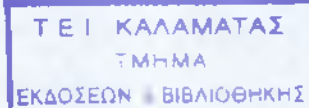
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΑΥΤΩΝ



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΔΟΡΙΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΡΕΤΣΙΝΑ ΜΕΛΑΧΡΟΙΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2004

Περιεχόμενα



1. Εισαγωγή	σελ. 4
1.2. Μεθοδολογία	σελ. 8
Κεφάλαιο 2	σελ. 15
Ανάλυση μειονοτήτων	
2.1. Εισαγωγικά χαρακτηριστικά και ανάλυση	σελ. 15
2.2. Μετανάστες	σελ. 17
2.3. Ανάπηροι	σελ. 18
2.4. Τσιγγάνοι	σελ. 20
2.5. Κοινωνική επιρροή των μειονοτήτων	σελ. 21
Κεφάλαιο 3	σελ. 22
Υπηρεσίες Υγείας και προσβασιμότητα	
3.1. Ισότητα στην χρήση υπηρεσιών υγείας	σελ. 22
3.2. Ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας	σελ. 23
3.3. Χρήση υπηρεσιών Υγείας από Αλλοδαπούς	σελ. 25
3.4. Χρήση υπηρεσιών Υγείας από Τσιγγάνους	σελ. 33
3.5. Χρήση υπηρεσιών υγείας από Άτομα με ειδικές ανάγκες	σελ. 36
Κεφάλαιο 4	σελ. 39
Κοινωνικός αποκλεισμός στις υπηρεσίες υγείας	
4.1. Έννοια κοινωνικού αποκλεισμού	σελ. 39
4.2. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός	σελ. 42
4.3. Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα	σελ. 44
4.4. Δραστηριότητες ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό	σελ. 46

4.6. Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ευρωπαϊκή Ένωση	<u>σελ. 58</u>
4.7. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»	<u>σελ. 62</u>
4.8. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας	<u>σελ. 66</u>
4.9. Προτάσεις για την ανάπτυξη στρατηγικής για την ποιότητα	<u>σελ. 73</u>
Κεφάλαιο 5	<u>σελ. 75</u>
Παρουσίαση έρευνας	
5.1. Ανάλυση ερωτηματολογίου	<u>σελ. 75</u>
Συμπεράσματα	<u>σελ. 89</u>
Βιβλιογραφία	<u>σελ. 92</u>
Παράρτημα 1 – Ερωτηματολόγιο	<u>σελ. 97</u>

Εισαγωγή

Η μελέτη που θα παρουσιάσουμε σαν στόχο έχει να αναλύσει τις διάφορες ομάδες των μειονοτήτων όπως είναι οι ανάπηροι, οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι τσιγγάνοι και οι μετανάστες σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας και την δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές.

Οι παραπάνω ομάδες ατόμων τα τελευταία χρόνια βιώνουν όλο και πιο έντονα το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού σε διάφορους τομείς και ειδικότερα στον τομέα της υγείας όπου η πρόσβαση τους σε αυτόν γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός ανάλογα με την ομάδα που τον δέχεται έχει διαφορετικές παραμέτρους αλλά όλες οι μορφές του έχουν ως κοινό στοιχείο το άγχος και τον αγώνα της ένταξης - αποδοχής από τον ευρύτερο πληθυσμό.

Ένα άτομο, γίνεται θύμα του κοινωνικού αποκλεισμού, επειδή και μόνον ανήκει σε μια ομάδα με συγκεκριμένα και διαφορετικά χαρακτηριστικά, φυλετικά, κοινωνικά, οικονομικά, επαγγελματικά, οργανικής και ψυχικής αρρώστιας.

Η γένεση του κοινωνικού αποκλεισμού οφείλεται στην έμφυτη ανάγκη που έχουν οι άνθρωποι για κοινωνική σύγκριση, διάκριση και καταξίωση. Με αυτό τον τρόπο δέχονται και κρίνουν θετικά τον εαυτό τους, αποκτούν κύρος, δύναμη και ασφάλεια. Για καλύτερη σύγκριση και διάκριση, τα άτομα οργανώνονται σε ομάδες, σε μια επιπλέον προσπάθεια να έχουν συμπαράσταση από τα υπόλοιπα μέλη. Επιπλέον επιλέγουν αν μπορούν, να ενταχθούν στην καλύτερη, ισχυρότερη και μεγαλύτερη κοινωνική ομάδα δηλαδή αυτή που θεωρούν πιο αξιόπιστη και πιο ικανή να τους προσθέσει, πέραν των ατομικών τους χαρακτηριστικών,

περισσότερα στοιχεία θετικής αυτοαξιολόγησης και κοινωνικής δύναμη.

Όλες οι ομάδες, που έχουν δεχθεί την άσχημη αντιμετώπιση των συνανθρώπων τους και το στίγμα του κοινωνικού αποκλεισμού χαρακτηρίζονται από αδυναμία. Η αδυναμία αυτή του ατόμου ή της ομάδας έχει να κάνει με την φτώχεια, την κοινωνική τάξη στην οποία ανήκουν, την άσκηση κάποιου δήθεν ταπεινού επαγγέλματος ή της αναπηρίας. Οι καταστάσεις αυτές φέρνουν στην επιφάνεια την αιώνια σύγκρουση των ανθρώπων για δύναμη, επικράτηση και καταξίωση.

Υπό αυτές τις συνθήκες, η έλλειψη αλληλεγγύης, ο ανταγωνισμός και η επιθετικότητα μεταξύ των ατόμων οδηγούν στην απόδοση χαρακτηριστικών σε άτομα ή ομάδες, όχι με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά τους αλλά σύμφωνα με κάποια χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν, που είναι ικανά να υποβαθμίσουν τα άτομα και να τα τοποθετήσουν στο περιθώριο των κοινωνικών εξελίξεων.

Η ευαισθητοποίηση της πολιτείας γύρω από τα θέματα του κοινωνικού αποκλεισμού είναι μια προσπάθεια των τελευταίων χρόνων. Ο κοινωνικός αποκλεισμός σχετίζεται τόσο με τον στιγματισμό όσο και με την προστασία των ατόμων από την Πολιτεία. Αυτός ο στιγματισμός υποβάλλει τα άτομα μιας μειονεκτικής ομάδας σε μια σκληρή δοκιμασία, τα αναγκάζει να βιώσουν την απελπισία, τη ντροπή και την ανατροπή των συνηθισμένων προτύπων ζωής, μέχρι να καταφέρουν να αγωνισθούν για το δικαίωμά τους στην διαφορά. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ομάδες αυτές δεν έχουν τις δυνάμεις να αγωνισθούν και παραιτούνται από την προσπάθεια τους για καταξίωση και περιορισμού του αποκλεισμού τους.

Κάθε έννοια κοινωνικού αποκλεισμού σχετίζεται με θέματα κοινωνικά, ψυχολογικά και πολιτισμικά και κάθε κοινωνικό σύνολο έχει άλλες αντιλήψεις για την φτώχεια., την ανεργία, την αρρώστια ή την αναπηρία.

Η καταπολέμηση των διακρίσεων δεν είναι μόνο πολιτική υπόθεση αλλά και ατομική αφού έχει να κάνει με τις αλλαγές των στάσεων και αναπαραστάσεων, με την αυτογνωσία των ανθρώπων και την επεξεργασία των ανταγωνιστικών και επιθετικών τάσεων και των συναισθημάτων που προκύπτουν από αυτές¹.

Σε αυτή την μελέτη επιδιώκουμε να παρουσιάσουμε την έκταση και τις διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού την σημερινή εποχή και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μειονότητες στον τομέα της υγείας.

Σκοπός της μελέτης είναι να δείξουμε το μέγεθος του κοινωνικού αποκλεισμού και πόσο σημαντικό είναι να περιοριστεί μέσα από διάφορες πολιτικές. Απαιτείται η ευαισθητοποίηση της πολιτείας και των ατόμων προκειμένου να μπορέσουν να επανενταχθούν τα άτομα στην κοινωνία, να έχουν ίσες ευκαιρίες και ίση αντιμετώπιση με τους υπολοίπους. Μέσα από αυτή την μελέτη επιδιώκουμε να ευαισθητοποιήσουμε τους αναγνώστες και να θέσουμε τις βάσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στο **κεφάλαιο 1** της μελέτης αυτής παρουσιάζουμε ένα εισαγωγικό κομμάτι προκειμένου να κατατοπίσουμε τον αναγνώστη για το τι πρόκειται να μελετήσει σε αυτή την εργασία. Επίσης παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που έγινε δηλαδή ποιες μέθοδοι ακολουθήθηκαν για την συγγραφή της μελέτης αυτής.

¹ Λαοσιθιωτάκη, Μ., 2004, «Η γένεση και η διατήρηση των διακρίσεων», Αθήνα, σελ. 58.

Στο κεφάλαιο 2 θα ερευνήσουμε τις μειονοτικές ομάδες και τις επιρροές που ασκούν και δέχονται. Ειδικότερα θα αναλύσουμε τον τρόπο συμπεριφοράς των τσιγγάνων, των μεταναστών και των ατόμων με ειδικές ανάγκες και θα δούμε πως τα άτομα αυτά αντιμετωπίζονται από την κοινωνία ρατσιστικά για διαφορετικούς λόγους το καθένα.

Στο κεφάλαιο 3 θα αναλύσουμε τις υπηρεσίες υγείας και την προσβασιμότητα σε αυτές. Θα παρουσιάσουμε κατά πόσο είναι δυνατή η ίση πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από όλους και στην συνέχεια θα αναλύσουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η κάθε μειονοτική ομάδα από την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Στο κεφάλαιο 4 θα παρουσιάσουμε το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα θα αναλύσουμε αρχικά την σχέση που υπάρχει μεταξύ του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας, την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα, τις δραστηριότητες που υιοθετούνται για τη καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και την κατάσταση που επικρατεί στην Ευρώπη. Επίσης θα αναλύσουμε το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία πρόνοια 2000-2006» και κάποια μέτρα αυτού που στοχεύουν στην καταπολέμηση του αποκλεισμού. Τέλος στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε την σπουδαιότητα για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και θα παρουσιάσουμε διάφορες στρατηγικές για την ανάπτυξη της ποιότητας.

Στο κεφάλαιο 5 της μελέτης μας παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγιο και αναλύονται οι απαντήσεις που δόθηκαν μέσα από διαγράμματα που δημιουργήθηκαν με το Excel.

Τέλος στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα συμπεράσματα μας και στην συνέχεια παρουσιάζεται στο παράρτημα 1 το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Μεθοδολογία

Σε αυτό το κομμάτι της ανάλυσής μας θα περιγράψουμε τις παραμέτρους πάνω στους οποίους θα οριστεί η μεθοδολογία της εργασίας μας. Τρεις είναι οι βασικοί παράμετροι στην μελέτη, συμπεριλαμβανομένων και των εναλλακτικών μεθόδων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να πάρουμε τις απαραίτητες πληροφορίες. Επίσης, θα περιγράψουμε τη διαφορά μεταξύ των πρωτευόντων και δευτερευόντων πληροφοριών και θα ολοκληρώσουμε τον συλλογισμό μας με την ανάλυση των πληροφοριών που συλλέξαμε μέσω της έρευνάς μας.

Παράμετροι Μεθοδολογίας

Αυτό το τμήμα της μελέτης μας αναλύει τις τρεις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται: τον θετικισμό, την φαινομενολογία και την ενεργητική μελέτη. Συγχρόνως παρουσιάζονται οι εναλλακτικές ποιοτικές και ποσοτικές μέθοδοι.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Υπάρχουν περισσότερες από μία μέθοδοι έρευνας αλλά εμείς θα επικεντρωθούμε στους τρεις πιο ουσιαστικούς: στο θετικισμό, στη φαινομενολογία και στην ενεργητική μελέτη.

Ο θετικισμός και η φαινομενολογία είναι έννοιες οι οποίες αποτελούν μέρος των κοινωνικών επιστημών. Κάθε έννοια έχει τις δικές της αρχές και αξίες και στηρίζεται σε διαφορετικές ερευνητικές απόψεις. Είναι αυτονόητο ότι ο κάθε ερευνητής ακολουθεί ορισμένες μόνο από τις προαναφερθείσες φιλοσοφικές έννοιες. Συχνότερα οι ερευνητές στηρίζονται στην αντίστροφη φιλοσοφία κατά τη διάρκεια της μελέτης τους, αντιστρέφουν δηλαδή τα γεγονότα προκειμένου να δούνε τι θα γινόταν στην

πραγματικότητα αν τα γεγονότα συνέβαιναν διαφορετικά. Ο θετικισμός σαν μέθοδος παρουσιάζει πώς πραγματικά είναι τα γεγονότα και πώς θα έπρεπε να τα μελετήσουμε στηριζόμενοι σε λογικά επιχειρήματα προκειμένου να φτάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Κάποια από τα βασικά συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο αυτή είναι:

- Ο ερευνητής πρέπει να λειτουργεί ανεξάρτητα και ανεπηρέαστα προκειμένου να καταλήξει σε σωστά συμπεράσματα.
- Ο ερευνητής πρέπει να στηρίζεται μόνο σε στοιχεία τα οποία απορρέουν από την ερευνά του και όχι από τα προσωπικά πιστεύω του και τις αξίες που τον χαρακτηρίζουν, με απώτερο πάντα στόχο την ορθολογική και αντικειμενική παρουσίαση της μελέτης του.
- Ο ερευνητής πρέπει να δίνει σημασία μόνο στα γεγονότα. Συγχρόνως πρέπει να γνωρίζει τις γνώμες άλλων ερευνητών, να έχει γνώση της βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας του θέματος που αναλύει άλλω και της νομοθεσίας που το διέπει, αν υπάρχει αυτή. Ο ερευνητής εφόσον έχει γνώση όλων των παραπάνω πρέπει να έχει την αφαιρετική ικανότητα να κρατάει από όλα τα στοιχεία που μελετάει μόνο αυτά που πραγματικά τον ενδιαφέρουν.
- Ο ερευνητής πρέπει να υποστηρίξει το θέμα του χρησιμοποιώντας λειτουργικά μέσα όπως ερωτηματολόγια τα οποία τον προμηθεύουν με ένα δείγμα προκειμένου να προχωρήσει σε στατιστική ανάλυση².

Αντίθετα με τον θετικισμό, η φαινομενολογική έρευνα παρουσιάζει τον κόσμο να στηρίζεται μόνο σε κοινωνικά θεμέλια και όχι σε αντικειμενικά. Γι' αυτό το λόγο ο ερευνητής δεν

² Churchill, G, 1995, "Marketing research, methodological foundations" 6th edition, Dryden, σελ. 6

χρειάζεται να στηριχτεί σε ανάλυση συμπεριφορών και γεγονότων αλλά σε φαινομενικά κριτήρια όπως η εμπειρία.

Ο ερευνητής μπορεί να μελετάει τους γύρω του, ακόμα και τον ίδιο του τον εαυτό, όποτε τον βολεύει, μπορεί όμως και να αφαιρέσει τον εαυτό του από την έρευνα που κάνει για τους άλλους. Από την άλλη, στην φαινομενολογική μέθοδο ο ερευνητής πέρα από την επιφάνεια των γεγονότων πρέπει να ερευνήσει και τους δευτερεύοντες παράγοντες στους οποίους στηρίζονται τα γεγονότα αυτά. Πρέπει να ελέγχει το κάθε στοιχείο σαν μια ολοκληρωμένη εικόνα, και να είναι σε θέση να παράγει τις δικές του ιδέες και αντιλήψεις βασιζόμενος στις ιδέες αυτές.

Σε γενικές γραμμές, η φαινομενολογική έρευνα βασίζεται σε γνώμες και αντιλήψεις άλλων. Είναι όμως αδιαμφισβήτητα απαραίτητο να γίνει μία κατά κύριο λόγο κριτική ανάλυση αυτών προκειμένου να μπορέσει τελικά ο ερευνητής να διαμορφώσει τις δικές του ιδέες και απόψεις επί του θέματος που καλείται να αναλύσει.

Η τρίτη ερευνητική μέθοδος είναι η δραστική έρευνα. Αυτή η μέθοδος δανείζεται πολλά από τις προηγούμενες δυο μεθόδους. Η βασική παράμετρος αυτής της μεθόδου είναι ότι είναι η βάση για την αλλαγή και η αλλαγή είναι ο βασικός στόχος μιας έρευνας. Το κλασσικό μοντέλο της δραστικής μελέτης στηρίζεται σε πέντε βασικές παραμέτρους: σκοπός και επιλογή, μελέτη, αλλαγή βασισμένη σε στοιχεία - πληροφορίες αλλά και την αίσθηση του ερευνητή, προσωπική άποψη στην έρευνα, γνώσεις.

Σκοπός και επιλογή :

Σημαίνει ότι η δραστική έρευνα δεν δέχεται ότι η επιστήμη είναι απόλυτα ανεξάρτητη από τις αξίες και τονίζει τη σημασία της πιθανότητας σε σχέση με την πρόβλεψη. Οι άνθρωποι πρέπει να

έχουν ξεκάθαρες αξίες προκειμένου να έχουν πιο ξεκάθαρες βλέψεις αλλά και να μπορούν παράλληλα να τις επιτύχουν.

Μελέτη :

Η δραστική έρευνα είναι ένας συνδυασμός επίλυσης ρεαλιστικών και πρακτικών προβλημάτων. Στην περίπτωση αυτή η έρευνα βοηθάει στην επίλυση προβληματικών καταστάσεων, κρίνοντας αυστηρή την χρήση υπαρκτών θεωριών και όχι κατασκευασμένων. Η μελέτη τέλος επικεντρώνεται τόσο στο πρόβλημα όσο και στην επίλυση του³.

Προσωπική άποψη στην έρευνα :

Η προσωπική άποψη του ερευνητή στην έρευνα παίζει ουσιαστικότερο ρόλο προκειμένου η έρευνα να αποκτήσει κάτι από τα προσωπικά στοιχεία του ερευνητή.

Γνώσεις :

Ο ερευνητής, προτού αρχίσει την έρευνά του, πρέπει οπωσδήποτε να αυξήσει τις προσωπικές του γνώσεις επί του θέματος προκειμένου να επιτύχει τον στόχο του.

Ο μελετητής πρέπει να επικεντρωθεί ιδιαίτερα στην δραστική έρευνα, στην οποία και θα συμπεριλάβει άλλα άτομα καθώς και να συμπεριλάβει στη διαδικασία αλλαγής όλα τα τμήματα της υπάρχουσας κατάστασης. Πρέπει να λάβει υπόψη του τους ανθρώπινους παράγοντες που επηρεάζουν ή μπορούν να επηρεάσουν την συγκεκριμένη κατάσταση χρησιμοποιώντας τεστ, συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια.

³ Malholtra, N. Birks, D, 1999, "Marketing Research, an applied approach" European edition, Prentice Hall, σελ. 2

Από τη στιγμή που η μελέτη μας επικεντρώνεται σε ένα θεωρητικό θέμα το οποίο ασχολείται με μία υπάρχουσα κατάσταση, και δη, την ύπαρξη του κοινωνικού αποκλεισμού και την δυσκολία πρόσβασης των μειονοτήτων στον τομέα της υγείας, θεωρούμε ότι η έρευνα που πρέπει να ακολουθήσουμε άπτεται στον θετικισμό αλλά παράλληλα, πρέπει είναι και δραστική. Αυτονόητο είναι ότι ο τρόπος έρευνας θα μας υπαγορεύσει τις δικές της μεθόδους και αρχές τις οποίες και θα κληθούμε να ακολουθήσουμε, διότι απώτερος σκοπός μας είναι να διερευνήσουμε βήμα-βήμα όλες τις βιβλιογραφικές αναφορές που έχουμε προκειμένου να καταλήξουμε σε θετικά συμπεράσματα τα οποία θα προσαρμοστούν τελικά στην ελληνική πραγματικότητα καθόσον θα εμπλουτιστούν από τα αποτελέσματα της γενικότερης στατιστικής μας έρευνας⁴.

Φυσικό βέβαια είναι η μελέτη μας να έχει επιρροές από τη φαινομενολογία επειδή θα χρειαστούμε αρκετές φορές να στηριχτούμε σε κάποιες γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνία μας οι οποίες πιθανόν να μην είναι πάντα απόλυτα αντικειμενικές.

Εκτός από τα διαφορετικά μέσα έχουμε και δύο διαφορετικές μεθόδους οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν : την ποσοτική και ποιοτική.

Η ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιεί αντικειμενικά κριτήρια κατά τη διάρκεια της μελέτης και γι' αυτό μπορεί να χαρακτηριστεί ως περισσότερο κοντά στην πραγματικότητα. Υπάρχουν 4 βασικοί τρόποι συλλογής ποσοτικών πληροφοριών: οι συνεντεύξεις, τα ερωτηματολόγια, τα τεστ ή στατιστικά μεγέθη, και τέλος η

⁴ Malholtra, N. Birks, D, 1999, "Marketing Research, an applied approach" European edition, Prentice Hall – Financial Times σελ. 12

παρατηρητικότητα. Οι συνεντεύξεις είναι χρήσιμες στην έρευνα αλλά. Ο σκοπός τους είναι να δούμε την άποψη ενός ατόμου για το θέμα που μας απασχολεί. Φυσικά ο ερευνητής θα σχολιάσει αυτή την άποψη βάση της έρευνάς του. Το σημαντικό είναι ο ερωτώμενος να έχει άμεση σχέση με το θέμα μας προκειμένου να μας δώσει χρήσιμες απαντήσεις⁵.

Ερωτηματολόγια: Τα ερωτηματολόγια μας βοηθούν προκειμένου να συλλέξουμε απόψεις, γύρω από το ίδιο θέμα, από περισσότερα άτομα και να στηρίξουμε την ερευνά μας σε στατιστικά αποτελέσματα που θα απορρέουν από τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, επιλέξαμε να συμπεριλάβουμε στο ερωτηματολόγιο μας 13 ερωτήσεις (Παράρτημα 1).

Το βασικό σε ένα ερωτηματολόγιο είναι ο τρόπος που θα το σχεδιάσουμε δηλαδή αν θα περιλαμβάνει περισσότερο συγκεκριμένες ή περισσότερο γενικές ερωτήσεις. Είναι φυσικό σε μία έρευνα να βοηθήσουν οι πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις εφόσον μας δίνουν πιο ακριβή αποτελέσματα.

Ένα λοιπόν από τα προβλήματα που συναντήσαμε είναι αυτή η δυσπιστία ως προς την χρήση των στοιχείων αυτών και κυρίως ως προς την διατήρηση της ανωνυμίας των ερωτηθέντων.

Το κομμάτι των ερωτηματολογίων όμως είναι ιδιαίτερης σημασίας για την μελέτη μας διότι τα στοιχεία και οι πληροφορίες που συλλέξαμε αποτελούν ένα από τα βασικότερα σημεία στα οποία στηρίχθηκε η περαιτέρω ανάλυσή μας.

⁵ Cohen, L. and Manion, L (1980) Research Methods in Education. London: Croom Helm, σελ. 8

Η ποιοτική έρευνα, από την πλευρά της, στηρίζεται μόνο στην παρατηρητικότητα του ερευνητή. Σε γενικές γραμμές η ποιοτική έρευνα στηρίζεται κατά πολύ στην ορθή κρίση του ερευνητή.

Η διαδικασία της έρευνάς μας:

Η έρευνά μας διεξήχθη στην περιοχή της Αθήνας κατά το χρονικό πλέγμα μεταξύ 23 Ιουνίου έως 9 Ιουλίου 2004. Στόχος μας ήταν να αποκτήσουμε το μεγαλύτερο δυνατό δείγμα από τους ερωτώμενους. Συνολικά καταφέραμε να συγκεντρώσουμε 50 ερωτηματολόγια από άτομα τα οποία είχαν σχέση με το θέμα μας. Εν συνεχεία συγκεντρώσαμε τα στατιστικά στοιχεία και τα αναλύσαμε διαγραμματικά μέσω του Excel.

Βασική επιδίωξη μας ήταν η άμεση παραλαβή του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου.

Δυσκολίες της έρευνας

Η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου από πλευράς των ερωτωμένων ή η άρνηση κάποιων να συμμετάσχουν δημιούργησε το μεγαλύτερο πρόβλημα, μια και η έρευνα έπρεπε να διεξαχθεί μέσα σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια, προκειμένου να προχωρήσει η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιο 2
Ανάλυση μειονοτήτων



2.1. Εισαγωγικά χαρακτηριστικά και ανάλυση

Με τον όρο μειονότητα εννοούμε όλες τις οικογένειες ή τα άτομα τα οποία έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά τα οποία τους κάνουν να ξεχωρίζουν από τους "συνηθισμένους" ανθρώπους, και τους εμποδίζουν στο να έχουν πρόσβαση σε ορισμένα δικαιώματα όπως στο δικαίωμα για περίθαλψη, υγεία, προσβασιμότητα και χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Συνεπώς τα άτομα αυτά που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν ή να καταναλώσουν ορισμένα είδη ή ποσά οικονομικών ή κοινωνικών πόρων.

Ο παραπάνω ορισμός περιγράφει την γενική κατάσταση των μειονοτήτων και συνήθως συνδέει τουλάχιστον δύο κοινωνικές κατηγορίες. Οι ομάδες των μειονοτήτων συνήθως διακρίνονται σε φυλετικές, εθνικές ή θρησκευτικές μειονότητες των οποίων τα μέλη έχουν μια κοινή ιστορία και κουλτούρα και εισάγουν προσεκτικά τους απογόνους τους στη συμμόρφωση με τις πεποιθήσεις και τις αξίες της ομάδας τους. Έχουν στενές σχέσεις μεταξύ τους, είτε είναι σφιχτά είτε χαλαρά ενσωματωμένοι στην υπόλοιπη κοινωνία.

Οι μειονοτικές ομάδες συνήθως βρίσκονται καταπιεσμένες σε φτωχά σπίτια και με φτωχές δουλειές σε μια σχετικά μειονεκτική θέση στην κοινωνία και αυτό το αίσθημα της απομόνωσης είναι αρκετά έντονο. Αυτός ο τύπος της κοινωνικής μειονότητας έχει καλά αναγνωριστεί και μελετηθεί από τους κοινωνικούς επιστήμονες.

Η ταυτότητά των μειονοτήτων ως μέλη των ομάδων είναι ακαθόριστη ή ασαφής. Η κοινωνική τους θέση συχνά είναι πολύ εκτεθειμένη. Μερικοί έχουν μια καλά-αναπτυγμένη έννοια της συνείδησης της ομάδας, και μπορεί να έχουν ένα δίκτυο σχέσεων

με άλλες οικογένειες, αν και αυτό είναι ένα σπάνιο φαινόμενο. Άλλοι μπορεί να αγνοούν οικογένειες ή ανθρώπους με ίδια προβλήματα και μπορεί να κλείνονται στον εαυτό τους και να ζουν μια εξαιρετικά περικλεισμένη στον εαυτό τους ζωή ή μια εξατομικευμένη ζωή.

Κάποιες μειονότητες μπορεί ακόμα και να θεωρηθούν ως ένα σύνολο ατόμων, που οδηγούν τη ζωή τους πρωτίστως σε απομόνωση του ενός από τον άλλο. Οι κοινωνικοί τους ρόλοι είναι με διάφορους τρόπους συμπληρωματικοί: εξαρτημένοι, υποταγμένοι ή καλόβολοι. Μπορεί να γίνουν αντικείμενα οίκτου. Συχνά αντιστέκονται στην παραδοχή της ιδιότητας του μέλους μιας μειονότητας. Σπάνια πραγματικά πιστεύουν ότι είναι πολιτισμικά χωριστοί. Πολλοί αναπτύσσουν αμυντική ή αυτό-προστατευτική συμπεριφορά⁶.

Σε αυτές τις κατηγορίες των μειονοτήτων ανήκουν κάποιοι ηλικιωμένοι ή άνθρωποι με αναπηρίες, άστεγες οικογένειες, άνθρωποι που διεκδικούν κοινωνική ασφάλιση, μονογονεϊκές οικογένειες, ομάδες τσιγγάνων, μετανάστες όπως και άνθρωποι που ζουν σε διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων και άλλων ιδρυμάτων. Κάποιες από αυτές τις μειονότητες, όπως οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι, μπορεί να θεωρηθεί ότι αρχίζουν να υπάρχουν σαν ένα αποτέλεσμα της εργασιακής και της κοινωνικής αλλαγής.

Γεωγραφικά, αυτές οι μειονότητες διασκορπίζονται αραιά. Μέσα από τη νομοθεσία, τις γραφειοκρατικές διαδικασίες και τις παροχές στην κοινωνική πρόνοια, την κοινωνική ασφάλιση και το επάγγελμα, η κοινωνία εκφράζει τις αξίες της για ορισμένα είδη ατόμων. Πρόθυμη σκληρή δουλειά, εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, εκπαιδευτικά προσόντα, εκσυγχρονισμένη επαγγελματική

⁶ Rowntree, B., 1901, «Poverty: A Study of Town Life», Macmillan, σελ.141-142.

κατάρτιση και εμπειρία, επιδεξιότητα, αποταμίευση και αφοσίωση στο σπίτι, γάμος και οικογένεια είναι μερικές από τις κύριες αξίες που προωθεί η κοινωνία την σημερινή εποχή. Τα άτομα ή οι ομάδες που δεν θα καταφέρουν να επιτύχουν αυτές τις αξίες ανήκουν στο περιθώριο και κατατάσσονται στην κατηγορία των μειονοτήτων.

Οι διάφοροι επιστήμονες διακρίνουν τις μειονότητες σε κατηγορίες ανάλογα με την ιδιαιτερότητα τους. Αυτές οι κατηγορίες είναι οι εξής:

1. Μονογονεϊκές οικογένειες.
2. Ανεργοί
3. Οικογένειες που προσβλήθηκαν από μια μακροχρόνια ασθένεια ή από τραύμα ενός μέλους που οδήγησε σε αναπηρία
4. Οικογένειες οι οποίες είναι άλλων εθνικοτήτων
5. Οικογένειες μεταναστών
6. Οικογένειες Τσιγγάνων ⁷

2.2. Μετανάστες

Οι οικονομικές εξελίξεις στην δεκαετία του '70 στην χώρα μας, με την αύξηση των επενδύσεων και με την συνεχόμενη αύξηση των νέων θέσεων εργασίας είχε σαν αποτέλεσμα την προσέλκυση πολλών αλλοδαπών στην χώρα μας και στην αύξηση του όγκου των μεταναστών. Τότε για πρώτη φορά το ξένο εργατικό δυναμικό έκανε την εμφάνιση του στην χώρα μας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 ο αριθμός των αλλοδαπών μεταναστών στην χώρα μας κυμαινόταν γύρω στα 30.000 άτομα από τους οποίους οι περισσότεροι είχαν άδεια εργασίας (Καβουνίδης, 1999: 3-6).

Παράλληλα με το νόμιμο εργατικό δυναμικό δημιουργήθηκε και το παράνομο εργατικό δυναμικό το οποίο απασχολούνταν σε

⁷ Booth, C., 1904, «Life and Labour of the People in London», τόμος 2, Macmillan, London, σελ. 27

ανειδίκευτες εργασίες. Μετά τη δεκαετία του 1980 και λόγω της συνεχούς ανόδου της οικονομίας της Ελλάδος και εξαιτίας των συνεχών θετικών εξελίξεων στην χώρα μας το ξένο εργατικό δυναμικό άρχισε να αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα από ένα σημείο και μετά να αρχίζει να επηρεάζει την εγχώρια εργασία αφού τα ξένα εργατικά χέρια ήταν και τα φθηνότερα. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1993 έδειξε ότι ο αριθμός των αλλοδαπών τότε είχε φτάσει τις 300.000 ενώ ο αριθμός των νόμιμων μεταναστών παρουσίαζε μια σταθερότητα.

Με την πάροδο των χρόνων και ιδιαίτερα μετά το 1995 ο αριθμός των αλλοδαπών μεταναστών στην χώρα μας παρουσίασε μεγάλη αύξηση φτάνοντας μέχρι και την σημερινή εποχή τα 3.000.000. Η ανάγκη για περισσότερο εργατικό δυναμικό, η φτώχεια που επικρατούσε σε γειτονικές χώρες όπως η Αλβανία, η προετοιμασία για τους Ολυμπιακούς αγώνες στην χώρα μας και η ανάγκη για φτηνή εργασία ώθησε πολλούς αλλοδαπούς στην χώρα μας προκειμένου να εργαστούν και να μπορέσουν να ζήσουν. Η αντιμετώπιση τους από την ελληνική κοινωνία δεν ήταν η πιο αποτελεσματική καθότι η πολιτεία δεν είχε προβλέψει πώς να αντιμετωπίσει τον τόσο μεγάλο όγκο των μεταναστών που οι περισσότεροι είχαν εισέλθει στην χώρα μας παράνομα και εργάζονταν χωρίς ασφάλιση και χωρίς να έχουν την δυνατότητα ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας⁸.

2.3. Ανάπηροι

Τα ανθρώπινα δικαιώματα, η κοινωνική δικαιοσύνη, η ισότητα, ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι έννοιες που χρόνια τώρα δοκιμάζονται μέσα από τα πρακτικά μοντέλα για την ενίσχυση των ατόμων με αναπηρία.

⁸ Καβουνίδη, Τζ., 1999, «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα», Ελληνική Εμπειρία, σελ. 3

Έρευνες που έχουν γίνει έδειξαν ότι τα άτομα με κάποια αναπηρία αποτελούν το 10% του συνόλου της Ελλάδας δηλαδή είναι περίπου 1.000.000 άνθρωποι. Τα άτομα αυτά ταυτίζονται συνήθως με την ανικανότητα και την αναπαραγωγικότητα, οδηγώντας έτσι στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό αποκλεισμό τους. Η απουσία του ατόμου από την παραγωγή ενισχύει τον εξαρτημένο τρόπο ζωής από την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον ενώ παράλληλα ενισχύει την ρατσιστική συμπεριφορά των άλλων.

Είναι λογικό ότι η ελληνική αγορά εργασίας που χαρακτηρίζεται από υψηλή ανεργία και ανταγωνισμό, δημιουργεί πρόσθετες δυσκολίες στα άτομα με αναπηρία για εξεύρεση απασχόλησης και τα οποία υφίστανται με αυτόν τον τρόπο «διπλό αποκλεισμό» ο οποίος είναι από την μια πλευρά εργασιακός και από την άλλη κοινωνικός.

Ο κόσμος των ατόμων με αναπηρία δεν αποτελεί πλέον ένα άγνωστο κόσμο. Ο κρατικός και κοινωνικός μηχανισμός πρέπει να κινηθεί μέσα από συντονισμένες ενέργειες και μέσα από την αποφασιστική θέληση προκειμένου να απαλειφθούν οι διακρίσεις, να περιοριστούν τα προβλήματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες και να ενισχυθεί η αυτόνομη δράση των ατόμων αυτών.

Βέβαια εκτός από την κοινωνία που θα πρέπει να λάβει κάποια μέτρα υπεύθυνο είναι και το κάθε άτομο μεμονωμένα το οποίο οφείλει να σέβεται τις ανάγκες των ατόμων αυτών, να συνειδητοποιήσει το έντονο πρόβλημα και να δράσει αναλόγως⁹.

⁹ Αθανασιάδου, Φ., 1997, «Περιορισμοί και προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες στην Ελληνική Κοινωνία», Ελληνικά Γράμματα, σελ. 15

2.4. Τσιγγάνοι

Εδώ και πολλά χρόνια οι τσιγγάνοι ανήκουν στην κατηγορία των μειονοτικών ομάδων, καθότι μέχρι σήμερα δεν έχουν καταφέρει να γίνουν αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο. Ένα πλέγμα θεσμών, συμπεριφορών και στάσεων στιγματίζει την διαφορετικότητα που αυτόματα γίνεται κατωτερότητα. Μέσα σε αυτό το κλίμα περιλαμβάνεται και η άνιση κατανομή των δημοσίων αγαθών σε συνδυασμό με το έλλειμμα της κοινωνικής πολιτικής, επιταχύνοντας την διαδικασία του κοινωνικού αποκλεισμού και οδηγώντας άτομα και ομάδες στα όρια της φτώχειας.

Απομονωμένοι καταυλισμοί και παραγγοσυνοικίες αποτελούν τόπο διαμονής για πολλές οικογένειες τσιγγάνων. Η έλλειψη χώρου, νερού, ηλεκτροδότησης, καθώς και η έλλειψη των αναγκαίων συνθηκών υγιεινής τους εκτόπισαν από το κοινωνικό και πολιτικό τους περιβάλλον και μετέτρεψαν τον χώρο τους σε αδιέξοδο.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις που έχει ο ελληνικός πληθυσμός για μια άλλη πληθυσμιακή ομάδα όπως είναι στην περίπτωση αυτή οι τσιγγάνοι τους οδηγεί σε απόσταση και στήριξη της προκατάληψης, στην προσπάθεια τους να προσδώσουν μια διαφορετική εικόνα.

Μέχρι σήμερα οι Έλληνες τσιγγάνοι έχοντας διαφορετικά βιώματα, διαφορετικό τρόπο ζωής, διαφορετική μεταχείριση από την κοινωνία και το κράτος και διαχωρίζονται από τους τσιγγάνους των υπόλοιπων χωρών αφού έχουν διαφορετικό τρόπο ζωής και διαφορετική κουλτούρα¹⁰. Οι Έλληνες αντιμετωπίζουν τους τσιγγάνους ως κατώτερα όντα λόγω τους διαφορετικού τρόπου ζωής τους και του χαμηλού επιπέδου διαβίωσης τους.

¹⁰ Γκότοβος, Α., 1996, «Ρατσισμός, Κοινωνικές, Ψυχολογικές και Παιδαγωγικές όψεις μιας ιδεολογίας και μιας πρακτικής», Γ.Γ.Α.Ε.

2.5. Κοινωνική επιρροή των μειονοτήτων

Πρόσφατες μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι η κοινωνική επιρροή των μειονοτήτων είναι εφικτή και αποτελεί ένα συνηθισμένο φαινόμενο. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη της επιρροής, όπου οι παραστάσεις, οι γνώσεις και η δράση των ατόμων, των ομάδων και του ίδιου του περιβάλλοντος γενικότερα δεν είναι ανεξάρτητες των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, η επιρροή των μειονοτήτων δεν καθίσταται μόνον «εφικτή» αλλά αποτελεί και αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής πραγματικότητας.

Αμφισβητώντας η μειονότητα το αλάθητο των κοινωνικών κανόνων και αξιών της πλειοψηφίας, προκαλεί ρωγμή στην κοινωνική συναίνεση και υημιουργεί μια συγκρουσματική κατάσταση αμφιβολίας. Η ιδεολογική διάσταση προκαλεί με αυτόν τον τρόπο μια γνωστική και ιδεολογική σύγκρουση που συνδέεται με την εγκυρότητα των απαντήσεων.

Αυτή η στάση της μειονότητας στην πραγματικότητα συντείνει στην διακοπή, από μέρους της, κάθε διαπραγμάτευσης, και περιέχει έτσι μια σύγχρονη και μια διαχρονική σταθερότητα συμπεριφοράς¹¹.

¹¹ Παλαστάμος, Σ., «Οι μειονότητες και η στρατηγική τους», Πάντειο Πανεπιστήμιο, σελ. 35

Κεφάλαιο 3
Υπηρεσίες Υγείας και προσβασιμότητα



3.1. Ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών υγείας

Το θέμα της ισότητας στην χρήση των υπηρεσιών υγείας και στην πρόσβαση αυτών είναι πολύ σημαντικό καθότι αυτό που θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός στόχος όλων είναι η ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα όσον αφορά την χρήση των υπηρεσιών υγείας εννοούμε ότι κανένα άτομο δεν θα πρέπει να βρίσκει καμία δυσκολία όσον αφορά τις χρήσεις των υπηρεσιών υγείας. Επίσης δεν θα πρέπει να αποκλείεται κάποιος χρήστης υπηρεσιών υγείας από την ενδεδειγμένη φροντίδα ούτε αυτή να παρέχεται μεροληπτικά.

Συνεπώς ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών υγείας σημαίνει ότι η κοινωνία θα λάβει μέτρα για κάθε ευπαθή ομάδα ξεχωριστά. Με άλλα λόγια για τα άτομα με ειδικές ανάγκες θα πρέπει η κοινωνία να λάβει μέτρα προκειμένου να διευκολύνει την προσέγγιση και την χρήση των ιατρικών υπηρεσιών από αυτά. Επίσης θα πρέπει να τους παρέχει σωστή ενημέρωση και δυνατότητα άμεσης μεταφοράς τους σε περίπτωση κωλύματος τους.

Εκτός των ατόμων με ειδικές ανάγκες η κοινωνία θα πρέπει να μεριμνήσει και για τους αλλοδαπούς στους οποίους θα πρέπει να παρέχει ισότιμες υπηρεσίες υγείας καθότι και αυτά τα άτομα συμβάλλουν με την εργασία που προσφέρουν στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Εξίσου σημαντικό στοιχείο όσον αφορά τους αλλοδαπούς είναι η ασφάλιση τους η οποία θα πρέπει να γίνει υποχρεωτική ώστε και τα άτομα αυτά να έχουν την δυνατότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας μέσω των ασφαλιστικών ταμείων.

Τέλος όσον αφορά τις μειονοτικές ομάδες των τσιγγάνων η κοινωνία θα πρέπει να προσπαθήσει να δημιουργήσει τις βάσεις

εκείνες ώστε οι τσιγγάνοι να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την πλήρη ενημέρωση τους για τις διάφορες ασθένειες και για το πόσο αναγκαία είναι η πρόληψη τους μέσα από την ιατρική. Επίσης θα πρέπει να δημιουργήσει η κοινωνία «κινητές μονάδες περίθαλψης» οι οποίες θα επισκέπτονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα τους οικισμούς και θα παρακολουθούν την υγεία των κατοίκων.

Η ισότιμη χρήση των υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζει υγιέστερα άτομα και καλύτερο επίπεδο ζωής. Συνεπώς σε μια χώρα όπως η Ελλάδα στην οποία υπάρχουν αρκετές μειονοτικές ομάδες θα έπρεπε η πολιτεία να λάβει μέτρα προκειμένου να μπορέσει να εξασφαλίσει ένα υγιές κράτος και να περιορίσει τις ασθένειες που πλήττουν τα άτομα αυτά λόγω του άσχημου τρόπου ζωής και του χαμηλού οικονομικού επιπέδου¹².

3.2. Ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

Το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα αναπόσπαστο δικαίωμα όλων των ατόμων ανεξαρτήτου φυλής, καταγωγής, οικονομικής κατάστασης και εθνικότητας, είναι ένα από τα βασικά δικαιώματα σε χώρες όπου το δημόσιο παρέχει ένα μεγάλο μέρος των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η Ελλάδα. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η ίση πρόσβαση στην υγεία είναι ένα από τα πιο σημαντικά κοινωνικά δικαιώματα και θα έπρεπε να αναγνωρίζεται ως τέτοιο σε όλες τις χώρες.

Στην πραγματικότητα το δικαίωμα αυτό αναφέρει ότι τα άτομα που έχουν τις ίδιες ανάγκες για διάγνωση ή θεραπεία, έχουν αυτόματα και το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που μπορούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες

¹² Gerdtham, G., 1997, "Equity in Health Care Utilization", *Health Economics*, σελ. 303-314

τους. Μία βασική δυσκολία είναι η εύρεση του τρόπου εκείνου με τον οποίο μπορούν να εξακριβωθούν οι ίσες ανάγκες για διάγνωση ή θεραπεία.

Η ισότητα στην πρόσβαση δεν θα πρέπει να αναφέρεται σε συγκεκριμένες αλλά θα πρέπει να καλύπτει όλες τις ανάγκες των ατόμων. Ειδικότερα θα πρέπει να καλύπτει σημαντικές και διαφορετικές κατηγορίες υπηρεσιών υγείας όπως είναι:

1. επαφή με γιατρό
2. παραμονή σε νοσοκομείο (για τουλάχιστον ένα βράδυ)
3. οφθαλμολογικές εξετάσεις,
4. καρδιολογικές εξετάσεις,
5. εξετάσεις αίματος,
6. καρκιнологικές εξετάσεις,
7. ακτινολογικές εξετάσεις,
8. εξετάσεις χοληστερίνης,
9. βαρηκοΐας,
10. ούρων,
11. διαβητικές εξετάσεις.

Το βασικό συμπέρασμα σχετικά με την δυνατότητα της ίσης πρόσβασης είναι πως ο κυρίαρχος παράγοντας στην πρόσβαση είναι το εισόδημα. Το εισόδημα ήταν στατιστικά σημαντικός παράγοντας στην πρόσβαση των παραπάνω υπηρεσιών. Οι μόνες υπηρεσίες των οποίων η πρόσβαση δεν επηρεαζόταν από το εισόδημα ήταν η παραμονή σε νοσοκομείο και οι εξετάσεις βαρηκοΐας.

Υποστηρίζεται πως αν το μέσο εισόδημα αυξανόταν κατά 1% η συνολική χρήση των υπηρεσιών που εξετάστηκαν, θα αυξανόταν κατά 0.84 της ποσοστιαίας μονάδας(Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης). Συνεπώς κάποιος μπορεί να εικάσει πως αν συμπεριλαμβάνονταν και άλλες υπηρεσίες, όπως η οδοντιατρική περίθαλψη και η περίθαλψη για ψυχικές ασθένειες, τότε η αύξηση

στη συνολική χρήση των υπηρεσιών θα ξεπερνούσε τη μία ποσοστιαία μονάδα. Αυτό σημαίνει πως όχι μόνο δεν παρατηρείται ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά από οικονομική άποψη κατά πάσα πιθανότητα στην Ελλάδα η πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές είναι ένα είδος πολυτελείας.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η διάκριση ως προς τις ευπαθείς ομάδες συνεχίζει να υπάρχει και παρά το γεγονός ότι η πολιτεία προσπαθεί να περιορίσει αυτή την κατάσταση, το «χρήμα» συνεχίζει να είναι η κινητήριος δύναμη που διαμορφώνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η κατάσταση αυτή καταδικάζει τις ευπαθείς ομάδες όπως είναι οι τσιγγάνοι, οι μετανάστες και τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις απομονώνει όλο και πιο πολύ.

Αυτό που θα πρέπει να γίνει αρχικά προκειμένου να ενισχυθεί η ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι να υπάρξει σωστή και άμεση ενημέρωση των πολιτών για όλα τα ιατρικά θέματα προκειμένου να γνωρίζουν προς τα πού να στραφούν. Εν συνεχεία η κυβέρνηση θα πρέπει να προβεί σε χρηματοδότηση των μειονοτικών ομάδων ώστε να μπορέσουν να έχουν και αυτά την δυνατότητα για ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας¹³.

3.3. Χρήση υπηρεσιών Υγείας από αλλοδαπούς

Η κοινωνία προκειμένου να μπορέσει να καλύψει την μεγάλη εισροή μεταναστών που εισήλθαν στην χώρα μας προκειμένου να βρουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και ποιότητα ζωής προέβη στην ψήφιση ενός Νόμου ο οποίος επέτρεπε στους αλλοδαπούς να εργαστούν στην χώρα μας εφόσον είχαν όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά τα οποία δήλωναν ότι είναι νόμιμοι πολίτες. Αρκετοί από αυτούς δεν κατάφεραν ποτέ να τα αποκτήσουν με

¹³ Μεργούπης, Θ., 2001, «Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα», Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, σελ. 45

αποτέλεσμα να θεωρείται παράνομη η διαμονή τους στην χώρα μας και συνεχώς να διώκονται προκειμένου να επιστρέψουν στην χώρα τους. Η προσπάθεια της πολιτείας να νομιμοποιήσει τους αλλοδαπούς στην χώρα μας δεν απέδωσε με αποτέλεσμα πολλοί να μείνουν άνεργοι και ενώ είχαν την δυνατότητα για εργασία δεν μπορούσαν να συγκεντρώσουν τα κατάλληλα δικαιολογητικά. Η αύξηση της εγκληματικότητας στην χώρα μας ήταν το αποτέλεσμα της ανεργίας πολλών αλλοδαπών οι οποίοι προκειμένου για να ζήσουν αναγκάστηκαν να κλέψουν. Η καταδικαστέα αυτή πράξη τους, ανάγκασε την πολιτεία να λάβει αυστηρά μέτρα προκειμένου να αναγκάσει τους μετανάστες να επιστρέψουν στην πατρίδα τους ή άλλους να τους τιμωρήσει αυστηρά προς παραδειγματισμό των υπολοίπων.

Όσοι από τους αλλοδαπούς μετανάστες κατάφεραν να μείνουν στην χώρα μας για εργασία και μπόρεσαν να νομιμοποιηθούν στην χώρα μας αντιμετώπισαν άλλα σημαντικά προβλήματα όπως είναι αυτό της ασφάλισης. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι ανασφάλιστοι και δεν έχουν καμία κοινωνική παροχή καθώς επίσης ούτε επιδόματα ανεργίας και ασθενείας¹⁴.

Οι αμοιβές των αλλοδαπών είναι πολύ πιο χαμηλές από αυτές των Ελλήνων με αποτέλεσμα οι ξένοι να απασχολούνται σε βαριές και ανθυγιεινές εργασίες οι οποίες δεν είναι σταθερές για μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα να εργάζονται κατά περιόδους.

Από το σύνολο των αλλοδαπών που μένουν στην Ελλάδα οι 200.000 είναι Αλβανοί, από τους οποίους οι περισσότεροι είναι παράνομοι, οι 55.000 Αιγύπτιοι, οι 100.000 είναι Πολωνοί και περίπου 40.000 είναι από τις Φιλιππίνες. Οι εργαζόμενοι αλλοδαποί στην Ελλάδα με άδεια εργασίας απασχολούνται κυρίως

¹⁴ Μαράτου – Αλιμπραντή, 1999, «Ξένο εργατικό δυναμικό: Τάσεις και το πρόβλημα της κοινωνικής ενσωμάτωσης» Ε.Κ.Κ.Ε., Τόμος Α', 2^η έκδοση

στον τομέα των υπηρεσιών, των μεταφορών, των επικοινωνιών, της βιομηχανίας και της αγροτικής παραγωγής.

Οι υπήκοοι χωρών που δεν ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση όπως είναι οι Αιγύπτιοι, οι Πολωνοί και οι Ασιάτες απασχολούνται κυρίως στον τομέα των αγροτικών και αλιευτικών εργασιών. Από την άλλη οι Αλβανοί, οι Πολωνοί και οι Φιλιππινέζοι στον τομέα των οικοδομών. Το ποσοστό της παράνομης εργασίας υπολογίζεται περίπου στο 9% του ποσοστού του οικονομικά ενεργού πληθυσμού.

Υποστηρίζεται ότι οι παράνομοι μετανάστες στην Ελλάδα κατά μεγάλη πλειοψηφία καλύπτουν την ανειδίκευτη εργασία όπου σε αυτήν την κατηγορία οι Έλληνες είναι απρόθυμοι να εργαστούν ή οι μισθοί τους είναι κατά πολύ υψηλότεροι από αυτούς των αλλοδαπών. Το μισθολογικό κόστος της εργασίας των μεταναστών ανέρχεται στο ήμισυ του κανονικού και δεν τους καταβάλλονται ασφαλιστικές εισφορές ή παραπάνω χρήματα λόγω υπερωριακής εργασίας, κυριακάτικης ή βραδινής.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η παρουσία τους αποτελεί σύμφωνα με τις εκτιμήσεις προσφορά στον λεγόμενο «ανεπίσημο τομέα» της παραγωγής ο οποίος καλύπτει το 40% της συνολικής οικονομικής δραστηριότητας στην χώρα μας¹⁵.

Η Ελλάδα πλέον φιλοξενεί πολλούς μετανάστες και έχει καταστεί ως η χώρα υποδοχής των μεταναστών χωρίς αυτό να είναι επιθυμητό. Η ανυπαρξία, όμως, πολιτικών, παρεμβάσεων και μέτρων από την πολιτεία κάνει το πρόβλημα αυτό ακόμα χειρότερο και συνεπώς η καταπάτηση των δικαιωμάτων των μεταναστών και η εκμετάλλευση της εργασίας τους οδηγούν στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό αποκλεισμό.

¹⁵ Καρύδης, Β., 1996 «Η εγκληματικότητα των μεταναστών στην Ελλάδα», Εκδ. Παπαζήσης, σελ. 27

Όσον αφορά τον τομέα της κοινωνικής μέριμνας προς τους αλλοδαπούς δεν υπάρχει κάποια προσπάθεια από την πλευρά της κυβέρνησης, παρόλα αυτά ορισμένοι φιλανθρωπικοί οργανισμοί έχουν καταφέρει να αναπτύξουν κάποιες κοινωνικές δραστηριότητες για μετανάστες και λαθρομετανάστες οι οποίες όμως δεν μπορούν να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα μεταναστών.

Η Διεθνής Κοινωνική Υπηρεσία ξεκίνησε την δραστηριότητα της το 1971 και έχει αναπτύξει μέχρι σήμερα αρκετές κοινωνικές υπηρεσίες συμβουλευτικού χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν να κάνουν με θέματα Υγείας και Ψυχικής Υγείας, Νομικά θέματα, Διακρατικούς Γάμους, και εργασιακές σχέσεις.

Άλλη οργάνωση η οποία προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες σε περιορισμένο αριθμό αλλοδαπών είναι η Διεθνής Φιλανθρωπική Οργάνωση Κάριτας – Ελλάς η οποία παρέχει σε μετανάστες κοινωνική εργασία, υλικές παροχές, βοήθεια σε περιπτώσεις ασθένειας όπως παραπομπή σε νοσοκομείο, αγορά φαρμάκων και βοήθεια για εξεύρεση εργασίας.

Όπως ήδη αναφέραμε οι μετανάστες σε μεγάλο βαθμό παραμένουν στον χώρο εργασίας τους ανασφάλιστοι με αποτέλεσμα σε περιπτώσεις ασθένειας να μην μπορεί να τους καλύψει κάποιο ταμείο το κόστος νοσηλείας και να αναγκάζονται να πηγαίνουν σε κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο όπου το κόστος είναι πολύ μεγάλο. Ο πρωταρχικός στόχος όλων των αρμοδίων φορέων που επιδιώκουν να λύσουν το πρόβλημα της πρόσβασης της υγείας των μεταναστών θα πρέπει να είναι η «ισότητα στην πρόσβαση». Θα πρέπει δηλαδή οι διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ των ανθρώπων μιας χώρας είτε είναι Έλληνες είτε μετανάστες να μειωθούν εντελώς και να υπάρχει απόλυτη ισότητα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας¹⁶ επιδιώκει τα τελευταία χρόνια να υιοθετήσει πολιτικές οι οποίες θα πετύχουν ισότητα στον τομέα της υγείας. Η υγεία βέβαια εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι είναι:

1. Το γενετικό υλικό
2. Το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον
3. Το πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον
4. Το οικολογικό περιβάλλον
5. Το σύστημα και οι υπηρεσίες Υγείας
6. Η Ατομική συμπεριφορά
7. Η τύχη

Οι παραπάνω παράγοντες έχουν άμεση σχέση μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν προκειμένου να δώσουν το τελικό αποτέλεσμα που είναι το υψηλότερο επίπεδο υγείας για κάθε πολίτη. Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος *«το κράτος οφείλει να μεριμνά για την μεγαλύτερη δυνατή φυσική, πνευματική και κοινωνική ευεξία των πολιτών»*. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να υπάρχει ίση παροχή υγειονομικών φροντίδων ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση. Η χώρα είναι υποχρεωμένη από την στιγμή που φιλοξενεί τους μετανάστες και εφόσον τους χρησιμοποιεί για εργασία ιδιαίτερα λόγω Ολυμπιακών Αγώνων να τους ασφαλίζει και να τους παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες. Με άλλα λόγια θα πρέπει να σταματήσει αυτή η μορφή εκμετάλλευσης που υπάρχει και θα πρέπει και οι αλλοδαποί να αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους Έλληνες καθότι και αυτοί προσφέρουν στην κοινωνία με την εργασία τους.

Η κοινωνία είναι αναγκαίο να λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τους αλλοδαπούς. Η σπουδαιότητα αυτή της βελτίωσης πηγάζει από

¹⁶ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1991

την ανάγκη των αλλοδαπών για καλύτερη περίθαλψη και εξαιτίας του υψηλού κόστους της ιδιωτικής περίθαλψης. Η φτώχεια συνεπώς είναι ο κυριότερος παράγοντας που οδηγεί σε κοινωνικά χαρακτηριστικά αποστέρησης.

Ειδικότερα η χαμηλού επιπέδου εκπαίδευση συνεπάγεται και χαμηλότερο μισθό στην μελλοντική απασχόληση του ατόμου και ανθυγιεινά επαγγέλματα με συνακόλουθες επιπτώσεις στην υγεία. Συνεπώς η μετανάστευση ως οικονομική, κοινωνική και πολιτισμική συγκυρία συνεπάγεται την εμφάνιση και όξυνση οικονομικών και κοινωνικών διαφορών με αποτέλεσμα να εμφανίζεται λόγω των συγκυριών ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Στον τομέα της υγείας η ύπαρξη των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών διαφορών ισοδυναμεί με την εκδήλωση και συντήρηση ανισοτήτων σε βάρος των ατόμων και των ομάδων που απαρτίζουν τον χάρτη των κοινωνικά αποκλεισμένων. Τα άτομα αυτά παρεμποδίζονται στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας λόγω της γραφειοκρατίας και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω της έλλειψης ενημέρωσης από τις υπηρεσίες υγείας. Αυτή η παρεμπόδιση στην πρόσβαση στην υγεία είναι αποτέλεσμα λανθασμένων κανόνων και πολιτικών. Με βάση τα αποτελέσματα εμπειρικών ερευνών που έγιναν στην Ευρώπη την προηγούμενη δεκαετία διαπιστώθηκε ότι οι χαμηλά οικονομικές ομάδες ατόμων χρησιμοποιούν κυρίως τα εξωτερικά ιατρεία και τις μονάδες εντατικής θεραπείας. Αντίθετα οι υψηλά οικονομικές πληθυσμιακές ομάδες κάνουν χρήση προληπτικών υπηρεσιών υγείας.

Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στον τομέα της υγείας εμφανίζονται και στην σχέση της επικοινωνίας μεταξύ του γηγενούς γιατρού και του μειονοτικού ασθενή. Η διαφορετική οπτική με την οποία αντιμετωπίζουν την ασθένεια των αλλοδαπών

οι γιατροί λειτουργεί ανασταλτικά στην πρόσβαση και τελικά στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών από τον μετανάστη.

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται ένας γιατρός την ασθένεια διαφέρει από τον τρόπο αντίληψης του ασθενή ιδιαίτερα αν πρόκειται για άτομα που ανήκουν σε κατώτερα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα¹⁷.

Έτσι ένας γιατρός αντιλαμβάνεται τη ασθένεια ως αποτέλεσμα δυσλειτουργίας οργάνων ή συστημάτων ενώ για τον ασθενή αποτελεί μια βιωματική εμπειρία με διαστάσεις κοινωνικές, ψυχολογικές και πολιτισμικές¹⁸. Κάθε κοινωνικό σύνολο δίνει στο περιεχόμενο του όρου ασθένεια διαφορετική έννοια. Ταυτόχρονα η κοινωνία μέσα από μηχανισμούς και διαδικασίες όπως για παράδειγμα η οργάνωση των νοσοκομείων διαμορφώνει συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς, ερμηνείας και θεραπείας της νόσου.

Συνεπώς η διαφοροποίηση των μειονοτικών ομάδων ως προς το ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνίας στην οποία ζουν, συνεπάγεται την απόκλιση τους από κοινά αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς κατά την διάρκεια μιας ασθένειας¹⁹. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την διάρκεια μιας ιατρικής πράξης οι ασθενείς που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες χαρακτηρίζονται ως αρνητικοί, καχύποπτοι και μη συνεργάσιμοι. Ο βασικός παράγοντας και αιτία για την διάσταση μεταξύ του γηγενούς γιατρού και του μετανάστη ασθενή είναι ότι δεν υπάρχει ένας κοινός κώδικας επικοινωνίας και αναφοράς. Η διαφορετική γλώσσα, η χρήση εξειδικευμένων επιστημονικών όρων, αλλά και

¹⁷ Eisenberg L., 1997, "Disease and Illness: Distinction between professional and popular ideas of sickness" *Culture, Medicine and Psychiatry*, σελ. 127

¹⁸ Kleinman A., 1980, "Patients and Healers in the context of culture: An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry" *University of California Press*, σελ. 71-118

¹⁹ Anderson J.M. , 1986, "Ethnicity and illness experience: ideological structures and health care delivery system", *Social Science and Medicine*, σελ. 1277-1283

το χρηστικό περιεχόμενο της κάθε γλώσσας δυσκολεύουν την επικοινωνία μεταξύ του γιατρού και του αλλοδαπού ασθενή με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη απόκλιση.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η δυνατότητα πρόσβασης των μεταναστών στον τομέα της υγείας και η ίση μεταχείριση συναντά σημαντικά κοινωνικά εμπόδια καθότι πολλοί ισχυρίζονται ότι το κόστος αυτό θα πρέπει να καλυφθεί από Έλληνες κάτι το οποίο δεν είναι επιθυμητό. Η αντίληψη αυτή τροφοδοτεί ακόμα περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό. Βέβαια αυτή η άποψη οφείλεται κυρίως στην ξеноφοβία αλλά μέσα στο κλίμα της παγκοσμιοποίησης επειδή τα γεωγραφικά σύνορα δεν καθορίζουν ούτε προστατεύουν λαούς, ο βασικότερος στόχος είναι να υπάρχει ίση πρόσβαση και ευκαιρίες στη χρήση της υγείας.

Σχετικά με την νοσηλεία των ατόμων στα δημόσια νοσοκομεία αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι ο αριθμός αυτών που νοσηλεύεται σε αυτά είναι πολύ μικρός και μόνο για πολύ σοβαρά περιστατικά αφού προτιμούνται εξωτερικά ιατρεία για τις πρώτες βοήθειες.

Σημαντική βοήθεια για τους μετανάστες είναι για παράδειγμα το Πολυιατρείο στην Θεσσαλονίκη το οποίο μέχρι σήμερα έχει εξετάσει περίπου 3.000 μετανάστες ενώ οι συνολικές επισκέψεις που έχουν δεχτεί φτάνουν τις 13.519 άτομα. Σύμφωνα με στοιχεία οι περισσότεροι είναι αλλοδαποί που έχουν μικρό χρονικό διάστημα διαμονής στην Ελλάδα. Τα κυριότερα αίτια είναι καρδιολογικά, παθολογικά, και ενδοκρινολογικά. Την πρωτιά έχουν οι Αλβανοί και ακολουθούν οι Γεωργιανοί. Υποστηρίζεται ότι οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης και ο κοινωνικός αποκλεισμός που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες που έρχονται στην Ελλάδα τους προκαλεί σημαντικά ψυχικά νοσήματα. Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται οι μετανάστες ερχόμενοι σε μια χώρα με διαφορετική κουλτούρα τους οδηγούν σε απόσυρση,

ψυχοκοινωνική μειονεξία, και διαταραχή της ψυχικής τους ισορροπίας²⁰.

Παρά τις σημαντικές αυτές δυσκολίες και το δύσκαμπτο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα το οποίο αποκλείει περίπου ένα εκατομμύριο μετανάστες από την ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει προκειμένου να αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα το οποίο οξύνεται συνεχώς.

3.4. Χρήση υπηρεσιών Υγείας από Τσιγγάνους

Στην Ελλάδα ζουν περίπου 250.000 άτομα τσιγγάνικης καταγωγής(Στατιστική Υπηρεσία). Οι τσιγγάνοι έχουν υιοθετήσει τρόπους ζωής και παραδόσεις που διαφέρουν από τα ήθη της πλειοψηφίας. Αυτές οι παραδόσεις θεωρούνται από τους ίδιους θεμελιώδη στοιχεία της συλλογικής τους ταυτότητας και πηγή υπερηφάνειας του λαού τους.

Οι Τσιγγάνοι στην Ελλάδα κατέχουν το χαμηλότερο επίπεδο διαβίωσης και μόρφωσης, συμμετέχοντας έτσι στις πληθυσμιακές ομάδες που αποκαλούνται "τέταρτος κόσμος" . Παρά το γεγονός ότι οι Τσιγγάνοι είναι γηγενείς αντιμετωπίζουν πολύ περισσότερα κοινωνικά και πολιτιστικά προβλήματα από τους μετανάστες της χώρας μας γιατί θεωρούνται "ξένο σώμα" και δεν έχουν εκπροσώπηση στα κέντρα λήψης αποφάσεων.

Η συμμετοχή τους στις πολιτικές και κοινωνικές διαδικασίες είναι ακόμα περιθωριακή ή και πλήρως ανύπαρκτη επειδή ο αναλφαβητισμός τους σε μεγάλη κλίμακα δεν τους επιτρέπει να

²⁰ Τσιτσελικής Κ., Χριστοπουλος Δ. , 1997, "Το Μειονοτικό Φαινόμενο στην Ελλάδα: Μια συμβολή των Κοινωνικών Επιστημών", εκδ. Κριτική, σελ. 28

παρακολουθούν ούτε από μακριά τις πραγματικές εξελίξεις στην κοινωνία²¹.

Για τους περισσότερους τσιγγάνους οι έννοιες όπως είναι το τσεκάπ, οι εξετάσεις και ο γιατρός είναι άγνωστες. Οι περισσότεροι τσιγγάνοι αποφεύγουν τους εμβολιασμούς και τις ιατρικές εξετάσεις είτε από φόβο είτε από άγνοια για την αναγκαιότητά τους.

Ένα παράδειγμα υγειονομικής περίθαλψης είναι η λειτουργία ενός Κέντρου Ιατροκοινωνικής Φροντίδας το οποίο ξεκίνησε να λειτουργεί στον οικισμό των τσιγγάνων "Αγία Σοφία" στη Θεσσαλονίκη. Μέσα από την λειτουργία αυτού του κέντρου προέκυψε ότι:

- Οι περισσότεροι τσιγγάνοι θεωρούν ότι τους χορηγούνται χαλασμένα εμβόλια τα οποία τους κάνουν κακό. Αυτό θεωρούν ότι γίνεται διότι ανήκουν σε μια δεύτερης κατηγορίας κοινωνική τάξη.
- Επίσης οι τσιγγάνοι θεωρούν ότι τα βιβλιάρια υγείας τους στιγματίζουν.
- Οι περισσότερες τσιγγάνες γυναίκες στους καταυλισμούς δεν γνωρίζουν τι σημαίνει γυναικολογικός έλεγχος και μια επίσκεψη σε γυναικολογικό ιατρείο αντιμετωπίζεται με καχυποψία από τους συζύγους, οι οποίοι ενοχλούνται από την ανάδειξη των απαγορευμένων σημείων της γυναίκας στον γιατρό.
- Υποστηρίζεται ότι ο χειρότερος εχθρός των τσιγγάνων είναι τα εμβόλια. Χαρακτηριστικό είναι ότι στις 20 γυναίκες που κλείνουν ραντεβού για να εμβολιαστούν τα παιδιά τους έρχονται τελικά λιγότερες από 13 λόγω του φόβου που νιώθουν και της άγνοιας που έχουν για τα θέματα υγείας. Οι κακές συνθήκες υγιεινής που

²¹ Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2004

επικρατούν στους καταυλισμούς των τσιγγάνων εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία τους, αλλά και για τη Δημόσια Υγεία. Υποστηρίζεται ότι το 90% των τσιγγάνων λόγω των κακών συνθηκών υγιεινής πάσχει από ηπατίτιδα Α και το 50% απο ηπατίτιδα Β²².

Η πρόσβαση των τσιγγάνων στο σύστημα υγείας είναι σχεδόν μηδαμινή. Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν ότι υπάρχει παντελής έλλειψη παροχής πρώτων βοηθειών, εμβολιασμών και ιατρικής παρακολούθησης. Οι Τσιγγάνοι δεν εμπιστεύονται τα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες που αυτά παρέχουν και αδυνατούν να ακολουθήσουν τις γραφειοκρατικές και λοιπές διαδικασίες που ακολουθούν αυτά.

Οι δείκτες υγείας των τσιγγάνων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό θέτουν την κοινωνία σε προβληματισμό για την κατανόηση του φαινομένου αυτού.

Παρά το γεγονός ότι οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες για τις τσιγγάνικες οικογένειες είναι παρόμοιες, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην θνησιμότητα και την νοσηρότητα των ανδρών και των γυναικών²³.

Καταστάσεις σαν κι αυτή που περιγράφηκε παραπάνω, δυστυχώς αποτελούν σημαντικό πλήγμα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και στον πολιτισμό μας. Είναι ανάγκη να αλλάξει εντελώς αυτή η κατάσταση. Σε ότι αφορά τους Έλληνες τσιγγάνους, η Κυβέρνηση θα πρέπει να προωθήσει και να κάνει πράξη το συντομότερο δυνατό ένα πρόγραμμα δράσης για την ολοκληρωτική ένταξη των Ελλήνων Τσιγγάνων.

²² Η εφημερίδα του κόσμου της υγείας, 2003, «Αποστάσεις από ιατρούς κρατούν οι τσιγγάνοι»,σελ. 7

²³ Nettleton, S., 2002, «Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας», Τυπωθήτω, σελ.56

3.5. Χρήση υπηρεσιών Υγείας από Άτομα με ειδικές ανάγκες

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι μια άλλη κατηγορία ατόμων η οποία αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα όσον αφορά την πρόσβαση της σε διάφορες δραστηριότητες αλλά και ειδικότερα σε όλους τους τομείς της κοινωνίας όπως είναι η υγεία.

Η πρόσβαση των ατόμων αυτών στον τομέα της υγείας δεν είναι απλά ένα δικαίωμα που έχουν όπως όλοι οι πολίτες αλλά είναι υψίστης σημασίας απαίτηση ιδιαίτερα για αυτά τα άτομα τα οποία γεννήθηκαν ή κατά την διάρκεια της ζωής τους απέκτησαν κάποια ιδιαιτερότητα.

Με τον όρο προσβασιμότητα στον τομέα της υγείας εννοούμε την δυνατότητα που έχουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες να δέχονται ανεμπόδιστα όλων των ειδών τις υπηρεσίες υγείας και να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως είναι η αδυναμία πρόσβασης στα ιδιωτικά ή στα δημόσια νοσοκομεία, η έλλειψη της απαραίτητης τεχνογνωσίας και τεχνολογίας προκειμένου να εξεταστούν ή η αδιαφορία και η απόρριψη τους από την κοινωνία σε θέματα υγείας.

Με βάση τα διεθνή δεδομένα, οι ανάπηροι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες φτάνουν το 10% του γενικού πληθυσμού. Οι μισοί από αυτούς, το 5% του γενικού πληθυσμού, είναι οι βαριά ανάπηροι δηλαδή οι τυφλοί, παραπληγικοί, κωφοί, παιδιά με νοητική στέρηση, οι χρόνιοι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, μεσογειακή αναιμία κλπ. Ο μεγάλος αριθμός στην χώρας μας από εργατικά και τροχαία ατυχήματα, σε συνδυασμό με την ανυπαρξία πολιτικής πρόληψης και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επιβεβαιώνουν τη σκληρή πραγματικότητα. Στην Ελλάδα χώρα μας οι ανάπηροι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες δεν καταγράφηκαν ποτέ διότι η απογραφή τους θα αναδείκνυε το μέγεθος του προβλήματος και την αναντιστοιχία των αναγκών με

όσα γίνονται για την πρόληψη της αναπηρίας, την αποκατάσταση, την εκπαίδευση, την παραγωγική ένταξη των ατόμων αυτών και την περίθαλψη²⁴.

Τα κέντρα ενημέρωσης και στήριξης των οικογενειών οι οποίες φέρνουν στη ζωή ένα ανάπηρο παιδί ή που το παιδί τους καθίσταται ανάπηρο μετά από ένα ατύχημα ή μια ασθένεια, είναι ανύπαρκτα. Βασικός κορμός στήριξης των αναπήρων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι η οικογένεια, που προσπαθεί να αναπληρώσει τις ανεπάρκειες ενός κράτους που αδιαφορεί και δεν μπορεί να παράσχει τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Στη χώρα μας, υπάρχουν μόνο 200 δημόσια κρεβάτια σε κέντρα αποκατάστασης τα οποία βρίσκονται όλα στην Αθήνα και χρησιμοποιούνται για τους τραυματίες από εργατικά και τροχαία ατυχήματα και για την αντιμετώπιση των 30.000 εγκεφαλικών επεισοδίων το χρόνο. Περίπου 200.000 παιδιά στην Ελλάδα έχουν ανάγκη από ειδική αγωγή και μόνο τα 14.000 πηγαίνουν σε κάποιο ειδικό σχολείο ή ειδική τάξη. Τα υπόλοιπα 160.000 παιδιά παραμένουν εγκλωβισμένα περιμένοντας η κοινωνία να μεριμνήσει και για αυτά και ελπίζοντας ότι αυτή η μέριμνα θα έρθει σύντομα.

Το 1996 ψηφίστηκε ένας νόμος, ο Ν. 2430, ο οποίος προέβλεπε την 3η Δεκέμβρη ως Εθνική Μέρα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, αλλά και μια σειρά άλλες διατάξεις για τα άτομα αυτά. Παρόλαυτά ο νόμος αυτός παρέμεινε ανενεργός. Την ίδια τύχη είχε και η κάρτα αναπηρίας, που θα εκδιδόταν μετά την εξέταση όλων των αναπήρων από ειδικές υγειονομικές επιτροπές. Ακόμα και οι διακηρύξεις της εκάστοτε κυβέρνησης για πρόσβαση στην υγεία για τα άτομα με ειδικές ανάγκες μετατράπηκαν σε προεκλογικό κυνηγητό.

²⁴ Βήχος, Π., Μαΐος 2001, «Άτομα με ειδικές ανάγκες: Το κράτος τους οδηγεί στο περιθώριο της κοινωνίας», εφημερίδα Τα Νέα

Οι κυβερνήσεις συνεχίζουν να υπόσχονται και να μελετούν το θέμα των αναπήρων και της πρόσβασης αυτών στην υγεία, ωστόσο για πολλά χρόνια παραμένουν μόνο στον σχεδιασμό και αδυνατούν να υλοποιήσουν όσα μελετούν και σχεδιάζουν. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν μεγαλύτερη και άμεση ανάγκη για περίθαλψη σε σχέση με τους υπόλοιπους πολίτες παρόλαυτά η αδιαφορία του κράτους και η αδράνεια συνεχίζει να είναι υπαρκτή αν και το φάρμακο για την επίλυση των προβλημάτων είναι η δράση, η ευαισθητοποίηση και η ενεργοποίηση όλων²⁵.

²⁵ Βήχος, Π., Μαΐος 2001, «Άτομα με ειδικές ανάγκες: Το κράτος τους οδηγεί στο περιθώριο της κοινωνίας», εφημερίδα Τα Νέα

Κεφάλαιο 4
Κοινωνικός αποκλεισμός στις υπηρεσίες υγείας



4.1. Έννοια κοινωνικού αποκλεισμού

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού χρησιμοποιήθηκε σε κοινοτικό κείμενο για πρώτη φορά το 1989. Εκείνη την χρονιά η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού ήταν αντικείμενο και της Απόφασης του Συμβουλίου και των Υπουργών Κοινωνικών Υποθέσεων του 1989 και της δήλωσης του Επικεφαλής Κρατών ή Κυβερνήσεων που υιοθέτησαν τον Κοινωνικό Χάρτη. Από τότε παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση της χρήσης του όρου «κοινωνικός αποκλεισμός» τόσο σε κοινοτικά κείμενα όσο και σε διάφορα προγράμματα τα οποία ενισχύονται οικονομικά από την Κοινότητα²⁶.

Οι λόγοι που οδήγησαν στην προώθηση προγραμμάτων καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού πηγάζουν από την παρατήρηση ότι σε όλες τις χώρες της Κοινότητας έχουν εμφανιστεί καινούργιες μορφές αποστέρησης. Το βασικότερο χαρακτηριστικό αυτών των μορφών είναι ο πολυδιάστατος χαρακτήρας τους, δηλαδή οι ομάδες ή τα άτομα που τις βιώνουν δεν αποστερούνται σε ένα μόνο τομέα αλλά σε περισσότερους. Για παράδειγμα οι μετανάστες, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι τσιγγάνοι και άλλες ευπαθείς ομάδες δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα μόνο στην πρόσβαση τους στον τομέα της υγείας αλλά και σε άλλους τομείς όπως είναι αυτός της εκπαίδευσης, απασχόλησης, στέγασης, διαφόρων κοινωνικών δραστηριοτήτων, στα κοινά.

Αποτέλεσμα των παραπάνω αποστερήσεων είναι ότι τελικά κάποιες ομάδες ατόμων περιθωριοποιούνται και δεν μπορούν να συμμετέχουν πλέον στον οικονομικό και κοινωνικό τρόπο ζωής που απολαμβάνουν οι υπόλοιποι συνάνθρωποι τους και που στην

²⁶ Καβονίδη, Τζ., 1999, «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα: Κοινωνικός Αποκλεισμός», 2^η έκδοση Ελληνική Εμπειρία, Αθήνα, σελ. 7

πραγματικότητα θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται ισότιμα σε όλους τους τομείς.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και κάθε κράτος μέλος ξεχωριστά δίνει τον δικό του αγώνα προκειμένου να περιορίσει το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού και να εντάξει όλα τα άτομα στην κοινωνία. Ο αποκλεισμός θεωρείται ότι ουσιαστικά απειλεί την επίτευξη της μεγαλύτερης οικονομικής και κοινωνικής συνοχής που επιδιώκεται στο πλαίσιο της ανάπτυξης της ενιαίας αγοράς. Τούτο διότι οι επιπτώσεις της φτώχειας και της μακροχρόνιας ανεργίας με την οποία συνδέεται, υπονομεύουν την ικανότητα των ατόμων, που πλήττονται, να συμμετέχουν παραγωγικά σε μια τεχνικά εξελισσόμενη οικονομία, αλλά και επειδή το κόστος της κρατικής υποστήριξης αποκλεισμένων ατόμων με επιδόματα περιορίζει τους πόρους που μπορεί να διαθέτουν για παραγωγικές επενδύσεις²⁷.

Η κινητοποίηση της Ευρώπης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού βασίζεται στην αναγνώριση ότι η φτώχεια και άλλες μορφές αποστέρησης έχουν διαρθρωτικό χαρακτήρα και άρα δεν θα εξαφανιστούν από μόνες τους χωρίς ενεργή παρέμβαση.

Τα τελευταία χρόνια η ανάγκη για καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού γίνεται όλο και πιο αναγκαία καθότι νέες μορφές αποκλεισμού έκαναν τις εμφάνιση τους για διαφορετικούς λόγους. Ειδικότερα, οι λόγοι αυτοί είναι οι εξής:

- Η διαδικασία της οικονομικής και βιομηχανικής αναδιάρθρωσης έχει συμβάλλει στην ανάπτυξη του κοινωνικού αποκλεισμού και αυτό διότι αυτή η αναδιάρθρωση κατάφερε να δώσει ευκαιρίες σε ορισμένους μόνο και να προκαλέσει ανασφάλεια σε κάποιους άλλους.

²⁷ Room G., 1991, «European Community observatory on national policies to combat social exclusion», Commission of the European Communities, σελ. 25

Το πρόβλημα αυτό της αναδιάρθρωσης το έχουν γνωρίσει έντονα τα άτομα με ανύπαρκτη εξειδίκευση και αυτό μπορεί να αποδειχθεί μέσα από τα υψηλά επίπεδα ανεργίας.

- Η έντονη αύξηση της μετανάστευσης τα τελευταία χρόνια έχει συμβάλλει στον κοινωνικό αποκλεισμό αφού οι πολιτικές εξελίξεις στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης έχουν τροφοδοτήσει νέα κύματα μετανάστευσης. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι η κοινωνία δεν μπορεί να απορροφήσει όλους τους μετανάστες και οι αντιδράσεις που προκαλούνται από τους κατοίκους μιας χώρας είναι πολλές. Συνεπώς οι μετανάστες δεν αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους υπολοίπους κατοίκους αλλά εντείνεται ο ρατσισμός και η απόρριψη.
- Τέλος ένας άλλος λόγος για την ενίσχυση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η συνοχή ατύπων διαπροσωπικών δικτύων αφού πλέον η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος δεν παίζουν τον ίδιο ρόλο στήριξης όπως παλαιότερα. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται κυρίως σε αλλαγές στην οικογενειακή δομή, στις αξίες και στις αντιλήψεις.

Αξίζει όμως να σημειώσουμε ότι σε κάθε χώρα ο κοινωνικός αποκλεισμός και η ένταση αυτού διαφέρουν. Συνεπώς υπάρχει διαφορά και στις καταστάσεις που δημιουργούνται και λόγω αυτής της ανομοιογένειας υπάρχει δυσκολία στον ορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού. Αν και υπάρχει κοινή συμφωνία για τις διαδικασίες που τον προκαλούν, για τον χαρακτήρα του, δεν μπορεί να υπάρξει συμφωνία για τον ορισμό. Η πιο αποδεκτή ερμηνεία του κοινωνικού αποκλεισμού είναι αυτή που τον ορίζει ως την έλλειψη δυνατότητας άσκησης των κοινωνικών δικαιωμάτων του ατόμου χωρίς βοήθεια, την κακή εικόνα των ατόμων αυτών για τον εαυτό τους και για την ικανότητα τους, τον κίνδυνο μονιμοποίηση των αναγκών ενίσχυσης και τον στιγματισμό των ατόμων και των συνοικιών των αστικών περιοχών όπου κατοικούν». Ο ορισμός αυτός γίνεται περισσότερο δεκτός από κάποιους άλλους αφού

περιλαμβάνει όλα τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία περιλαμβάνει ο κοινωνικός αποκλεισμός²⁸.

4.2. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

Συνήθως όταν γίνεται αναφορά στον όρο φτώχεια εννοούμε την οικονομική κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης ατόμων και νοικοκυριών τα οποία βρίσκονται κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο εισοδήματος.

Συνεπώς η έννοια της φτώχειας έχει άμεση σχέση με τα υλικά αγαθά που καταναλώνει ένα άτομο ή ένα νοικοκυριό και τα οποία μετρώνται σε όρους εισοδήματος και κατανάλωσης.

Με βάση τα παραπάνω η φτώχεια αποτελεί ένα μέγεθος μέσω του οποίου μπορούν να υπολογιστούν οι οικονομικές ανισότητες στην κοινωνία η οποία με την σειρά της συνδέεται με άλλες μορφές ανισοτήτων όπως είναι οι πολιτισμικές και οι κοινωνικές²⁹.

Η όξυνση της φτώχειας την τελευταία δεκαετία λόγω της οικονομικής στασιμότητας στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και τα παράγωγα αποτελέσματα της, δηλαδή χαμηλή κατανάλωση και χαμηλή παραγωγή, οδήγησαν στην ανάγκη ενός νέου αναλυτικού εργαλείου του λεγόμενου κοινωνικού αποκλεισμού.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός έχει την δυνατότητα να αναγνωρίσει όχι μόνο την υλική στέρηση που χαρακτηρίζει τους φτωχούς αλλά και την ανικανότητα τους να ασκήσουν τα κοινωνικά, πολιτισμικά και πολιτικά τους δικαιώματα. Ο

²⁸ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2001, «Κοινωνικός αποκλεισμός και μειονότητες», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, σελ. 23

²⁹ Bruto Da Costa, 1994, "Definitions of Poverty, Exclusion and integration", E.E.I.G. Animation and Research, Lille, σελ. 12

κοινωνικός αποκλεισμός προτάσσει την διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής η οποία προκαλείται από τους περιορισμούς των υλικών συνθηκών διαβίωσης και των πολιτικών δικαιωμάτων.

Τα τελευταία χρόνια ο κοινωνικός αποκλεισμός γίνεται όλο και περισσότερο αποδεκτός και εμπεριέχει σημαντικές μετατοπίσεις από τους προηγούμενους τρόπους προσδιορισμού και κατανόησης της φτώχειας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν ερμηνεύει μόνο την έννοια της φτώχειας αλλά και την γενικότερη κατάσταση των ατόμων η οποία τους ώθησε στην περιθωριοποίηση.

Οι πληθυσμιακές ομάδες που κινδυνεύουν περισσότερο να αποκλειστούν κοινωνικά είναι οι μετανάστες από άλλες χώρες, οι ξένοι εργάτες, οι πρόσφυγες, οι τσιγγάνοι, οι άρρωστοι, τα άτομα με ψυχικά και σωματικά προβλήματα υγείας, οι χρήστες ναρκωτικών και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού δεν αποκλείει από το περιεχόμενο της τις αναδιανεμητικές πολιτικές που έχουν να κάνουν με τους υλικούς πόρους που είναι διαθέσιμοι στα άτομα ή τα νοικοκυριά. Παράλληλα επικεντρώνεται στις σχεσιακές δυναμικές της κοινωνίας όπως είναι η περιορισμένη κοινωνική συμμετοχή, η απουσία κοινωνικής ενσωμάτωσης και η περιορισμένη δυνατότητα άσκησης εξουσίας³⁰.

Το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού τα τελευταία χρόνια οξύνεται όλο και περισσότερο σε όλη την Ευρώπη λόγω:

1. Της οικονομικής και βιομηχανικής αναδιάρθρωσης των κοινωνιών
2. Των δημογραφικών και κοινωνικών αλλαγών δηλαδή η εξασθένηση της πυρηνικής οικογένειας, η αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών, η γήρανση του πληθυσμού.

³⁰ Bruto Da Costa, 1994, "Definitions of Poverty, Exclusion and integration", E.E.I.G. Animation and Research, Lille, σελ. 15

3. Της μετεξέλιξης των εγκαθιδρυμένων μοντέλων πολιτικής αντιπροσώπευσης

4.3. Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα

Το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα δεν έχει μέχρι σήμερα ερευνηθεί εις βάθος προκειμένου να μπορέσει να επιλυθεί μέσα από διάφορες πολιτικές. Ακόμα και κάποιες πολιτικές που έχουν υιοθετηθεί δεν έχουν καταφέρει να θέσουν ένα τέλος στον κοινωνικό αποκλεισμό αφού δεν μπόρεσε να υπάρξει σωστή ενημέρωση από την κοινωνία. Έτσι οι συζητήσεις για την πραγματικότητα του φαινομένου και τις πολιτικές καταπολέμησης του έχουν στηριχθεί περισσότερο σε υποθέσεις παρά σε δεδομένα. Η κοινωνία έχει πολύ λίγες γνώσεις για την κοινωνική αποστέρηση της χώρας μας, για τις νέες μορφές αποστέρησης, τους μηχανισμούς, τις διαδικασίες και το δημογραφικό προφίλ τους.

Αν και για τον κοινωνικό αποκλεισμό στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει έρευνες παρόλαυτά υπάρχουν σημαντικές έρευνες για το θέμα της φτώχειας στην χώρα το οποίο όπως προαναφέραμε συνδέεται με τον κοινωνικό αποκλεισμό. Από τις έρευνες για την φτώχεια διαπιστώθηκε ότι περίπου το 20% των νοικοκυριών της Ελλάδας το 1980 βρίσκονταν σε επίπεδο φτώχειας. Βέβαια το ποσοστό αυτό με τα χρόνια αυξάνονταν και συνεπώς και ο κοινωνικός αποκλεισμός³¹.

Επίσης στον τομέα της υγείας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φτωχών και των μη φτωχών νοικοκυριών. Οι φτωχοί είχαν υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας από τους υπολοίπους αλλά και μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου λόγω των ασθενειών και της απύσας περίθαλψης. Εκτός από την υγεία

³¹ Καράγιωργας, Σ., 1990, «Διαστάσεις της Φτώχειας στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, σελ. 26

διαφορές υπήρχαν και στον χώρο της εκπαίδευσης, της απασχόλησης κ.α. Στην Ελλάδα το φτωχό άτομο συνήθως ζει σε νοικοκυριό με αρχηγό άτομο χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, είναι συνήθως γεωργός ή κτηνοτρόφος και ζει σε αγροτική περιοχή και συνήθως είναι ηλικιωμένος.

Μέτρα όπως η αύξηση του κατώτατου επιπέδου του μισθού, η αναδιανεμητική πολιτική κατάφεραν να επιλύσουν την φτώχεια ως ένα σημείο και να την περιορίσουν αλλά δεν κατάφεραν να την εξαλείψουν ή να την μειώσουν αποτελεσματικά. Την τελευταία δεκαετία η δομή της φτώχειας έχει διαφοροποιηθεί λόγω της αλλαγής των συνθηκών. Ειδικότερα μειώθηκε ο αριθμός των ατόμων που απασχολούνταν στον πρωτογενή τομέα αφού διαπιστώθηκε ότι μια διαφορετική απασχόληση θα επέφερε περισσότερο εισόδημα στην οικογένεια. Επίσης αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό ανεργίας στην χώρα μας, η συμβολή των μονογονεϊκών οικογενειών και μειώθηκε η συμβολή των ολιγομελών οικογενειών.

Η μετανάστευση είναι μια άλλη διαδικασία που έχει σημαδέψει την χώρα μας τα τελευταία χρόνια και έχει συμβάλει στην δημιουργία καινούργιων μορφών κοινωνικού αποκλεισμού. Η έντονη αύξηση της μετανάστευσης συνδέεται με τις γεωπολιτικές εξελίξεις σε χώρες όπως η πρώην Σοβιετική Ένωση. Τα μεγάλα κύματα μετανάστευσης στην Ελλάδα αποτελούνται κυρίως από παλιννοστούντες και από οικονομικούς μετανάστες ή πρόσφυγες. Οι μετανάστες προέρχονται από χώρες με χαμηλό εισόδημα, έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και είναι φτωχοί.

Στην Ελλάδα μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες είναι πάρα πολλές και το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού έντονο. Ομάδες όπως είναι οι μετανάστες, οι τσιγγάνοι, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι μονογονεϊκές οικογένειες αντιμετωπίζουν έντονα τον κοινωνικό

αποκλεισμό και περιθωριοποιούνται μη μπορώντας η κοινωνία να κάνει κάτι για την κοινωνική επανένταξη τους³².

4.4. Δραστηριότητες ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό

Στα πλαίσια της υλοποίησης του Νόμου 2646/98, όπως ισχύει με το Ν.3106/2003, αποφασίστηκε η σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Σε αυτά τα πλαίσια λειτουργίας του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας δημιουργήθηκαν επιτροπές για την εκπόνηση ειδικών προγραμμάτων για τα ηλικιωμένα άτομα, τα ανάπηρα άτομα, μονογονεϊκές ή πυρηνικές οικογένειες και παιδιά και άλλες ευπαθείς ομάδες.

Εκτός των παραπάνω νόμων για την σύσταση αυτού του Εθνικού Συμβουλίου παράλληλα αποφασίστηκε:

- Βάσει του άρθρου 10 του Νόμου 3106/2003 η σύσταση του Εθνικού Παρατηρητηρίου για άτομα με ειδικές ανάγκες το οποίο θα λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου
- Επίσης συστάθηκε ειδική επιτροπή για την κατάρτιση κριτηρίων πιστοποίησης των φορέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Επίσης βάσει του νόμου 2920/2002 συστάθηκε το σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας το λεγόμενο Σ.Ε.Υ.Υ.Π., το οποίο παρεμβαίνει σε όλες τις κεντρικές, περιφερειακές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, καθώς και στις αντίστοιχες υπηρεσίες της Αυτοδιοίκησης.
- Θεσπίσθηκε με τον Ν.3106/2003, η περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, η αποκέντρωση των υπηρεσιών, η ένταξή τους

³² Καράγιωργας, Σ., 1990, «Διαστάσεις της Φτώχειας στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα σελ. 27

στα Περιφερειακού Συστήματος Υγείας και η διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες υγείας με στόχο την παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών στον πολίτη.

- Δημιουργήθηκε ένας χάρτης πρόνοιας ο οποίος περιλαμβάνει όλες τις υφιστάμενες δομές είτε αυτές είναι κρατικές είτε όχι. Οι δομές αυτές θα παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρίες ανά Περιφέρεια, Νομαρχία και Δήμο, στοχεύοντας στην ενημέρωση αλλά και στην διασύνδεση και συνεργασία διαφόρων φορέων κοινωνικής φροντίδας (δίκτυα κοινωνικής φροντίδας)³³.

Σχετικά με την κάρτα αναπηρίας αποφασίστηκε ότι με την εφαρμογή του άρθρου 4 του Νόμου 2430/96 και του άρθρου 23 του Νόμου 2556/97 εκδόθηκε το Προεδρικό Διάταγμα 210/98 για τη χορήγηση της Κάρτας Αναπηρίας. Καθιερώθηκαν ενιαία κριτήρια πιστοποίησης της αναπηρίας από τις Επιτροπές Πιστοποίησης Αναπηρίας στα νοσοκομεία της χώρας και της έκδοσης προσωρινής ή ισόβιας Κάρτας αναπηρίας.

Σχετικά με τα επιδόματα αποφασίστηκε η μηχανογραφική επεξεργασία επιδοτούμενων ατόμων με ειδικές ανάγκες και της αλλαγής του τρόπου καταβολής των επιδομάτων με αποδείξεις πληρωμής τύπου ΟΓΑ, προκειμένου να γίνει πιλοτική εφαρμογή για τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις που έχουν απογράψει τους επιδοτούμενους.

Παράλληλα επεκτάθηκε το πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ανασφάλιστων τετραπληγικών - παραπληγικών σε ασφαλισμένους του Δημοσίου βάσει του άρθρου 16 του Νόμου 3106/2003.

Επίσης αναπτύχθηκαν μέσα από τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα, 30 Κέντρα με σκοπό την ένταξη

³³ Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004, <http://www.westmgreece.gr>, 20/5/04

παιδιών και εφήβων με νοητική υστέρηση σε προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, την ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, την προεπαγγελματική εκπαίδευση και την προετοιμασία ένταξης σε ολοκληρωμένα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.

Εκτός των ανωτέρω αποφασίστηκε και η δημιουργία ενός προγράμματος άμεσης κοινωνικής βοήθειας το οποίο θα περιλαμβάνει την δημιουργία δικτύου επείγουσας κοινωνικής φροντίδας σε άτομα, οικογένειες ή ομάδες που κινδυνεύουν με κοινωνικό αποκλεισμό περιλαμβανομένου και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Το δίκτυο αυτό προκειμένου να μπορέσει να καλύψει τις ανάγκες όλων των ατόμων αποτελείται από 23 έργα στην Αττική και Θεσσαλονίκη και το τελευταίο χρονικό διάστημα προσλήφθηκε ειδικευμένο προσωπικό το οποίο καλύπτει τις ανάγκες των ατόμων³⁴.

Όσον αφορά τους τσιγγάνους και τον περιορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού τους στον τομέα της υγείας διαπιστώθηκε ότι οι Έλληνες Τσιγγάνοι αναγκάζονται να διαβιούν και να απασχολούνται υπό ακατάλληλες συνθήκες μη αποδεκτές λόγω του χαμηλού, στην πλειονότητά τους, κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου τους. Η υπερεκμετάλλευση τους, η κοινωνική περιθωριοποίηση τους, η παραβατικότητα τους, η αποφυγή, λόγω άγνοιας ή ελλιπούς ενημέρωσης, προσφυγής σε κρατικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιτείνουν την κατάσταση δημιουργώντας μεταξύ άλλων πολλά προβλήματα υγείας. Η άγνοια όμως αυτή δρα στη διάδοση λοιμωδών και άλλων νόσων καθώς επίσης και η παρεπόμενη άγνοια βασικών κανόνων ατομικής υγιεινής και οικογενειακού προγραμματισμού και η ανεπαρκής έως ανύπαρκτη αγωγή υγείας. Η προσπάθεια

³⁴ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας στο <http://www.westerngreece.gr>, 20/5/04

βελτίωσης της παραπάνω κατάστασης θα αποτελέσει βασικό στοιχείο της ενέργειας για την προαγωγή υγείας και της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Η παρακάτω αναφερόμενη ενέργεια είναι μέρος του Ολοκληρωμένου Προγράμματος Δράσης, το οποίο είναι η εφαρμογή πολιτικής μέσα από προληπτικές και διορθωτικές παρεμβάσεις της πολιτείας στην κοινωνική πραγματικότητα, προκειμένου να περιοριστούν οι κοινωνικές ανισότητες, να προαχθεί η κοινωνική δικαιοσύνη και να επιτευχθεί η κοινωνική ένταξη των Ελλήνων Τσιγγάνων.

Με αυτό το πρόγραμμα δράσης επιχειρείται μια πολυσύνθετη προσέγγιση και επίλυση στα ζητήματα κοινωνικής ένταξης και άρσης του κοινωνικού αποκλεισμού των Ελλήνων Τσιγγάνων. Σε απόλυτη αντιστοιχία με την προσέγγιση αυτή, προγραμματίζεται ένα μεγάλο πλήθος συμβατικών και καινοτομικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα πρέπει να υλοποιηθούν από διαφορετικούς φορείς σε όλες τις περιοχές που κατοικούν Τσιγγάνοι.

Το Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης, δεν αποτελεί, το χρηματοδοτικό μέσο των παρεμβάσεων, οι οποίες θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο της ασκούμενης πολιτικής για τους Τσιγγάνους. Οι παρεμβάσεις, οι οποίες αναφέρονται στο πρόγραμμα αποτελούν άλλοτε αντικείμενα στο πλαίσιο των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και άλλοτε χρηματοδοτούνται από εθνικούς πόρους.

Στην Ελλάδα σήμερα ένας μεγάλος αριθμός Τσιγγάνων στεγάζεται μόνιμα ή ημι-μόνιμα, σε καταυλισμούς με προσωρινά και ακατάλληλα μέσα όπως σκηνές, καλύβες, παραπήγματα, και χωρίς την ύπαρξη στοιχειώδους υποδομής. Το πρόγραμμα

ανταποκρίνεται με την δημιουργία νέων οικισμών. Τα στοιχεία της κατασκευής θα είναι μόνιμα και θα πληρούν όλες τις σύγχρονες τεχνικές προδιαγραφές και τους κανονισμούς. Η χρηματοδότηση των οικιστικών παρεμβάσεων αντλείται από εθνικούς πόρους.

Με την ολοκλήρωση και την κατοίκηση κάθε νέου οικισμού, θα πρέπει να καλυφθούν ανάγκες προετοιμασίας του τσιγγάνικου πληθυσμού για την ένταξή τους στον αστικό κοινωνικό ιστό. Η κατάλληλη, σωστή και επαρκής προετοιμασία του πληθυσμού θα επιτευχθεί μέσω της παροχής υποστηρικτικών υπηρεσιών σε όλους τους τομείς που έχουν ανάγκη. Οι υπηρεσίες αυτές δεν θα υποκαταστήσουν σε καμία περίπτωση τις υφιστάμενες δομές παροχής υπηρεσιών στον πολίτη, ώστε να αποφευχθεί η θεσμοθέτηση της γκετοποίησης. Για το λόγο αυτό, ο ρόλος τους θα είναι κυρίως παραπεμπτικός, συμβουλευτικός, διαμεσολαβητικός.

Στόχος της ενέργειας είναι η λειτουργία δομών που θα παρέχουν ιατροκοινωνική φροντίδα και περίθαλψη. Μέσω των Ιατροκοινωνικών Κέντρων θα προωθείται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινωνική προστασία των Ελλήνων τσιγγάνων με απώτερο στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Ο αναφερόμενος στόχος θα επιτευχθεί με την αξιοποίηση των υπηρεσιών και των παροχών του εθνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας αλλά και με την εξοικείωση της ομάδας στόχου με τις δημόσιες υπηρεσίες του κράτους και την απόκτηση εμπιστοσύνης προς αυτές.

Τα ιατροκοινωνικά αυτά κέντρα θα λειτουργούν επίσης και ως φορείς παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών για τις Ολοκληρωμένες Παρεμβάσεις που θα υλοποιούνται σε οικισμούς Τσιγγάνων και που εντάσσονται στα μέτρα του Ευρωπαϊκού

Κοινωνικού Ταμείου και των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων.

Στόχοι των Ιατροκοινωνικών Κέντρων είναι:

1. Η καταγραφή της ομάδας στόχου, η μελέτη, επεξεργασία και ανάλυση των ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών της, καθώς και ιδιαιτεροτήτων της.
2. Η ανίχνευση του επιπέδου ζωής τους και η καταγραφή των αναγκών τους, των υγειονομικών και κοινωνικών προβλημάτων τους
3. Η ενημέρωση των συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού για θέματα δημόσιας Υγείας και πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες.
4. Η προάσπιση και η προαγωγή υγείας με την ανάπτυξη αναγκαίων δράσεων.
5. Η σύνδεση τους με προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, με ενισχυμένες δράσεις και η υποστήριξή τους για την αξιοποίηση αυτών των παροχών.
6. Η παροχή βοήθειας για την ρύθμιση διαδικαστικών και νομικών εκκρεμοτήτων με δημόσιες υπηρεσίες.
7. Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών για την ένταξη της οικογένειας, ιδιαίτερα των παιδιών, στην ελληνική κοινωνία και την αξιοποίησή των θεσμοθετημένων δομών της πολιτείας όπως της παιδείας, του αθλητισμού, του πολιτισμού, με στόχο την ένταξη στα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης όπως είναι τα οικιστικά, τα εκπαιδευτικά, της απασχόλησης και κοινωνικής ενσωμάτωσης.
8. Η εξοικείωσή τους με τα νέα δεδομένα στέγασης και φροντίδας του περιβάλλοντος χώρου, καθώς και η απόκτηση

των αναγκαίων γνώσεων και δεξιοτήτων μέσω οργανωμένων δραστηριοτήτων³⁵.

Η χρηματοδότηση της παραπάνω ενέργειας προέρχεται από Κοινοτικούς και Εθνικούς Πόρους και αποτελεί εξ' ολοκλήρου Δημόσια Δαπάνη. Πιο συγκεκριμένα η ενέργεια συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 75%. Η αναλογούσα Εθνική Συμμετοχή καθώς και η αντίστοιχη συνδρομή του Ταμείου θα καλυφθεί από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων. Οι σχετικές εισροές των πόρων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου θα αποτελέσουν έσοδα του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων και θα εκταμιεύονται σύμφωνα με την κατωτέρω διαδικασία.

Η χρηματοδότηση θα δίνεται σε τέσσερις δόσεις, ως εξής:

- Η πρώτη δόση είναι το 40% του προϋπολογισμού του έργου και χορηγείται με την έναρξη λειτουργίας της ενέργειας. Η πρώτη δόση δεν μπορεί να υπερβαίνει την ετήσια δέσμευση του έργου.
- Η δεύτερη δόση είναι το 30% του προϋπολογισμού του έργου και χορηγείται αφού πιστοποιηθεί ότι έχει δαπανηθεί το 80% της πρώτης δόσης.
- Η τρίτη δόση είναι το 20% του προϋπολογισμού του έργου και χορηγείται αφού πιστοποιηθεί ότι έχει δαπανηθεί το 80% της δεύτερης δόσης.
- Η τέταρτη δόση αφορά την πληρωμή του υπολοίπου και πραγματοποιείται με την πιστοποίηση του 100% του φυσικού αντικείμενου του έργου όπως περιγράφεται στην παρ. 3 του αρθ. 2 της παρούσης.

³⁵ ΦΕΚ 1295 / Β' / 4-10-2002

- Τυχόν υπερβάσεις των εγκεκριμένων κονδυλίων, όπως αναφέρεται στις εγκριτικές αποφάσεις δεν χρηματοδοτούνται.

Ρητά ορίζεται ότι η υλοποίηση της κάθε δράσης, καθώς και όλα τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από τα εγκριτικά έγγραφα δεν μεταβιβάζονται, ούτε εκχωρούνται σε οποιονδήποτε άλλον φορέα που θα είναι τρίτος εταίρος. Τέλος, ο δικαιούχος φορέας υποχρεούται να τηρεί ξεχωριστό τραπεζικό λογαριασμό, αποκλειστικά για την επιχορήγηση, από τον οποίο θα αποδεικνύονται οι εισροές και εκροές της δράσης³⁶.

4.5. Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού

Η Υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό στο οποίο έχουν ισότιμο δικαίωμα όλοι οι πολίτες άσχετα με την κοινωνικοοικονομική θέση, τη φυλή, το φύλο, το θρήσκευμα ή τον τόπο κατοικίας τους. Η προάσπιση αυτού του δικαιώματος σε όλες τις φάσεις του, η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της αρρώστιας και η περίθαλψη της αρρώστιας μπορεί να διασφαλιστεί μόνο μέσα από τη διεύρυνση της κοινωνικής αλληλεγγύης και να υλοποιηθεί από υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα.

Χρέος της κοινωνίας είναι η συνεχής βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών για όλους τους πολίτες. Για να γίνει αυτό πρέπει να διασφαλίζεται η θεμελιώδης αρχή του κράτους πρόνοιας, η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, της συνδρομής δηλαδή του κοινωνικού συνόλου στα πιο αδύναμα μέλη του³⁷.

Δυστυχώς τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι κυβερνήσεις των αναπτυγμένων κρατών ακολούθησαν πολιτικές και επιδόθηκαν σε

³⁶ ΦΕΚ 1295 / Β' / 4-10-2002

³⁷ Κασμάτη, Κ., 1998, «Κοινωνικός αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία», Gutenberg, Αθήνα, σελ. 13

ριζικές μεταρρυθμίσεις με σκοπό την ευθυγράμμιση των συστημάτων υγείας στις προσαγές της αγοράς. Η κοινωνία αντί να επικεντρώνεται στην διατήρηση και στην περαιτέρω βελτίωση της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ενδιαφέρεται περισσότερο για την αντιμετώπιση των πιέσεων που ασκούνται στα δημόσια οικονομικά μεγέθη εξαιτίας των υψηλών δαπανών περίθαλψης. Τα αποτελέσματα αυτού είναι η αναίρεση των εξισωτικών λειτουργιών του κράτους πρόνοιας, η αύξηση της ίδιας συμμετοχής των ασθενών στις δαπάνες για περίθαλψη, ο αποκλεισμός ολοένα και ευρύτερων κατηγοριών του πληθυσμού από την υγειονομική φροντίδα, οι μακρές λίστες αναμονής στα νοσοκομεία, τα ράντσα, η μεγάλη ανεπάρκεια των νοσηλευτικών μονάδων να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών και τελικά η μεταστροφή της ζήτησης στις ιδιωτικές κλινικές και γενικότερα η μετατόπιση στην ιδιωτική οικονομία του μεγαλύτερου τμήματος των δαπανών υγείας.

Από την άλλη μεριά η οικοδόμηση συστημάτων υγείας κοινωνικά αποτελεσματικών που θα καταπολεμά και θα περιορίζει την κοινωνική ανισότητα δεν συνδέεται αναγκαστικά με τις σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις που απαιτεί το βιομηχανοποιημένο μοντέλο της σύγχρονης θεραπευτικής ιατρικής. Μια πολυδιάστατη προσέγγιση της υγείας δεν αφορά μόνον το χώρο του νοσοκομείου, αλλά κυρίως το χώρο βίωσης της υγείας και γένεσης της αρρώστιας. Κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί ότι η ανεργία, η ανέχεια, η αποξένωση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων, η απουσία υποστηρικτικών συναισθηματικών σχέσεων, αλλά και υποστηρικτικών κοινωνικών δομών είναι βασικοί παράγοντες διαταραχής της υγείας.

Συνεπώς μία υγιής δημόσια πολιτική υγείας είναι εκείνη που προάγει την υγεία των πολιτών με ανάπτυξη δημόσιων δραστηριοτήτων σε τομείς που ενώ φαινομενικά δεν έχουν σχέση

με την υγεία των πολιτών, ασκούν καθοριστική επίδραση σ' αυτήν. Επίσης μια υγιής πολιτική υγείας είναι αυτή που περιορίζει και εξαφανίζει εντελώς τις κοινωνικές διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό και προάγει την ισότητα των πολιτών και την δυνατότητα πρόσβασης όλων στις υπηρεσίες υγείας.

Είναι λοιπόν αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός και επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας στην κατεύθυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία θα είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την εναλλακτική λύση απέναντι στην δαπανηρή, επικεντρωμένη στον επιστημονικό και τεχνολογικό εξοπλισμό και την ιατρική αυθεντία. Η διερεύνηση των συνθηκών ζωής και εργασίας με άλλα λόγια των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών και η άρση των πλέον επιβαρυντικών για την υγεία, η συνέχεια και συνέπεια στην παροχή υγείας στον πληθυσμό, η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της αρρώστιας, η αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων, η παρέμβαση με στόχο την προαγωγή υγείας του πληθυσμού και ειδικότερα των κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων αποτελούν τα κύρια πεδία εφαρμογής της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω απαιτείται μετατόπιση πόρων και ανθρώπινου δυναμικού προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και φυσικά η πολιτική βούληση τόσο της κυβέρνησης, όσο και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Αυτό όμως που είναι περισσότερο σημαντικό είναι η ενεργής παρέμβαση των μελών της τοπικής κοινότητας, τα οποία θα λαμβάνουν μέρος στο σχεδιασμό, θα συμμετέχουν στην υλοποίησή του και θα διεκδικούν και θα αξιολογούν τις διαδικασίες.

Τα Κέντρα Υγείας τα οποία λειτουργούν αποτελούν ένα ενδιαφέρον εγχείρημα και μπορούν να αναδειχθούν σε μία αξιόπιστη πρόταση αν αναβαθμιστούν οργανωτικά, σε αρμοδιότητες, πόρους και ανθρώπινο δυναμικό. Έτσι αφού

καταγραφούν συστηματικά οι ανάγκες υγείας και τα προβλήματα του πληθυσμού μπορούν να γίνουν ολοκληρωμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις μέσα από προγράμματα εμβολιασμών, με την φροντίδα στο σπίτι, με την προληπτική εξέταση ειδικών κατηγοριών του πληθυσμού και με την ψυχολογική υποστήριξη.

Όσον αφορά την τριτοβάθμια περίθαλψη που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία οι πολιτικές που υιοθετούνται επιδιώκουν να την απαλλαγή της πολιτείας από την ευθύνη της αντιμετώπισης των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών, μετατρέποντας την υγεία σε άλλο ένα εμπορεύσιμο αγαθό. Στρέφεται φανερά προς την ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα επιτρέποντας στους διοικητές των νοσοκομείων να διαθέτουν ιδιωτικά κρεβάτια εντός του νοσοκομείου, να παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και «ιδιώτες υψηλών εισοδημάτων». Φυσικά αυτή η πελατεία εμφανίζεται ιδιαίτερα ελκυστική στις τεχνοκρατικές και επικεντρωμένες στη ρύθμιση του οικονομικού ισολογισμού διοικήσεις των νοσοκομείων, αναμένεται όμως σταδιακά θα δεσμεύει ένα όλο και μεγαλύτερο τμήμα των υπηρεσιών σε ανθρώπινο δυναμικό, σε διατροφή, σε καθαριότητα, σε εξοπλισμό με αποτέλεσμα τον παραγκωνισμό και την περιθωριοποίηση των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες δεν θα έχουν τη δυνατότητα να πληρώνουν.

Το βάρος οφείλει να το σηκώσει εξ' ολοκλήρου το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία, χωρίς αύξηση των εισφορών των εργαζομένων που είναι ήδη πολύ μεγάλες σε σχέση με τους μισθούς τους. Κάθε άλλη προσέγγιση που οδηγεί σε πληρωμή από τον εξεταζόμενο πολίτη, θίγει το δημόσιο και δωρεάν χαρακτήρα του νοσοκομείου και οδηγεί το σύνολο των λειτουργιών του σε εκτροπή προς την κερδοσκοπία. Για τους ανασφάλιστους και τους πολίτες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα

ή για τις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες σημαίνει περιορισμό στην ελεύθερη πρόσβαση και οικονομική εξόντωση, ενώ ειδικά για αυτές τις ομάδες απαιτούνται δωρεάν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, καθότι συνήθως έχουν τις πιο οξυμένες υγειονομικές ανάγκες.

Η πολιτεία οφείλει να περιβάλλει τις ασθενέστερες οικονομικά και κοινωνικά ομάδες που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα. Οι περισσότεροι ζουν σε συνθήκες φτώχειας, δουλεύουν σε βαριές δουλειές, με σκληρά ωράρια και χωρίς ασφάλιση ή παραμένουν άνεργοι επί μεγάλο διάστημα και συχνά έχουν δυσκολία με τη γλώσσα, αλλά και με φαινόμενα ρατσισμού, είτε των αρχών, είτε του πληθυσμού.

Το πρόβλημα που παρατηρείται είναι ότι ενώ οι ανάγκες τους για ιατρική φροντίδα να είναι αυξημένες αντίθετα η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας να είναι χαμηλή. Επιπλέον λόγω των χαμηλών συνθηκών διαβίωσης αντιμετωπίζουν συχνά ψυχολογικά προβλήματα και συνεπώς επιδείνωση της υγείας τους. Οι κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες είναι κομμάτι της κοινωνίας μας και πέρα από τα εργασιακά και ασφαλιστικά τους δικαιώματα η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και είναι θεμελιώδης ευθύνη της κοινωνίας μας. Συνεπώς η διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός στόχος της κοινωνίας και δεν θα πρέπει να υπάρχει διάκριση στην κοινωνία ανάλογα με την ικανότητά των ατόμων να πληρώνει³⁸.

4.6. Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ευρωπαϊκή Ένωση

Η αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού δηλαδή με άλλα λόγια η επανένταξη των ατόμων στην κοινωνία

³⁸ Συνασπισμός των πολιτών, 2004, «Θέσεις για την υγεία», Θεσσαλονίκη

χωρίς προβλήματα εξακολουθεί να αποτελεί επείγουσα πολιτική προτεραιότητα για την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Αν και το ποσοστό του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης που απειλείται από τη φτώχεια μειώθηκε κατά τα τελευταία έτη, παρόλαυτά τα περισσότερα από 55 εκατομμύρια άτομα καθώς και ένα στα πέντε παιδιά αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να βρεθούν στην κατάσταση αυτή. Αν και έχει επιτελεσθεί σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια για μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και αντιμετώπιση του προβλήματος μέσα από την υιοθέτηση διαφόρων πολιτικών, ωστόσο πρέπει να γίνουν ακόμη πολλά για να επιτευχθεί ο στόχος που είχε τεθεί στην Λισσαβώνα, δηλαδή η πραγματοποίηση ενός αποφασιστικού βήματος για την εξάλειψη της φτώχειας έως το 2010.

Τα κράτη μέλη θα πρέπει να δρουν με ταχύτητα και να φροντίζουν ώστε εκείνοι οι οποίοι αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο κίνδυνο να μην υποφέρουν δυσανάλογα από την επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης ή από τις δημοσιονομικές αλλαγές. Είναι ζωτικής σημασίας η διασφάλιση από τα κράτη μέλη ενός συνεκτικού δεσμού μεταξύ των στρατηγικών που εφαρμόζουν για την προαγωγή της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της πολιτικής στον τομέα της οικονομίας και της απασχόλησης, ούτως ώστε το ένα στοιχείο να ενισχύει το άλλο.

Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι το μέσο ποσοστό του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης που απειλείται από τη φτώχεια μειώθηκε κατά δύο εκατοστιαίες μονάδες δηλαδή από 17% το 1995 σε 15% το 2001(Εθνική Στατιστική Υπηρεσία). Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι ο βαθμός κινδύνου δεν είναι ίδιος για όλες τις χώρες της Ένωσης, αλλά διαφέρει αφού στην Σουηδία είναι 10% ενώ στην Ιρλανδία 21%. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για συγκεκριμένες ομάδες ατόμων όπως οι άνεργοι, οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους, οι οικογένειες με

πάρα πολλά παιδιά, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι μετανάστες.

Η Επιτροπή επισημαίνει την εμφάνιση νέων κινδύνων φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού και τονίζει ότι υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες ατόμων που κινδυνεύουν να μην είναι σε θέση να ακολουθήσουν τις ταχύτατες τεχνολογικές αλλαγές.

Ένα σαφές γεγονός που επισημαίνει η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ότι η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι κάτι το αναπόφευκτο. Χώρες όπως το Βέλγιο, η Γερμανία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο κατάφεραν να μειώσουν το συνολικό κίνδυνο φτώχειας κατά 3% μεταξύ του 1995 και του 2001. Τα Εθνικά Σχέδια Δράσης που υιοθετούνται κατά καιρούς δείχνουν ότι η επένδυση σε αποτελεσματικές κοινωνικές πολιτικές, παράλληλα με την εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής στους τομείς της οικονομίας, της απασχόλησης, και της υγείας θα επιφέρει κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα. Από στατιστικά στοιχεία οι χώρες που πραγματοποιούν τις μεγαλύτερες επενδύσεις στην κοινωνική προστασία, είναι οι σκανδιναβικές όπως το Λουξεμβούργο, η Αυστρία, οι Κάτω Χώρες και η Γερμανία οι οποίες έχουν χαμηλότερα επίπεδα φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Η νέα δέσμη Εθνικών Σχεδίων Δράσης δείχνει ότι τα κράτη μέλη έχουν πραγματοποιήσει σημαντικές προόδους στην προσπάθεια ένταξης των στόχων της κοινωνικής ενσωμάτωσης στις γενικότερες διαδικασίες χάραξης των εθνικών πολιτικών. Επιπλέον, επεκτείνουν την διαδικασία και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο³⁹.

³⁹ Doorslaer, E, 2000, "Equity in the Delivery of Health care in Europe and the US", *Journal of Health Economics*, σελ. 553-583

Τα περισσότερα κράτη μέλη έκαναν τις στρατηγικές τους πιο φιλόδοξες θέτοντας εθνικούς ποσοτικούς στόχους. Χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία προχώρησαν ακόμη περισσότερο καθορίζοντας σαφείς συνολικούς στόχους για τη μείωση του αριθμού των ατόμων που κινδυνεύουν από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, τα κράτη μέλη πρέπει να λαμβάνουν περισσότερο υπόψη τους στόχους που περιλαμβάνονται στα εθνικά σχέδια δράσης τους σχετικά με την κοινωνική ενσωμάτωση όταν καθορίζουν τις γενικές προτεραιότητες στον τομέα των δαπανών, περιλαμβανομένων των πόρων που προέρχονται από τα διαρθρωτικά ταμεία. Επίσης ορισμένα κράτη μέλη θα πρέπει να θέσουν πιο φιλόδοξους και πιο συγκεκριμένους στόχους για τη μείωση της φτώχειας. Η κοινωνία των πολιτών πρέπει να αναλάβει ευρύτερο και σημαντικότερο ρόλο στην εφαρμογή και την παρακολούθηση των σχεδίων⁴⁰.

Οι πολιτικές και οι στόχοι που συνιστά η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τον περιορισμό των οικονομικών και πολιτικών αβεβαιοτήτων βασίζονται σε έξι πολιτικές προτεραιότητες για τα κράτη μέλη για τα επόμενα δύο έως τρία έτη: Οι πολιτικές αυτές προτεραιότητας είναι οι εξής:

1. προώθηση των επενδύσεων σε εξειδικευμένα μέτρα ενίσχυσης της αγοράς εργασίας, ούτως ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες εκείνων οι οποίοι αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες δυσχέρειες πρόσβασης στην απασχόληση.
2. λήψη μέριμνας προκειμένου τα συστήματα κοινωνικής προστασίας να είναι κατάλληλα και προσιτά σε όλους και να παρέχουν αποτελεσματικά κίνητρα για όσους μπορούν να εργαστούν.

⁴⁰ <http://www.socialdialogue.net>, 23/10/03

3. Ενίσχυση της πρόσβασης των περισσότερο ευάλωτων ατόμων και όσων αντιμετωπίζουν μεγαλύτερους κινδύνους κοινωνικού αποκλεισμού σε αξιοπρεπή στέγη, ποιοτική υγεία και δυνατότητες διά βίου μάθησης
4. επικέντρωση των ενεργειών στην καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας, και αυτό διότι έτσι θα επιτευχθεί η εξάλειψη του φαινομένου της κληρονομικής μεταβίβασης της φτώχειας από γενιά σε γενιά
5. ανάληψη πρωτοβουλίας για τον περιορισμό της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού των μεταναστών και των εθνικών μειονοτήτων.

Η Επιτροπή τονίζει την ανάγκη ένταξης των στόχων τους οποίους επιδιώκει η Ευρωπαϊκή Ένωση στον τομέα της κοινωνικής ενσωμάτωσης σε όλους τους σχετικούς τομείς πολιτικής της Ένωσης. Βέβαια οι εν λόγω στόχοι θα πρέπει πρωτίστως να συνδυάζονται με τους βασικούς προσανατολισμούς οικονομικής πολιτικής και με την ευρωπαϊκή στρατηγική για την απασχόληση.

Οι κύριοι τομείς δράσης, όπως επισημάνθηκαν από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, για θέμα της κοινωνικής ενσωμάτωσης είναι οι εξής:

- Η καλύτερη κατανόηση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω του συνεχούς διαλόγου και της ανταλλαγής πληροφοριών και πρακτικών.
- Η προσαρμογή της κοινωνικής ενσωμάτωσης στις πολιτικές που ακολουθούν τα κράτη μέλη στους τομείς της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, της κατάρτισης και της υγείας.
- Η ανάπτυξη δράσεων προτεραιότητας για ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως για τις μειονότητες, για τα παιδιά, για τους ηλικιωμένους και για τα άτομα με αναπηρία. Τα κράτη μέλη θα

έχουν την δυνατότητα να επιλέγουν από τις εν λόγω δράσεις εκείνες οι οποίες ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους και, στη συνέχεια, θα πρέπει να υποβάλλουν εκθέσεις για την εφαρμογή τους⁴¹.

4.7. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»

Η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα παραμένει μία από τις σημαντικότερες προτεραιότητες για την περίοδο προγραμματισμού 2000-2006. Ο περιορισμός των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση στον τομέα της υγείας είναι αναγκαίος και προκειμένου να είναι επιτυχής θα πρέπει να υπάρξει προγραμματισμός, οργάνωση και σωστή εφαρμογή των διαφόρων μέτρων.

Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιλαμβάνει τις απαιτούμενες θεσμικές αλλαγές για τον εκσυγχρονισμό των δομών, της λειτουργίας, της διοίκησης και της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.

Οι παρεμβάσεις των Διαρθρωτικών Ταμείων στον τομέα της υγείας βασίζονται στους στρατηγικούς προσανατολισμούς της μεταρρύθμισης και σαν στόχο έχουν στην εφαρμογή εκείνων των χαρακτηριστικών της μεταρρύθμισης που αντιμετωπίζουν τις οργανωτικές και διαχειριστικές αδυναμίες, τις αδυναμίες στην ποιότητα, αποδοτικότητα και διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα δύο βασικότερα μέτρα του Επιχειρησιακού Προγράμματος τα οποία έχουν σαν στόχο τον περιορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού, την δυνατότητα πρόσβασης των μειονοτικών ομάδων στον τομέα της υγείας και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων

⁴¹ Βρυξέλλες, 2003 στο <http://www.socialdialogue.net>, 23/10/03

Μέτρο 2.3.: «Ενέργειες πρόληψης - ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης»

Περιγραφή και στόχοι

Το Μέτρο έχει σαν στόχο την προώθηση ενεργητικών πολιτικών πρόληψης, ενίσχυσης του εθελοντισμού, της κοινωνικής αλληλεγγύης και ένταξης των πληθυσμών στόχων στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό.

Βασικοί στόχοι του Μέτρου είναι:

- Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων πρόληψης
- Η μέριμνα για την πρόληψη της υποτροπής
- Η υιοθέτηση συνδυασμένων δράσεων για την ανάπτυξη προληπτικών παρεμβάσεων και την κοινωνική και εργασιακή επανένταξη των μειονοτικών ομάδων

Οι δράσεις του Μέτρου περιλαμβάνουν:

- Την προώθηση ενεργειών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, συμβουλευτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη των μειονοτικών ομάδων
- Την ανάπτυξη μιας δυναμικής διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα εξασφαλίζει ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων και ευκαιριών για εργασιακή και κοινωνική ένταξη, διαμέσου κατάλληλων πολιτικών/ μέτρων κοινωνικής πολιτικής, πολιτικών εκπαίδευσης/ κατάρτισης και ενεργητικών πολιτικών για την απασχόληση και πέραν των ορίων του συστήματος ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο των πολιτικών αυτών, θα πρέπει να επιχειρείται η ενσωμάτωση της διάστασης της ισότητας των ευκαιριών για τους ασθενείς τόσο στις σχετικές πολιτικές όσο και στην παροχή υπηρεσιών από τους αρμόδιους φορείς.

- Την ανάπτυξη νέων πηγών απασχόλησης, κυρίως μέσω των δυνατοτήτων που προσφέρει ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας.
- Την ενίσχυση του εθελοντισμού, των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και των οργανώσεων που ασχολούνται με άτομα και ομάδες που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό.

Δικαιούχοι των ενεργειών του συγκεκριμένου Μέτρου θα είναι ενδεικτικά τα δημόσια ψυχιατρεία, τα γενικά νοσοκομεία, τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, οι κοινωνικές επιχειρήσεις και οι συνεταιρισμοί, οι επαγγελματικές και επιστημονικές οργανώσεις, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι εθελοντικές οργανώσεις, οι φορείς με εμπειρία στην ανάπτυξη συστημάτων εγγυοδοσίας, χρηματοδότησης και προώθησης προϊόντων και άλλοι φορείς.

Μέτρο 3.2: «Σταδιακή επανένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνικο – οικονομική ζωή και προώθηση στην αυτόνομη διαβίωση»

Περιγραφή και στόχοι

Στο πλαίσιο της αναμόρφωσης του προνοιακού μοντέλου δηλαδή από η μετάβαση από το προστατευτικό μοντέλο κλειστής φροντίδας σε ανοιχτές αποκεντρωμένες δομές στήριξης και φροντίδας μέσα στην κοινότητα, κρίνονται αναγκαίες παρεμβάσεις στην κατεύθυνση στήριξης των ατόμων με ειδικές ανάγκες και την εξασφάλιση προϋποθέσεων επανένταξης στην κοινωνική και οικονομική ζωή.

Στόχοι του Μέτρου είναι:

- Η κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση ατόμων με ειδικές ανάγκες που βρίσκονται σε προστατευτικό – κλειστό περιβάλλον φροντίδας, με την ανάπτυξη εξατομικευμένων υποστηρικτικών

παρεμβάσεων και με σεβασμό των δικαιωμάτων και των προσωπικών τους επιλογών

- Η στήριξη της ένταξής τους στην αγορά εργασίας και η ενίσχυση της αυτόνομης διαβίωσής τους.

Το Μέτρο σχετίζεται με παρεμβάσεις στήριξης σε άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία πάσχουν από κινητικές αναπηρίες και νοητική υστέρηση και που ζουν σε ιδρυματικό περιβάλλον. Πρόκειται για παρεμβάσεις που εντάσσονται στο πλαίσιο ενεργειών για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης ευαίσθητων ομάδων του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα για να επιτευχθούν τα παραπάνω θα πρέπει να υπάρξει:

- Προετοιμασία των περιθαλπομένων αλλά και του προσωπικού που ήδη εργάζεται στα ιδρύματα, για την ένταξή τους σε δομές ημιαυτόνομης και αυτόνομης διαβίωσης. Θα πρέπει να αναπτυχθούν παρεμβάσεις στην τοπική κοινωνία με στόχο την αποδοχή και τη στήριξη της προσπάθειας καθώς και την προετοιμασία ένταξης στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας. Ήδη έχουν ξεκινήσει, με χρηματοοότηση από εθνικούς πόρους, οι διαδικασίες για την αναμόρφωση των χώρων, ώστε να αναπτυχθούν οι προαναφερθείσες παρεμβάσεις. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν κάθε δικαίωμα πρόσβασης στον τομέα της υγείας και γι' αυτό θα πρέπει να διαρρυθμιστούν οι εσωτερικοί και οι εξωτερικοί χώροι και ο εξοπλισμός.
- Δημιουργία υποστηρικτικών δομών επανένταξης. Η χρηματοδότηση της υποδομής θα εξασφαλισθεί αφενός από εθνικούς πόρους και αφετέρου από τα Επιχειρησιακά Προγράμματα των Περιφερειών στο χώρο ευθύνης των οποίων θα αναπτυχθούν αντίστοιχες παρεμβάσεις

- Ένταξη σε προγράμματα κατάρτισης – απασχόλησης των ατόμων που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης
- Ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής στήριξης και κοινωνικής συμμετοχής, καθώς και εναλλακτικών μορφών απασχόλησης των ατόμων που συνεχίζουν να περιθάλπονται, με τη συμμετοχή της κοινότητας⁴².

4.8. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Τα τελευταία χρόνια στα περισσότερα συστήματα υγείας διαφόρων χωρών έγιναν σημαντικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις των οποίων στόχος ήταν ο έλεγχος της οικονομικής απόδοσης, της διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας στον τομέα της υγείας.

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας καθιέρωσαν την ευθύνη στην ποιότητα στην φροντίδα και εξακολουθούν να συζητούν τα μέσα διασφάλισης, ελέγχου και εκτίμησής της.

Για την ποιότητα στον τομέα της υγείας έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί από πολλούς επιστήμονες. Ένας από τους πιο αντιπροσωπευτικούς ορισμούς της ποιότητας είναι αυτός που αναφέρει ότι ποιότητα έχουμε όταν «Γίνεται το σωστό, για τους κατάλληλους ανθρώπους, στο σωστό χρόνο»⁴³. Ο ορισμός αυτός είναι αντιπροσωπευτικός διότι ενσωματώνει την αποτελεσματικότητα, τον προγραμματισμό και την σωστή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Παρά τις αλλαγές σε θέματα μηχανισμών ελέγχου, τεχνικών και μεθόδων, που απευθύνονται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς

⁴² Υπουργείο Υγείας, «Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», <http://www.ygeia-pronoia.gr>, 23/7/04

⁴³ Department of Health, 1998, «Quality in the National Health Service». London, the Stationary Office, σελ 55

και στα υψηλόβαθμα διευθυντικά στελέχη τους καθώς και σε διευθυντές τμημάτων, κλινικών και γενικά προμηθευτές, με σκοπό να βοηθήσουν τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και τη λήψη κλινικών αποφάσεων, φαίνεται να υπάρχει ακόμη ιδιαίτερη δυσκολία στην κατάλληλη ενσωμάτωση και αξιοποίησή τους, τόσο από τοπικά συστήματα υγείας⁴⁴.

Παράγοντες ενδογενείς που σχετίζονται τόσο με τους ίδιους τους μηχανισμούς και τα πλαίσια που εισάγονται στην πολιτική υγείας, αλλά και εξωγενείς ανάμεσα στους οποίους περιλαμβάνονται η έλλειψη πόρων για την ενσωμάτωσή τους στο τοπικό σύστημα, η αντίσταση του υγειονομικού προσωπικού στη χρήση και αξιοποίησή τους, και ιδιαίτερα η έλλειψη υποστηρικτικών μηχανισμών, φαίνεται να είναι υπεύθυνοι γι' αυτό.

Το 2003 αναπτύχθηκε στη χώρα μας μια πρωτοβουλία για την Υγεία και τις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα με το όνομα «Causus Sanitatis»⁴⁵, υπό τον έλεγχο της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Σκοπός αυτής της πρωτοβουλίας ήταν η εξαγωγή τεκμηριωμένων πορισμάτων, τα οποία θα μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για τον σχεδιασμό πολιτικών υγείας στη χώρα μας. Το «Causus Sanitatis» επιδιώκει την ποιότητα στην υγεία και στην φροντίδα υγείας στην Ελλάδα.

Στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, η συζήτηση για την πολιτική υγείας εστιάζεται στο ζήτημα της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το κύμα των μεταρρυθμίσεων, κατά την δεκαετία του 1990 είχε σαν στόχο την βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας και των συστημάτων υγείας μέσω αλλαγών στα συστήματα και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας.

⁴⁴ Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 5-6

⁴⁵ Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 5-6

Τα τελευταία χρόνια η έμφαση δίνεται στο κατά πόσον η οργάνωση και η διοίκηση των συστημάτων υγείας, ανεξαρτήτως των μηχανισμών χρηματοδότησης και αποζημίωσης, αλλά και της θεσμικής συγκρότησης των υπηρεσιών υγείας μπορεί να διασφαλίζει την υψηλή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Είναι γνωστό ότι η υψηλή ποιότητα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι εκείνη που διασφαλίζει ότι οι πόροι που διατίθενται στην υγεία κατανέμονται στις πλέον παραγωγικές και αποτελεσματικές επιλογές⁴⁶.

Η ποιότητα είναι μια έννοια με πολλές διαστάσεις και δύσκολο να ορισθεί εν τούτοις, η συζήτηση συνήθως ξεκινά από την επισήμανση της έλλειψης της ποιότητας. Τα τελευταία χρόνια τα στοιχεία δείχνουν ότι η παρεχόμενη φροντίδα σε πολλά συστήματα υγείας συχνά δεν ανταποκρίνεται στα τρέχοντα επίπεδα επιστημονικής γνώσης, δεν είναι ασφαλής για τους ασθενείς, δεν εκφράζει και δεν ικανοποιεί τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δεν επιφέρει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε όρους βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού και δεν συνοδεύεται από ένα σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης το οποίο θα μπορεί να επισημαίνει τις περιοχές υστέρησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και θα επεμβαίνει διορθωτικά προς την βελτίωσή τους⁴⁷.

Η συζήτηση για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας είναι, συχνά ασαφής ως προς το θεωρητικό της πλαίσιο. Σπανίως συνοδεύεται από τεκμηριωμένες ερευνητικές προσεγγίσεις.

⁴⁶ Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 8

⁴⁷ Murray CJL, Frenk J, 2000, "A framework for assessing the performance of health care systems". World Health Organ, σελ. 717-730

Η αξιολόγηση της ποιότητας σε υγειονομικούς όρους επεκτείνεται στο φάσμα της παραγωγής και του προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας ξεκινώντας από την ατομική σχέση γιατρού και ασθενή έως τις αποφάσεις κατανομής των υγειονομικών πόρων και υπηρεσιών που επηρεάζουν το σύνολο ή ομάδες ασθενών ή πληθυσμού.

Η επιδίωξη της ποιότητας απαιτεί μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ συστήματος υγείας και χρηστών καθώς η ποιότητα δεν αποτελεί ενδογενή διαδικασία που αφορά αποκλειστικά τους επαγγελματίες υγείας, αλλά απαιτεί την εξωγενή της αξιολόγηση πρωταρχικά από τους χρήστες του συστήματος υγείας.

Η αναζήτηση της ποιότητας απαιτεί την εύρεση μιας στρατηγικής για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ο καθορισμός της στρατηγικής αυτής επιτρέπει την ενσωμάτωση σε ένα κοινό πλαίσιο πολιτικών βελτίωσης της ποιότητας, πολιτικών που μπορεί να ικανοποιούν στόχους όπως η αυξημένη κλινική αποτελεσματικότητα, η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας, η αμεσότητα της χρονικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών, η οικονομική αποδοτικότητα και η ισότητα⁴⁸.

Οι βασικοί στόχοι των εφαρμοζόμενων στρατηγικών για τη βελτίωση της ποιότητας είναι α) η βελτίωση της υγείας, β) η αποτελεσματική παροχή κατάλληλης φροντίδας γ) η οικονομική αποδοτικότητα δ) η σχέση παροχέα – ασθενούς ε) η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στ) η βελτίωση υγειονομικών αποτελεσμάτων, ζ) η αποδοχή της απόδοσης του συστήματος από τους χρήστες, η) η καταλληλότητα της φροντίδας, θ) η ασφάλεια,

⁴⁸ Κυριόπουλος, Γ., & Λιόνης, Χ., 2003, «Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και στην φροντίδα της υγείας», Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ 13-15

ι) η ενδυνάμωση της ικανότητας του συστήματος, και κ) η ανταποκρισιμότητα⁴⁹.

Το παραπάνω φάσμα των στόχων προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει ένα ιδιαίτερο και ευρύ πεδίο το οποίο μπορεί να αναδειχθεί σε διάφορες περιοχές δράσεις και οι οποίες αποτελούν τους πυλώνες για τη συγκρότηση μιας στρατηγικής για την ποιότητα.

Η στρατηγική για την ποιότητα σε επιμέρους διαστάσεις αποτελεί το θεωρητικό υπόβαθρο για την ανάπτυξη, καταγραφή, μέτρηση και αξιολόγηση συγκεκριμένων δεικτών απόδοσης οι οποίοι θα αποτυπώνουν το βαθμό υλοποίησης των επιμέρους διαστάσεων της υιοθετούμενης στρατηγικής στην υγεία και κατά πόσο αποδοτική είναι. Οι δείκτες ποιότητας είναι μηχανισμοί ποσοτικής απόδοσης της ποιότητας της φροντίδας, συνήθως σε σύγκριση με ένα προκαθορισμένο κριτήριο. Οι δείκτες απόδοσης είναι δείκτες ποιότητας που αποτυπώνουν το βαθμό στον οποίον ένα επιθυμητό υγειονομικό αποτέλεσμα ικανοποιείται από τις υπηρεσίες υγείας. Οι δείκτες αυτοί είναι εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο και την αξιολόγηση της ποιότητας των διοικητικών, κλινικών και υποστηρικτικών λειτουργιών των υγειονομικών συστημάτων.

Ένας υπο-δείκτης απόδοσης είναι ο *δείκτης κλινικής απόδοσης* ο οποίος εκφράζει το βαθμό που ένας παροχέας υγειονομικών υπηρεσιών με ασφάλεια και ικανότητα προσφέρει τις κλινικές υπηρεσίες που είναι κατάλληλες για συγκεκριμένους ασθενείς σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σε αυτές τις περιπτώσεις βέβαια, στον άξονα της παροχής των κλινικών υπηρεσιών βρίσκεται ο γιατρός. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι χρειάζεται να διαμορφωθεί το πλαίσιο και να αναπτυχθούν οι

⁴⁹ Arah O., A., 2003, «Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement». *International Health Care*, σελ 377-398

υποστηρικτικοί παράγοντες για την αποτελεσματικότερη κλινική απόδοση. Πρέπει να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον, πέρα από τα οργανωτικά και την υποστήριξη της ιατρικής τεχνολογίας, και στο εγχείρημα της ανάπτυξης μέσω πληροφόρησης και διάθεσης στο ιατρικό προσωπικό της τεκμηρίωσης ή αποδεικτικής ιατρικής.

Οι δείκτες απόδοσης μπορεί να αφορούν διαδικασίες του συστήματος υγείας ή να μετρούν απευθείας την επίπτωση του συστήματος στους δείκτες υγείας. Οι δείκτες υγείας θεωρούνται πιο ελκυστικοί παρόλαυτά συχνά και στο βαθμό που τεκμηριώνεται η δυνατότητα αιτιολογικής σχέσης μεταξύ διαδικασίας και αποτελέσματος οι δείκτες διαδικασιών μπορούν συχνότερα να συμβάλλουν στην διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας⁵⁰.

Αξίζει όμως να σημειώσουμε ότι οι δείκτες απόδοσης δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά η ανάπτυξή τους θα πρέπει να ικανοποιεί τις λειτουργίες παρακολούθησης και αξιολόγησης της βελτίωσης συγκεκριμένων διαστάσεων της στρατηγικής για την ποιότητα. Μπορούν να αφορούν ομάδες πληθυσμού, ομάδες ασθενών, γεωγραφικές περιοχές, διοικητικές ενότητες του συστήματος, επιμέρους υπηρεσίες υγείας ή επίπεδα φροντίδας, μεμονωμένους προμηθευτές κλπ.

Οι παραπάνω δραστηριότητες και στρατηγικές σχετικά με την ανάπτυξη και την προώθηση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας θεωρείται ότι θα επιφέρουν θετικά αποτελέσματα παρόλαυτά υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά την υλοποίηση της στρατηγικής αυτής. Τέτοιοι παράγοντες που δυσκολεύουν την εφαρμογή στρατηγικών για την ποιότητα αφορούν τον συχνά μη ακριβή καθορισμό των προτεραιοτήτων των υπηρεσιών υγείας,

⁵⁰ Mant J., 2001, «Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care», *International Health Care*, σελ. 475-480

την έλλειψη θεωρητικού πλαισίου κατασκευής δεικτών απόδοσης του συστήματος που οδηγεί στον αλόγιστο πολλαπλασιασμό τους, την έλλειψη εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού, την έλλειψη κινήτρων ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού προς την κατεύθυνση υψηλότερων επιπέδων απόδοσης, την αδυναμία υλοποίησης στρατηγικών μάθησης και αξιολόγησης της γνώσης στο εσωτερικό των οργανισμών υγείας, την θεώρηση των δεικτών ποιότητας ως μηχανισμών γραφειοκρατικής επιβολής, την αδυναμία ενσωμάτωσης των προγραμμάτων ποιότητας στο υπόδειγμα διοίκησης των συστημάτων υγείας, την απουσία μηχανογραφικών συστημάτων, την αδυναμία των χρηστών να αξιολογήσουν την απόδοση των υπηρεσιών υγείας, γοργό ρυθμό αλλαγών της ιατρικής τεχνολογίας και της παραγωγής ιατρικών πληροφοριών και τέλος τη σύγκρουση των προτεραιοτήτων μεταξύ των παραγόντων του συστήματος υγείας, που οδηγεί σε αδυναμία μεταφοράς των δεικτών ποιότητας σε κατευθύνσεις στην κλινική πρακτική.

Οι παραπάνω παράγοντες είναι σε μεγάλο βαθμό εμφανείς στο σύστημα υγείας της Ελλάδος και είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση άμεσα.

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα που έχει άμεση σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι το θέμα της χρηματοδότησης. Η ενίσχυση της ποιότητας προϋποθέτει μια διαφορετική φιλοσοφία χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Η έλλειψη ποιότητας επιφέρει κόστος στο σύστημα υγείας. Η εφαρμογή της ποιότητας είναι δυνατόν όμως να απαιτεί επιπλέον κόστος στο σύστημα. Η αξιολόγηση του αναμενόμενου οφέλους σε όρους βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού μπορεί να καταδείξει ότι το επιπρόσθετο κόστος ανταποκρίνεται στις κοινωνικές προτιμήσεις και κατ' ουσία αποτελεί παραγωγική επένδυση και χρήση των υγειονομικών πόρων. Η απαίτηση της μείωσης του

κόστους με παράλληλη βελτίωση της ποιότητας είναι στην ουσία ανατρεπτική προϋπόθεση για την υλοποίηση στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας. Είναι χρήσιμο να τονίσουμε τη διάκριση ου υπάρχει μεταξύ των τεχνολογιών υγείας σε ημιτελείς δηλαδή νέες τεχνολογίες οι οποίες βελτιώνουν χωρίς πλήρως να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, και σε πλήρεις ιατρικές τεχνολογίες που αντιμετωπίζουν σε μεγάλο βαθμό τα υγειονομικά προβλήματα.

Η χρηματοδότηση των πλήρους αποτελεσματικότητας τεχνολογιών υγείας είναι βασική προϋπόθεση για τη βελτίωση της ποιότητας. Επίσης η εισαγωγή κινήτρων στο σύστημα αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας που θα επιβραβεύει τη συμμόρφωση με τους δείκτες ποιότητας και θα αποθαρρύνει την μη ικανοποίησή τους απαιτεί μια διαφορετική φιλοσοφία χρηματοδότησης.

4.9. Προτάσεις για την Ανάπτυξη Στρατηγικής για την Ποιότητα

Μια στρατηγική για την ποιότητα θα πρέπει να εστιαστεί στους παρακάτω άξονες:

α) Να καθοριστούν περιοχές που θα αποτελέσουν προτεραιότητα για τη βελτίωση της ποιότητας. Οι περιοχές αυτές θα πρέπει να αφορούν υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού, συνδυάζουν διαφορετικές οργανωσιακές μορφές των υπηρεσιών υγείας, και διαμορφώνουν στόχους προληπτικών, θεραπευτικών και παρεμβάσεων αποκατάστασης

β) Να αναδειχθούν και να διασωθούν τα ευρήματα της αποδεικτικής ιατρικής στους τομείς προτεραιότητας

γ) Να καθοριστούν δείκτες απόδοσης, η μέτρηση και η δημοσίευση των αποτελεσμάτων ώστε να ενημερωθούν οι χρήστες⁵¹

ε) να αναδειχθεί ο φορέας που θα είναι υπεύθυνος για την συλλογή, επεξεργασία και αξιολόγηση των πληροφοριών για τους δείκτες απόδοσης στους τομείς προτεραιότητας

στ) να εγκατασταθούν πληροφοριακά συστήματα που θα επιτρέπουν την συλλογή και επεξεργασία των κατάλληλων πληροφοριών

ζ) να παρασχεθεί ηγεσία από το κράτος σχετικά με τη συγκέντρωση και διάδοση δεικτών, πληροφοριών, ενίσχυση της έρευνας, καταγραφή άριστων πρακτικών

η) να εισαχθούν κίνητρα χρηματοδότησης της ποιότητας.

θ) να αναπτυχθούν πρωτοβουλίες στο σύστημα είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας ενίσχυσης της καινοτομίας και ανάδειξης πρωτοποριακών πρακτικών⁵².

⁵¹ Berwick DM, James B, Coye MJ, 2003, «Connections between quality measurement and reporting», Medical Care, σελ 30-38

⁵² Berwick DM, James B, Coye MJ, 2003, «Connections between quality measurement and reporting», Medical Care, σελ. 30-38

Κεφάλαιο 5

Παρουσίαση έρευνας



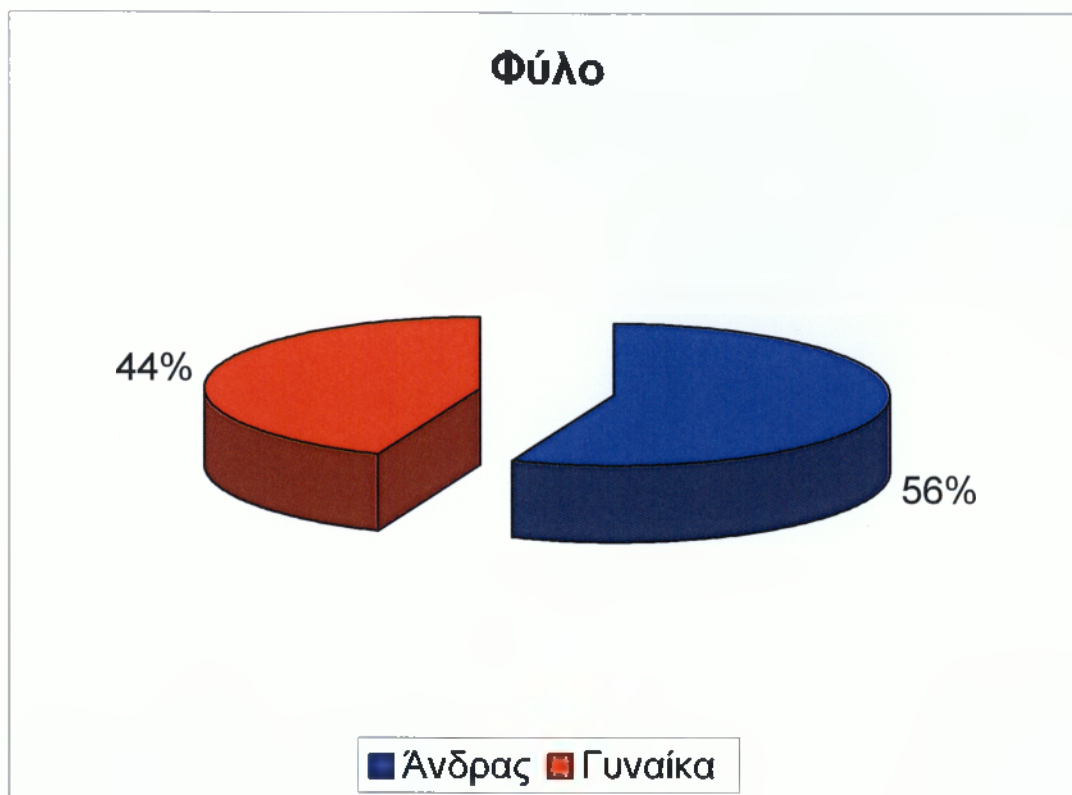
5.1. Ανάλυση ερωτηματολογίου

Στην παρούσα μελέτη προκειμένου να έχουμε λεπτομερέστατη ανάλυση του αντικειμένου του κοινωνικού αποκλεισμού ήταν αναγκαίο να προβούμε σε πραγματοποίηση έρευνας μέσω ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν σε 50 άτομα τα οποία ήταν είτε μετανάστες, είτε άτομα με ειδικές ανάγκες, είτε αθίγγανοι. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε παρουσιάζεται στο **Παράρτημα 1**

Στην αρχή της έρευνας μας ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας δώσουν πληροφορίες για το φύλο τους, την ηλικία τους, την επαγγελματική τους κατάσταση και το είδος του επαγγέλματος τους. Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε διαγραμματικά τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν.

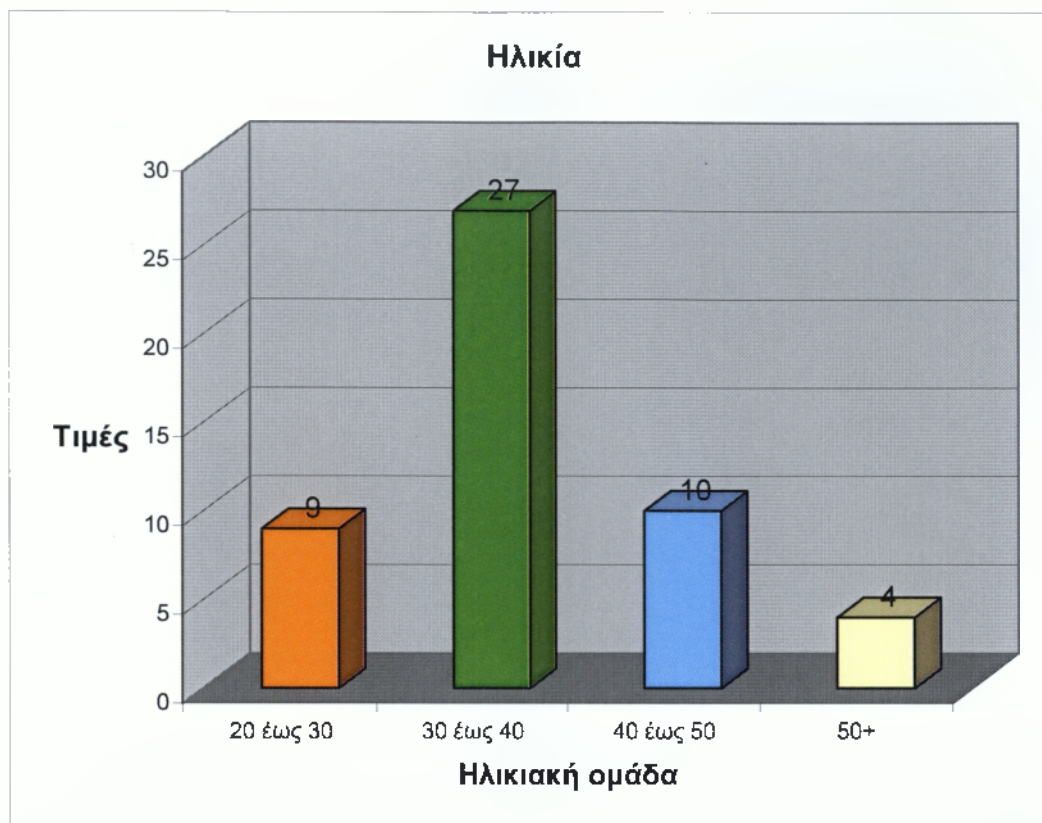
Στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά του φύλου των ερωτώμενων από όπου μπορούμε να ότι το 44% των ερωτώμενων ήταν γυναίκες και το 56% αυτών άνδρες.

Διάγραμμα 1



Εν συνεχεία ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν την ηλικία τους. Από το διάγραμμα 2 παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι, 27 στον αριθμό, ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30 έως 40 ετών. 10 άτομα είναι ηλικίας από 40 έως 50 ετών, 4 άτομα ήταν παραπάνω από 50 ενώ 9 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 20 έως 30 ετών.

Διάγραμμα 2



Προκειμένου να γίνει διαχωρισμός μεταξύ των μειονοτικών ομάδων ήταν αναγκαίο να ζητήσουμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν σε ποια κατηγορία ανήκουν. Έγινε διαχωρισμός μεταξύ των μεταναστών, ατόμων με ειδικές ανάγκες και αθίγγανων. Οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζονται στο διάγραμμα 3 από όπου μπορούμε να δούμε ότι το 52% ήταν μετανάστες, το 30% άτομα με ειδικές ανάγκες και το 18% αθίγγανοι.

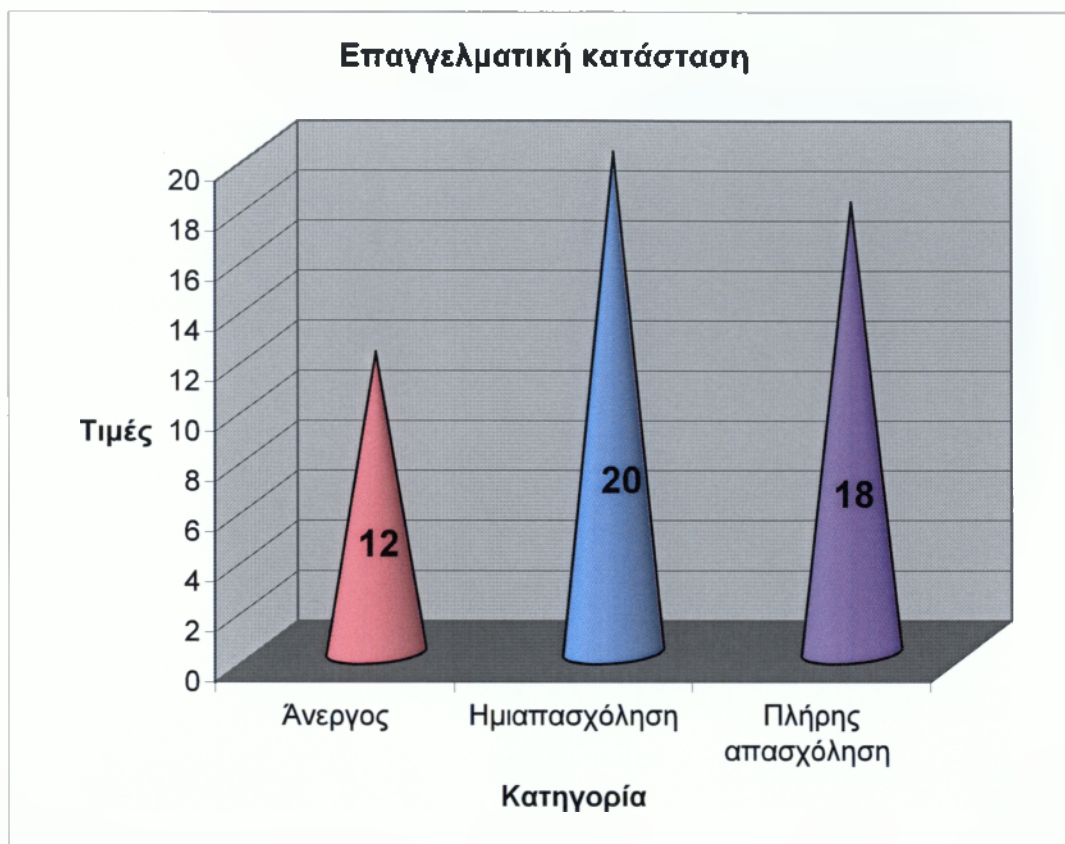
Διάγραμμα 3



Στο ερώτημα που έχει να κάνει με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτώμενων ζητήθηκε από αυτούς να μας αναφέρουν αν είναι άνεργοι, αν ημί-απασχολούνται ή αν απασχολούνται πλήρως.

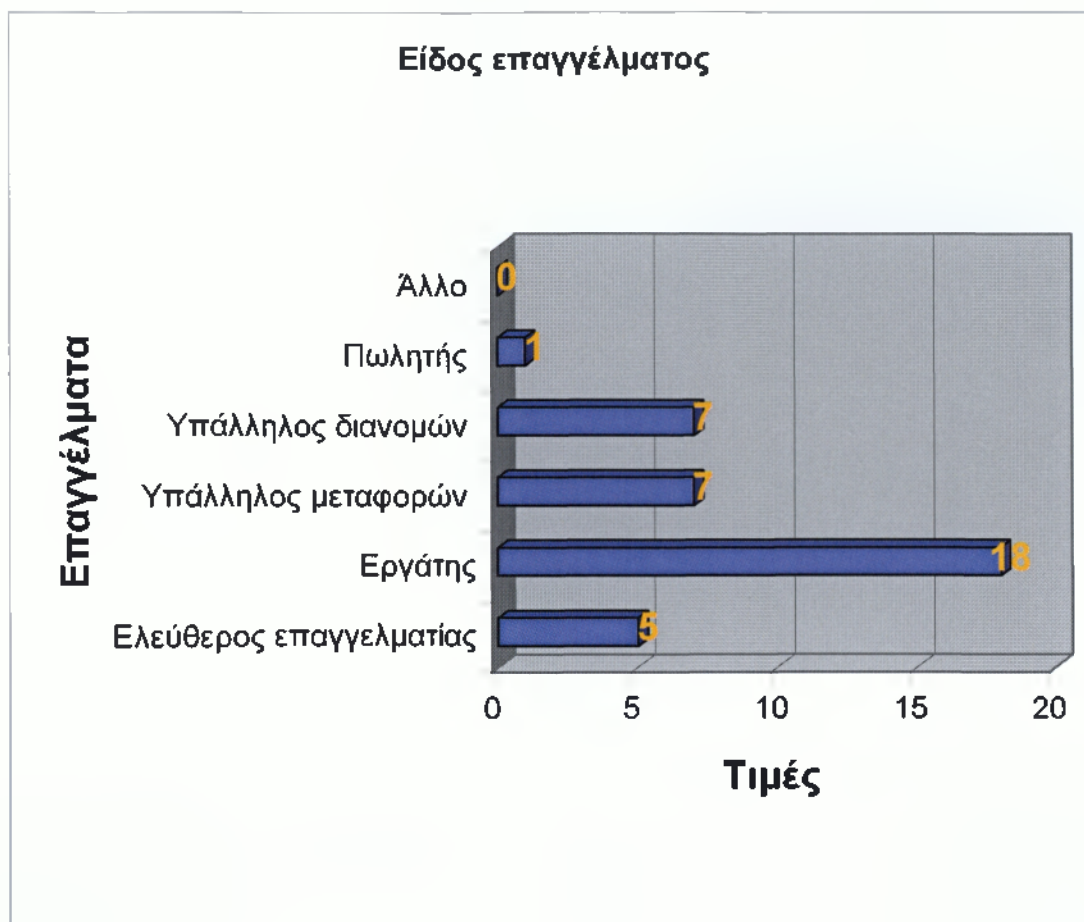
Από αυτούς 12 ανέφεραν ότι είναι άνεργοι, 20 ότι ημιαπασχολούνται και 18 άτομα ότι απασχολούνται πλήρως.

Διάγραμμα 4



Από αυτούς οι οποίοι εργάζονται, δηλαδή 38 άτομα, τους ζητήθηκε να αναφέρουν το επάγγελμα τους. Από το παρακάτω διάγραμμα μπορούμε να δούμε ότι από τα 38 άτομα οι 18 είναι εργάτες, οι 14 είναι υπάλληλοι διανομών και μεταφορών ενώ οι 5 ελεύθεροι επαγγελματίες και ο ένας πωλητής.

Διάγραμμα 5



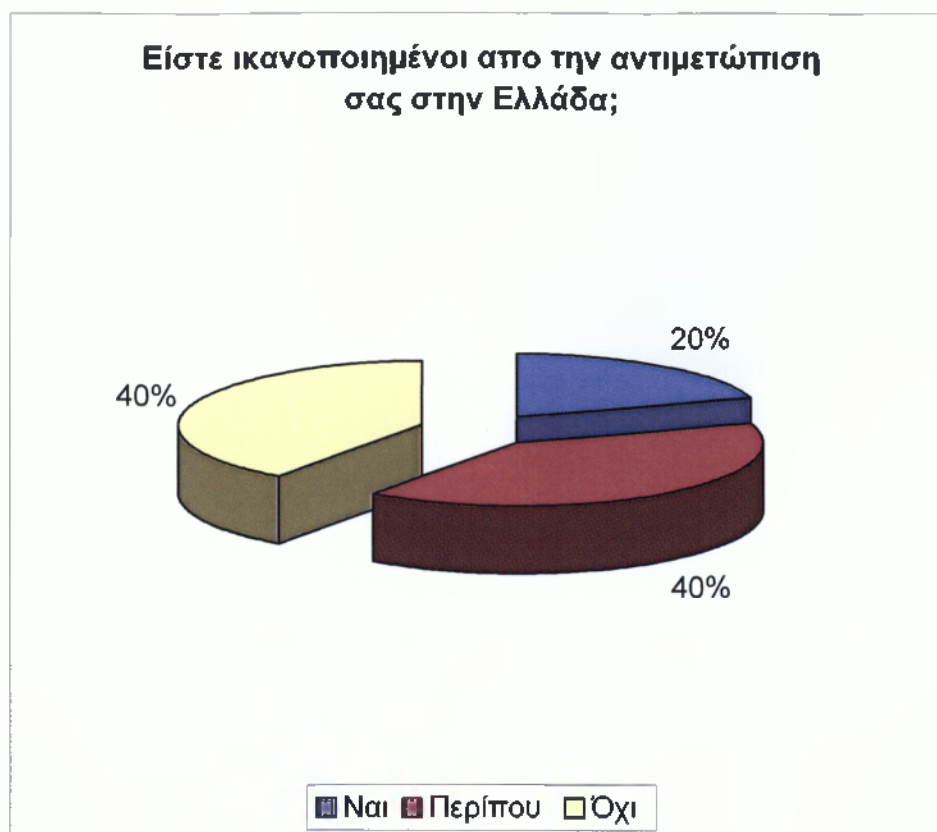
Από τους ερωτώμενους ζητήθηκε να μας αναφέρουν αν είναι ασφαλισμένοι ή όχι. Όπως μπορούμε να δούμε και στο διάγραμμα 6 οι ασφαλισμένοι ερωτώμενοι είναι 46% ενώ οι ανασφάλιστοι είναι 54%.

Διάγραμμα 6



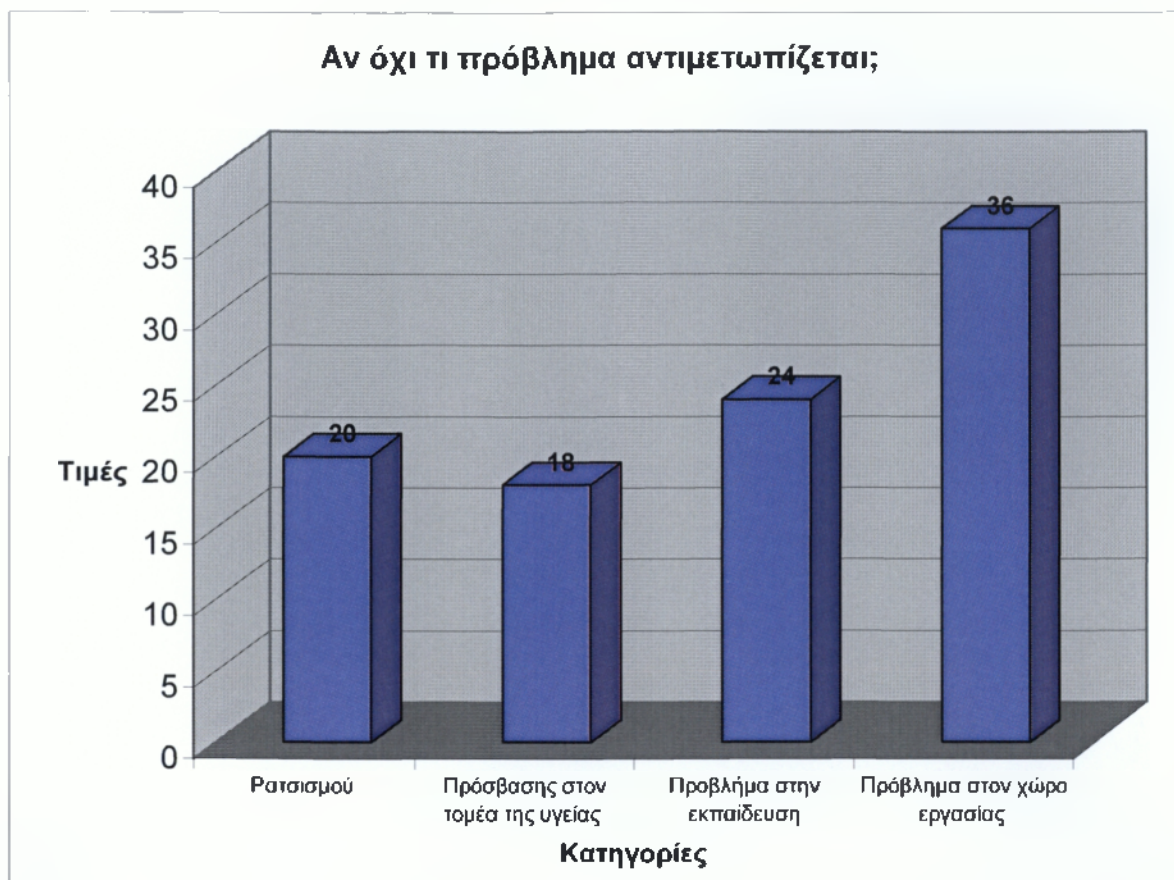
Στην συνέχεια ρωτήσαμε τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν την άποψη τους σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης τους στην Ελλάδα. Οι περισσότεροι όπως θα δούμε και στο διάγραμμα ανέφεραν ότι σε μερικές περιπτώσεις είναι ικανοποιημένοι ενώ σε άλλες όχι. Από την άλλη κάποιοι ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι ενώ αρκετοί ανέφεραν ότι δεν είναι. Όπως μπορούμε να δούμε και στο παρακάτω διάγραμμα το 40% ανέφερε ότι δεν είναι ευχαριστημένοι ενώ ένα άλλο 40% ότι είναι περίπου ευχαριστημένοι. Αντίθετα μόλις ένα ποσοστό της τάξεως του 20% ανέφερε ότι είναι ευχαριστημένο.

Διάγραμμα 7



Ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν τι προβλήματα αντιμετωπίζουν και δεν είναι ικανοποιημένοι. Στις απαντήσεις οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δηλώσουν περισσότερα από ένα όπως για παράδειγμα προβλήματα ρατσισμού, πρόσβασης στην υγεία, στην εκπαίδευση ή στον χώρο εργασίας. Ειδικότερα 20 από τους ερωτώμενους ανέφεραν προβλήματα ρατσισμού, 40 άτομα προβλήματα πρόσβασης στον τομέα της υγείας, 24 άτομα προβλήματα στην εκπαίδευση ενώ 36 άτομα προβλήματα στον χώρο εργασίας. Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν.

Διάγραμμα 8



Έχοντας διαπιστώσει ότι οι μειονοτικές ομάδες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα σε όλους τους τομείς θελήσαμε να τους ρωτήσουμε τους λόγους που οφείλεται αυτή η αντιμετώπιση. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 9 οι περισσότεροι με ποσοστό 33% ανέφεραν ότι οφείλεται στο ρατσισμό, επίσης ένα 33% ανέφερε ότι οφείλεται στην προσπάθεια τους να νιώσουν ανώτεροι, το 22% αυτών ανέφερε ότι η αντιμετώπιση αυτή οφείλεται στον φόβο των Ελλήνων ενώ τέλος ένα 12% στην ανάγκη των ατόμων για επιβολή.

Διάγραμμα 9



Στην συνέχεια της έρευνας μας ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν αν έχουν επισκεφθεί ποτέ κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο. Όπως ήταν αναμενόμενο οι περισσότεροι με ποσοστό 94% ανέφεραν ότι έχουν επισκεφθεί, ενώ μόλις ένα 6% δήλωσαν ότι δεν έχουν επισκεφθεί ούτε ιδιωτικό ούτε δημόσιο νοσοκομείο. Τα άτομα αυτά που έδωσαν αρνητική απάντηση ήταν κυρίως Αθίγγανοι.

Διάγραμμα 10



Απο τα άτομα που έδωσαν θετική απάντηση, δηλαδή 47 άτομα, τους ζητήθηκε να αναφέρουν ποια ήταν η αντιμετώπιση τους στον τομέα της υγείας. Από το διάγραμμα 11 είναι εμφανές ότι το 36% δήλωσε ότι ήταν άνιση σε σχέση με τους Έλληνες. Τα άτομα που έδωσαν αυτή την απάντηση ήταν κυρίως αλλοδαποί. Ένα ποσοστό 30% ανέφερε ότι η αντιμετώπιση τους δεν ήταν καλή λόγω ελλείψεων που υπήρχαν, ενώ τέλος το 34% ανέφερε ότι ήταν πολύ κακή η αντιμετώπιση τους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κανένα άτομο δεν έδωσε θετική απάντηση και δεν ανέφερε ότι η αντιμετώπιση του ήταν πολύ καλή.

Διάγραμμα 11



Τέλος ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν την άποψη τους σχετικά με το τι πρέπει να γίνει προκειμένου να υπάρξει βελτίωση στον τομέα της υγείας. Οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι η πολιτεία θα πρέπει να αποσκοπεί στην ισότητα στο θέμα της υγείας, θα πρέπει να ασφαλίζει όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου εθνικότητας και θα πρέπει να ενισχύσει την πρόσβαση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στον τομέα της υγείας. Στο Διάγραμμα 12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν

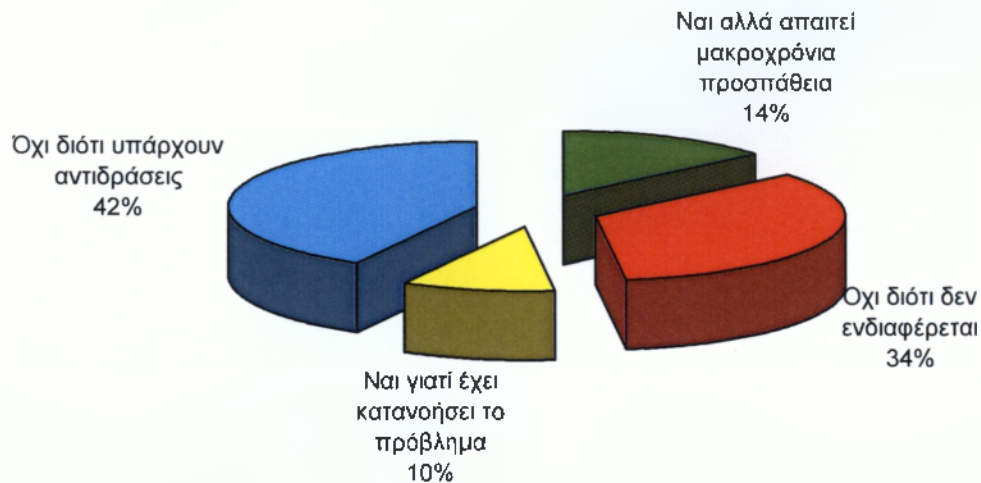
Διάγραμμα 12



Τέλος από τους ερωτώμενους ζητήσαμε να πουν την άποψη τους σχετικά με το πότε η πολιτεία θα προβεί σε κάποια μέτρα επίλυσης του προβλήματος. Μας ανέφεραν οι περισσότεροι με ποσοστό 42% ότι υπάρχουν αντιδράσεις από την κοινωνία συνεπώς δεν μπορούν να ληφθούν άμεσα μέτρα, ένα ποσοστό της τάξεως του 34% ανέφερε ότι η κοινωνία αδιαφορεί, ένα ποσοστό της τάξεως του 14% δήλωσε ότι μπορούν να ληφθούν μέτρα αλλά απαιτείται μακροχρόνια προσπάθεια, ενώ τέλος ένα ποσοστό της τάξεως του 10% ήταν αρκετά αισιόδοξοι και ανέφεραν ότι η πολιτεία θα προβεί σε μέτρα άμεσα γιατί έχει κατανοήσει το πρόβλημα πλήρως.

Διάγραμμα 13

Θεωρείται ότι η πολιτεία θα προβεί σε κάποια μέτρα;



Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώσαμε ότι η δυσκολία στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας είναι μια πραγματικότητα και δεν αποδεικνύεται μόνο μέσω της θεωρίας.

Το πρόβλημα που υπάρχει είναι πολύ σοβαρό και θα πρέπει η κοινωνία να καταλάβει ότι δεν μπορεί να αναβάλει άλλο την κατάσταση αλλά είναι αναγκαίο να λάβει άμεσα μέτρα. Από την έρευνα διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι ήταν αγανακτισμένοι με την υπάρχουσα κατάσταση και θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με αυτόν τον τρόπο από την στιγμή που είναι ενεργά μέλη της πολιτείας και ανήκουν στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό αυτής.

Βιβλιογραφία

Ξένη

- Anderson J.M. , 1986, "Ethnicity and illness experience: ideological structures and health care delivery system", *Social Science and Medicine*
- Arah O., A., 2003, «Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement». *International Health Care*
- Berwick DM, James B, Coye MJ, 2003, «Connections between quality measurement and reporting», *Medical Care*,
- Booth, C., 1904, «Life and Labour of the People in London», τόμος 2, Macmillan, London
- Bruto Da Costa, 1994, "Definitions of Poverty, Exclusion and integration", E.E.I.G. Animation and Research, Lille
- Churchill, G, 1995, "Marketing research, methodological foundations" 6th edition, Dryden
- Cohen, L. and Manion, L (1980) *Research Methods in Education*. London: Croom Helm
- Department of Health, 1998, «Quality in the National Health Service». London, the Stationary Office
- Doorslaer, E, 2000, "Equity in the Delivery of Health care in Europe and the US", *Journal of Health Economics*

- Eisenberg L., 1997, "Disease and Illness: Distinction between professional and popular ideas of sickness" Culture, Medicine and Psychiatry
- Gerdtham, G., 1997, "Equity in Health Care Utilization", Health Economics
- Kleinman A., 1980, "Patients and Healers in the context of culture: An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry " University of California Press
- Malholtra,N. Birks, D, 1999, "Marketing Research, an applied approach" European edition, Prentice Hall
- Mant J., 2001, «Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care», International Health Care
- Murray CJL, Frenk J, 2000, "A framework for assessing the performance of health care systems". World Health Organ
- Nettleton, S., 2002, «Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας», Τυπωθήτω
- Room G., 1991, «European Community observatory on national policies to combat social exclusion», Commission of the European Communities
- Rowntree, B., 1901, «Poverty: A Study of Town Life», Macmillan

Ελληνική

- Αθανασιάδου, Φ., 1997, «Περιορισμοί και προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες στην Ελληνική Κοινωνία», Ελληνικά Γράμματα
- Βήχος, Π., Μαΐος 2001, «Άτομα με ειδικές ανάγκες: Το κράτος τους οδηγεί στο περιθώριο της κοινωνίας», εφημερίδα Τα Νέα
- Γκότοβος, Α., 1996, «Ρατσισμός, Κοινωνικές, Ψυχολογικές και Παιδαγωγικές όψεις μιας ιδεολογίας και μιας πρακτικής»
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2004
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2001, «Κοινωνικός αποκλεισμός και μειονότητες. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Η εφημερίδα του κόσμου της υγείας, 2003, «Αποστάσεις από ιατρούς κρατούν οι τσιγγάνοι»
- Καβουνίδη, Τζ., 1999, «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα: Κοινωνικός Αποκλεισμός», 2^η έκδοση Ελληνική Εμπειρία
- Καράγιωργας, Σ., 1990, «Διαστάσεις της Φτώχειας στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
- Καρύδης, Β., 1996 «Η εγκληματικότητα των μεταναστών στην Ελλάδα», Εκδ. Παπαζήσης
- Κασιμάτη, Κ., 1998, «Κοινωνικός αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία», Gutenberg, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ, 2003, «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Θεμέλιο

Κυριόπουλος, Γ., & Λιόνης, Χ., 2003, «Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και στην φροντίδα της υγείας», Εκδ. Παπαζήση

Λασιθιωτάκη, Μ., 2004, «Η γένεση και η διατήρηση των διακρίσεων» www.2search.gr/psychology/view.asp?article=8&cat.html

Μαράτου – Αλιμπραντή, 1999, «Ξένο εργατικό δυναμικό: Τάσεις και το πρόβλημα της κοινωνικής ενσωμάτωσης» Ε.Κ.Κ.Ε Τόμος Α' 2^η έκδοση

Μεργούπης, Θ., 2001, «Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα», Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1991

Παπαστάμος, Σ., «Οι μειονότητες και η στρατηγική τους», Πάντειο Πανεπιστήμιο

Συνασπισμός των πολιτών, 2004, «Θέσεις για την υγεία», Θεσσαλονίκη

Τσιτσελικής Κ., Χριστοπούλου Δ. , 1997, "Το Μειονοτικό Φαινόμενο στην Ελλάδα: Μια συμβολή των Κοινωνικών Επιστημών", εκδ. Κριτική

Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας στο <http://www.westerngreece.gr>

Βρυξέλλες, 2003 στο <http://www.socialdialogue.net>

ΦΕΚ 1295 / Β' / 4-10-2002

<http://www.socialdialogue.net>

<http://www.ygeia-pronoia.gr>

<http://www.health.in.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Ερωτηματολόγιο

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

- 20-30
- 30-40
- 40-50
- 50 +

3. Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκετε;

- Οικονομικός μετανάστης
- Άτομο με ειδικές ανάγκες
- Αθίγγανος - Τσιγγάνος

4. Επαγγελματική κατάσταση

- Άνεργος
- Ημιαπασχόληση
- Πλήρης απασχόληση

5. Τι επάγγελμα κάνετε;

- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Εργάτης
- Υπάλληλος – βοηθός μεταφορών
- Υπάλληλος – βοηθός διανομών
- Πωλητής – Έμπορος
- Άλλο

6. Είστε ασφαλισμένος

- Ναι
- Όχι

7. Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο αντιμετώπισης σας στην Ελλάδα

- Ναι
- Έτσι και έτσι
- Όχι

8. Αν όχι τι προβλήματα αντιμετωπίζεται; (Απαντήστε περισσότερα από ένα)

- Προβλήματα ρατσισμού
- Προβλήματα πρόσβασης στον τομέα της υγείας
- Προβλήματα στην εκπαίδευση
- Προβλήματα στον χώρο εργασίας

9. Που οφείλεται αυτού του είδους η αντιμετώπιση (Απαντήστε περισσότερα από ένα)

- Στον φόβο των Ελλήνων
- Στον ρατσισμό που νιώθουν
- Στην προσπάθεια τους να νιώσουν ανώτεροι
- Στην ανάγκη τους για επιβολή

10. Έχετε επισκεφτεί ποτέ δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα

- Ναι
- Όχι

11. Αν ναι ποια ήταν η αντιμετώπιση σας;

- Άνιση σε σχέση με τους Έλληνες
- Πολύ κακή
- Ελλιπής
- Καλή

12. Τι πιστεύετε ότι πρέπει να γίνει στον τομέα της υγείας προκειμένου να υπάρξει βελτίωση;

- Η πολιτεία θα πρέπει να λάβει μέτρα για την ενίσχυση της πρόσβασης στην υγεία
- Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται όλοι ισότιμα στο θέμα της υγείας
- Θα πρέπει όλοι να ασφαρίζονται προκειμένου να έχουν και ιατρική κάλυψη
- Όλα τα παραπάνω

13. Θεωρείται ότι η πολιτεία θα προβεί σε κάποια μέτρα άμεσα;

- Ναι αλλά απαιτεί μακροχρόνια προσπάθεια
- Όχι διότι δεν ενδιαφέρεται
- Ναι γιατί έχει ήδη κατανοήσει το σημαντικό πρόβλημα
- Όχι διότι υπάρχουν αντιδράσεις



020129504100200112



17325

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 1295

4 Οκτωβρίου 2002

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. 113956

Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης Ελέγχου και Διαδικασία Εφαρμογής της ενέργειας «Πρόσπιση - Προαγωγή Υγείας και Κοινωνική Ενσωμάτωση Ελλήνων Τσιγγάνων» συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) κατά το Γ' ΚΠΣ.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ -
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ -
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Νόμου 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/85) όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα.
2. Τις διατάξεις του Νόμου 2860 / 2000 (ΦΕΚ 251/Α/14-1/2000) «Διαχείριση, Παρακολούθηση και Έλεγχος του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης & άλλες διατάξεις».
3. Τις διατάξεις του Άρθρου 44 του Νόμου 2972/2001 «Εκσυγχρονισμός της Οργάνωσης και της Λειτουργίας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 291/Α/27-12-2001).
4. Τις διατάξεις του Π.Δ. 368/89 «Όργανισμός Υπουργείου Εργασίας» (ΦΕΚ 163/Α).
5. Τις διατάξεις του Κανονισμού (ΕΟΚ) αριθμ. 1260/99 του Συμβουλίου της 20/7/1999 «Περί γενικών διατάξεων για τα Διαρθρωτικά Ταμεία».
6. Τις διατάξεις του Κανον. 1159/2000 της Επιτροπής της 30ης Μαΐου για τις δράσεις πληροφόρησης και δημοσιότητας που πρέπει να αναλαμβάνουν τα κράτη μέλη σχετικά με τις παρεμβάσεις των Διαρθρωτικών ταμείων.
7. Τις διατάξεις του Κανονισμού 1685 / 2000, της Επιτροπής της 28ης Ιουλίου 2000 για τη θέσπιση λεπτομερών κανόνων εφαρμογής του κανονισμού (ΕΚ) αριθμ. 1260/99 του Συμβουλίου της 20/7/1999, όσον αφορά την επιλεξιμότητα των δαπανών των ενεργειών που συγχρηματοδοτούνται από τα Διαρθρωτικά Ταμεία.
8. Τις διατάξεις του Κανονισμού ΕΚΤ αριθ. 1784/1999 της 12ης Ιουλίου 1999 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου & του Συμβουλίου, σχετικά με το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.
9. Την απόφαση της Επιτροπής σχετικά με την έγκριση

του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για τις Κοινοτικές Διαρθρωτικές Παρεμβάσεις στις Περιφέρειες που υπάγονται στο στόχο αριθ. 1 στην Ελλάδα Ε (2000) 3405 / 28/11/2000.

10. Τις διατάξεις του Ν. 2646/98 «Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» και άλλες διατάξεις.

11. Τις διατάξεις του άρθρου 128 του Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76/10.3.2000) «Όργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας».

12. Τις διατάξεις του άρθρου 18 του Ν.2503/97 «Διοίκηση, Οργάνωση, Στελέχωση για την Περιφέρεια, ρύθμιση θεμάτων για την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις».

13. Τις απόφαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την έγκριση των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων:

- της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας Ε (2001) 808/10/04/2001
- της Περιφέρειας Ιονίων Νήσων Ε (2001) 805/09/04/2001
- της Περιφέρειας Θεσσαλίας Ε (2001) 809/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ006
- της Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου Ε (2001) /09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ0010
- της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας Ε (2001) 807/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ004
- της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας - Θράκης Ε (2001) 8013/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ012
- της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας Ε (2001) 566/22/03/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ014
- της Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας Ε (2001) 812/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ013
- της Περιφέρειας Ηπείρου Ε (2001) 810/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ007
- της Περιφέρειας Πελοποννήσου Ε (2001) 806/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ003
- της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου Ε (2001) 803/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ009
- της Περιφέρειας Αττικής Ε (2001) /15/05/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ002
- της Περιφέρειας Κρήτης Ε (2001) 811/09/04/2001, Νο 2000 GR 161ΡΟ008

14. Τους επιδιωκόμενους στόχους, τις προτεραιότητες, τις κατευθύνσεις και τα αποτελέσματα, όπως περιγράφονται στα ανωτέρω Επιχειρησιακά Προγράμματα.

15. Την ισχύουσα Εθνική και Κοινοτική νομοθεσία που

αναφέρεται στην υλοποίηση και διαχείριση προγραμμάτων.

16. Τις διατάξεις του Κανον. 438/2001 της 2ας Μαρτίου 2001 για θέσπιση λεπτομερών κανόνων εφαρμογής του κανον. (ΕΚ) αριθ. 1260/1999 του Συμβουλίου όσον αφορά τα συστήματα διαχείρισης και ελέγχου των παρεμβάσεων των Διαρθρωτικών Ταμείων.

17. Τις διατάξεις του κανον. 448/2001 της επιτροπής της 2ας Μαρτίου 2001 της επιτροπής του Κανον. (ΕΚ) 1260/99 του Συμβουλίου όσον αφορά την διαδικασία διενέργειας δημοσιονομικών διορθώσεων στην παρέμβαση που χορηγείται στο πλαίσιο των Διαρθρωτικών Ταμείων.

18. Την ισχύουσα φορολογική νομοθεσία και ιδίως το νομότυπο των φορολογικών στοιχείων και παραστατικών.

19. Την υπ' αριθμ. 2007892/461/1998 Κοινή Απόφαση περί "Ανακήτσεως αχρεωστήτως ή παρανόμως καταβληθέντων ποσών από εθνικούς πόρους ή πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα πλαίσια της υλοποίησης κοινοτικών πολιτικών".

20. Την υπ' αριθμό 18527/ΓΔΑ/ΠΠΔΕ 156/7.6.2001 (ΦΕΚ Β 758/15.6.2001). Απόφαση του Υφυπουργού Εθνικής Οικονομίας «Τύπος και περιεχόμενο απόφασης ένταξης πράξης σε Επιχειρησιακό Πρόγραμμα του Κ.Π.Σ. 2000- 2006, σύμφωνα με το άρθρο 5, παρ. 3 του νόμου 2860 / 2000».

21. Την υπ' αριθμό 107900/16.3.2001 (ΦΕΚ Β 599, 21.5.2001) Κοινή Απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τη Σύσταση και Λειτουργία Ειδικών Υπηρεσιών περί «Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου» και «Εφαρμογής Συγχρηματοδοτούμενων Ενεργειών από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο».

22. Την ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος διαχείρισης, αξιολόγησης παρακολούθησης και ελέγχου των συγχρηματοδοτούμενων από το ΕΚΤ ενεργειών «Πρόσπιση - Προαγωγή Υγείας και Κοινωνική Ενσωμάτωση των Ελλήνων Τσιγγάνων».

23. Την ανάγκη καθορισμού των όρων, δικαιολογητικών, παραστατικών στοιχείων και λοιπών υποχρεώσεων που πρέπει να τηρούνται από τους φορείς υλοποίησης προγραμμάτων.

24. Την ανάγκη για παρακολούθηση και συντονισμό των Προνοιακών δράσεων σε όλη τη χώρα, από την Ομάδα Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) που συστάθηκε με την ΚΥΑ ΔΥ15/οικ 10024/1-6-2001, κατ' εξουσιοδότηση της παραγράφου 18 του ν. 2503/1997 (Α' 107).

25. Την υπ' αριθμό 37610/31-10-2001 (ΦΕΚ 1485/31-10-2001) Απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπ. Εθνικής Οικονομίας με θέμα «Καθορισμός αρμοδιοτήτων Υφυπουργού Εθνικής Οικονομίας Χρήστου Πάχτα».

26. Το Π.Δ. 81/20.3.2002 (ΦΕΚ 57, τ.Α, 21-03-2002) «Συγχώνευση των Υπουργείων Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών».

27. Το γεγονός ότι από την παρούσα απόφαση δεν προκαλείται δαπάνη εις βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Οι Έλληνες Τσιγγάνοι αναγκάζονται να ζουν και να εργάζονται υπό συνθήκες μη αποδεκτές λόγω του χαμηλού,

στην πλειονότητά τους, κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου. Η υπερεκμετάλλευση, η κοινωνική περιθωριοποίηση, η παραβατικότητα, η απασφύγξη - λόγω άγνοιας - προσφυγής σε κρατικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιτείνουν την κατάσταση δημιουργώντας μεταξύ άλλων πολλά προβλήματα υγείας.

Ειδικότερα, δρα αποφασιστικά στη διάδοση λοιμωδών και άλλων νόσων η παρεπόμενη άγνοια βασικών κανόνων ατομικής υγιεινής και οικογενειακού προγραμματισμού και η ανεπαρκής έως ανύπαρκτη αγωγή υγείας. Η προσπάθεια βελτίωσης της παραπάνω κατάστασης θα αποτελέσει βασικό στοιχείο της ενέργειας για την προαγωγή υγείας και της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Η παρακάτω αναφερόμενη ενέργεια είναι μέρος του Ολοκληρωμένου Προγράμματος Δράσης (Ο.Π.Δ.), το οποίο είναι η εφαρμογή πολιτικής μέσα από προληπτικές και διορθωτικές παρεμβάσεις στην κοινωνική πραγματικότητα, προκειμένου να αμβλυνθούν οι κοινωνικές ανισότητες, να προαχθεί η κοινωνική δικαιοσύνη και να επιτευχθεί η κοινωνική ένταξη των Ελλήνων Τσιγγάνων.

Με το Ο.Π.Δ. επιχειρείται μια πολυσύνθετη προσέγγιση στα ζητήματα κοινωνικής ένταξης και άρσης του κοινωνικού αποκλεισμού των Ελλήνων Τσιγγάνων. Σε απόλυτη αντιστοιχία με την προσέγγιση αυτή, προγραμματίζεται ένα μεγάλο πλήθος συμβατικών και καινοτομικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα πρέπει να υλοποιηθούν από διαφορετικούς φορείς σε όλες τις περιοχές που κατοικούν Τσιγγάνοι.

Το Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης, δεν αποτελεί, καθεαυτό, το χρηματοδοτικό μέσο των παρεμβάσεων, οι οποίες θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο της ασκούμενης πολιτικής για τους Τσιγγάνους. Οι παρεμβάσεις, οι οποίες αναφέρονται στο Ο.Π.Δ., άλλοτε αποτελούν αντικείμενα στο πλαίσιο των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του Γ Κ.Π.Σ. και άλλοτε χρηματοδοτούνται από εθνικούς πόρους.

Στην Ελλάδα σήμερα, μεγάλος αριθμός Τσιγγάνων στεγάζεται μόνιμα ή ημι-μόνιμα, σε καταυλισμούς με προσωρινά και ακατάλληλα μέσα (σκηνές, καλύβες, παραπήγματα κ.λπ.) και χωρίς την ύπαρξη στοιχειώδους υποδομής. Το Ο.Π.Δ. ανταποκρίνεται με την δημιουργία νέων οικισμών. Τα στοιχεία της κατασκευής θα είναι μόνιμα και θα πληρούν όλες τις σύγχρονες τεχνικές προδιαγραφές και τους κανονισμούς. Η χρηματοδότηση των οικιστικών παρεμβάσεων αντλούνται από εθνικούς πόρους.

Με την ολοκλήρωση και την κατοίκηση κάθε νέου οικισμού, θα πρέπει να καλυφθούν ανάγκες προετοιμασίας του τσιγγάνικου πληθυσμού για την ένταξή τους στον αστικό κοινωνικό ιστό. Η κατάλληλη και επαρκής προετοιμασία του πληθυσμού θα επιτευχθεί μέσω της παροχής υποστηρικτικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές δεν θα υποκαταστήσουν σε καμία περίπτωση τις υφιστάμενες δομές παροχής υπηρεσιών στον πολίτη, ώστε να αποφευχθεί η θεσμοθέτηση - μακροπρόθεσμα - της γκετοποίησης. Για το λόγο αυτό, ο ρόλος τους θα είναι κυρίως παραπαιμπτικός, συμβουλευτικός, διαμεσολαβητικός.

Άρθρο 2

ΣΤΟΧΟΣ ΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ - ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ - ΘΕΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

1. Τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (ΠΕΠ) που έχουν εγκριθεί στο πλαίσιο του Γ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης περιλαμβάνουν ενέργειες που αναφέ-

ρονται στην καταπολέμηση του αποκλεισμού των κοινωνικά ευπαθών ομάδων. Οι ενέργειες αυτές εντάσσονται σε συγχρηματοδοτούμενα από το ΕΚΤ Μέτρα των ΠΕΠ και είναι σύμφωνες με τον σκοπό και τους στόχους των εν λόγω Μέτρων, καθώς και των αναγραφόμενων στο Συμπλήρωμα Προγραμματισμού τους.

2. Στόχος της ενέργειας είναι η λειτουργία δομών που θα παρέχουν ιατροκοινωνική φροντίδα. Μέσω των Ιατροκοινωνικών Κέντρων θα προωθείται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινωνική προστασία των Ελλήνων τσιγγάνων με απώτερο στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Ο αναφερόμενος στόχος θα επιτευχθεί με την αξιοποίηση των υπηρεσιών και των παροχών του εθνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθώς επίσης και με την εξοικείωση της ομάδας στόχου με τις δημόσιες υπηρεσίες του κράτους.

3. Τα ιατροκοινωνικά κέντρα δύνανται επίσης να λειτουργούν και ως φορείς παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών για τις Ολοκληρωμένες Παρεμβάσεις που θα υλοποιούνται σε οικισμούς Τσιγγάνων και που εντάσσονται στα μέτρα ΕΚΤ των ΠΕΠ.

4. Στόχοι των Ιατροκοινωνικών Κέντρων είναι:

- Η καταγραφή της ομάδας στόχου, η μελέτη επεξεργασίας και ανάλυση των ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών, καθώς και ιδιαιτεροτήτων τους.
- Η ανίχνευση του επιπέδου και η καταγραφή των αναγκών, καθώς και των υγειονομικών και κοινωνικών προβλημάτων τους με επιδημιολογική έρευνα
- Η ενημέρωση των συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού για θέματα δημόσιας Υγείας (δράσεις αγωγής υγείας) και πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες.
- Η πρόσπιση και προαγωγή υγείας με την ανάπτυξη αναγκαίων δράσεων.
- Η σύνδεση τους με κοινωνικοπρονοιακά προγράμματα, με ενισχυμένες δράσεις και η υποστήριξή τους για την αξιοποίηση αυτών των παροχών.
- Η παροχή βοήθειας για την ρύθμιση διαδικαστικών και νομικών εκκρεμοτήτων με δημόσιες υπηρεσίες.
- Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών για την ένταξη της οικογένειας, ιδιαίτερα των παιδιών, στην ελληνική κοινωνία και την αξιοποίησή των θεσμοθετημένων δομών της πολιτείας (παιδείας, αθλητισμού, πολιτισμού κ.λ.π.) με σκοπό την ένταξη στα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης (οικιστικά, εκπαιδευτικά, απασχόλησης κ.α.) και κοινωνικής ενσωμάτωσης.
- Η εξοικείωσή τους με τα καινούργια δεδομένα στέγασης και φροντίδας του περιβάλλοντος χώρου, καθώς και η απόκτηση των αναγκαίων δεξιοτήτων μέσω οργανωμένων δραστηριοτήτων.

5. Ωφελούμενοι από την ενέργεια είναι ο πληθυσμός των Ελλήνων τσιγγάνων και τα άτομα που θα στελεχώσουν τα ιατροκοινωνικά κέντρα.

6. Οι Ειδικότητες που απαιτούνται για την λειτουργία των ιατροκοινωνικών Κέντρων είναι:

- Ένας/Μία (1) Ιατρός με ειδικότητα κατά προτεραιότητα στην γενική ιατρική, ή στην κοινωνική ιατρική, ή στην παθολογία ή στην παιδιατρική.
- Ένας/Μία (1) Κοινωνικός/ή Λειτουργός ή κοινωνιολόγος (πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ με άδεια άσκησης επαγγέλματος) κατά προτίμηση με εμπειρία η εξειδίκευση σε θέματα που αφορούν τους τσιγγάνους, ελλείψει αυτών, πτυχιούχος ΑΕΙ, τμήματος Ψυχολογίας, Κοινωνιολογίας, Κοινωνικής Πολιτικής ή Κοινωνικής Διοίκησης.

- Ένας/Μία (1) Επισκέπτης/τρια Υγείας ή Νοσηλεύτριας (πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ) με άδεια άσκησης επαγγέλματος. Ελλείψει αυτών βοηθοί νοσηλευτές των σχολών ΤΕΕ/ΜΤΕΝΣ/ΙΕΚ με άδεια άσκησης επαγγέλματος).

- Ένας/Μία ψυχολόγος (πτυχιούχος ΑΕΙ με άδεια άσκησης επαγγέλματος) κατά προτίμηση με εμπειρία ή εξειδίκευση σε θέματα που αφορούν τσιγγάνους.

- Ένας/Μία Γυμναστής ή / και ένας/μία ειδικός παιδαγωγός για δημιουργική απασχόληση (μουσικολόγοι, θεατρολόγοι, κ.λ.π.) πτυχιούχοι ΑΕΙ.

- Ένας/ μία διαμεσολαβητής που θα προέρχεται από τον πληθυσμό αναφοράς του συγκεκριμένου οικισμού (θα προτείνεται από την Ομοσπονδία Τσιγγάνων) κατά προτίμηση να έχει παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα κατάρτισης για υποστήριξη ευπαθών κοινωνικά ομάδων.

Ο Διαμεσολαβητής θα συνεργάζεται με όλα τα τμήματα και θα είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στα στελέχη του ιατροκοινωνικού κέντρου, της ευρύτερης τοπικής κοινωνίας και της ομάδας στόχου. Επίσης θα ασχολείται, σε συνεργασία με τους ενδιαφερόμενους, για την έκδοση πιστοποιητικών, βιβλιαρίων υγείας και άλλων δημοσίων εγγράφων.

Ένα κέντρο θα μπορούσε να απασχολήσει όλες τις παραπάνω αναφερόμενες ειδικότητες ή να απασχολήσει τις ειδικότητες ανάλογα με τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη ο πληθυσμός του κάθε οικισμού. Απαραίτητες ειδικότητες είναι του Ιατρού, του Κοινωνικού Λειτουργού ή Κοινωνιολόγου, του Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλεύτη / Βοηθού Νοσηλεύτη και του Διαμεσολαβητή.

7. Συντονιστής του κέντρου θα είναι ο/η Κοινωνικός Λειτουργός ή Κοινωνιολόγος, ο οποίος μεριμνά για τη εύρυθμη λειτουργία του.

8. Το απαιτούμενο προσωπικό για την υλοποίηση του προγράμματος αυτού, θα προσληφθεί σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες νομικές διατάξεις.

9. Ευαισθητοποίηση

Η ευαισθητοποίηση των στελεχών των ιατροκοινωνικών κέντρων και των τοπικών φορέων κρίνεται απαραίτητη για την επίτευξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Για το σκοπό αυτό θα διοργανωθούν:

- Σεμινάρια για τα άτομα που θα επιλεγούν για τη στελέχωση των κέντρων και θα ενημερωθούν σε θέματα ευαισθητοποίησης της ομάδας στόχου, διάρκειας 30 - 40 ωρών. Για άτομα με εμπειρία στην ομάδα στόχου η διάρκεια ευαισθητοποίησης δύναται να διαρκέσει 15 - 30 ώρες.

- Ημερίδες Ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας και των δημόσιων και κοινωνικών φορέων (Σχολεία, Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης, Πολιτιστικά Κέντρα, ενορίες εκκλησιών κ.λ.π.).

- Ημερίδες Ενημέρωσης Τσιγγάνων.

10. Η ημερήσια διάρκεια των σεμιναρίων ευαισθητοποίησης ορίζεται στις 6 ώρες. Ο μέγιστος αριθμός των ημερίδων (ενημέρωση της τοπική κοινωνίας και του πληθυσμού του εκάστοτε οικισμού) ανά ιατροκοινωνικό κέντρο δύνανται να είναι πέντε (5).

11. Στα Σεμινάρια και στις Ημερίδες ευαισθητοποίησης δύνανται να συμβάλλουν πιστοποιημένα Κέντρα Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (ΚΕΣΥΥ), Πιστοποιημένα Εξειδικευμένα Κέντρα, Κέντρα Παροχής Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, φορείς της Τ.Α. α΄ και β΄ βαθμού, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, σωματεία και σύλλογοι οργανώσεων της ομάδας στόχου κ.α. Οι παραπάνω φορείς

πρέπει να έχουν εμπειρία στις ευπαθείς ομάδες και κατά προτίμηση στους τσιγγάνους.

Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σύμβαση μεταξύ του Τελικού Δικαιούχου και του αναδόχου.

Οι κατευθύνσεις για το πρόγραμμα των σεμιναρίων και των ημερίδων θα καθοριστούν από την ΟΔΕ.

12. Κύριος στόχος:

- των σεμιναρίων για τα άτομα που θα στελεχώσουν τα Κέντρα είναι: η ενημέρωση, η κατανόηση και ο σεβασμός για τις ιδιαιτερότητες της ομάδας στόχου καθώς επίσης και μέθοδοι προσέγγισης και επίλυσης των προβλημάτων τους.

- των ημερίδων θα είναι η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας για την ενσωμάτωση των Ελλήνων τσιγγάνων και ιδιαίτερα των παιδιών για την συμμετοχή τους στην εκπαίδευση και σε τοπικές δραστηριότητες καθώς και η ενημέρωση των τσιγγάνων σχετικά με τις αρμοδιότητες και τον στόχο του Ιατροκοινωνικού Κέντρου.

13. Υπεύθυνοι φορείς για τη διαχείριση και παρακολούθηση της εφαρμογής των προαναφερομένων ενεργειών θα είναι οι Ειδικές Υπηρεσίες Διαχείρισης των Περιφερειών της χώρας σύμφωνα με τον Ν. 2860/2000.

14. Με απόφαση του Δ.Σ. του τελικού δικαιούχου καθορίζονται οι λεπτομέρειες λειτουργίας των εν λόγω δομών ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της Ομάδας Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ), του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) και του αρμοδίου ΠΕΣΥ.

Άρθρο 3

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΥΛΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

1. Η ΟΔΕ, η οποία έχει συσταθεί με την ΚΥΑ ΔΥ1δ/οικ 10024/1-6-2004, κατ' εξουσιοδότηση της παραγράφου 18 του άρθρου 18 του ν. 2503/1997 (Α' 107), αναλαμβάνει τον συντονισμό, την υποστήριξη και την παρακολούθηση της λειτουργίας των δομών της παρούσας, καθώς και την εναρμόνισή τους με τα Εθνικά ή άλλα Κοινοτικά Προγράμματα. Για τις ανάγκες υποστήριξης η ΟΔΕ εκδίδει σχετικές εγκυκλίους, όπου περιγράφει αναλυτικά, τους όρους λειτουργίας των υπηρεσιών.

2. Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας υπεύθυνο για την επιστημονική εποπτεία σε θέματα Δημόσιας Υγείας των υπό ίδρυση ιατροκοινωνικών κέντρων. Το έργο της ΚΕΕΛ αφορά τα ακόλουθα:

- Σύναξη από το ΚΕΕΛ επιχειρησιακού σχεδίου ιατρικής φροντίδας που θα προσφέρεται από τα ιατροκοινωνικά κέντρα.

- Δημιουργία αρχείου καταγραφής των καλυπτόμενων πληθυσμών

- Διοργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων για την εκπαίδευση του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού

- Προγράμματα αγωγής υγείας για τους πληθυσμούς στόχους καθώς και ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών.

- Οργάνωση και διαχείριση ειδικού προγράμματος Κάρτα Υγείας Μετακινουμένων Πληθυσμών. Προσδιορισμός μηχανισμού διαρκούς ιατρικής παρακολούθησης, επιδημιολογικής επιτήρησης και εμβολιαστικής κάλυψης.

3. Η ευθύνη για την λειτουργία και επάρκεια των κέντρων είναι του Υπ. Υγείας και Πρόνοιας. Ο έλεγχος και η

παρακολούθηση θα γίνεται από το εκάστοτε Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠΕΣΥ).

Άρθρο 4

ΤΕΛΙΚΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

1. Δικαιούχοι φορείς είναι:

α) οι επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, (Ο.Τ.Α.) α' και β' βαθμού που διέπονται από τις σχετικές διατάξεις του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.) και τον κώδικα Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης (ΚΝΑ), οι οποίες περιλαμβάνουν στον σκοπό λειτουργίας τους την κοινωνική ανάπτυξη ή την πρόνοια, ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.

β) Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) που δεν έχουν συστήσει τις επιχειρήσεις της προηγούμενης παραγράφου και μπορούν να εφαρμόσουν τις ενέργειες της παρούσας μέσω των: η) δημοτικών επιχειρήσεων ή δήμων της ευρύτερης περιοχής ή με Επιχειρήσεις των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων.

γ) Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) που περιλαμβάνουν στο σκοπό λειτουργίας τους την κοινωνική ανάπτυξη, την πρόνοια, την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού ή την υποστήριξη των πληθυσμών των Τσιγγάνων.

2. Οι τελικοί δικαιούχοι προκειμένου για την υποβολή των προτάσεών τους συμπληρώνουν Τεχνικά Δελτία Έργου (ΤΔΕ). Κάθε έργο (π.χ ένα ιατροκοινωνικό κέντρο) περιέχει τόσα υποέργα όσοι είναι οι ανάδοχοι.

3. Οι τελικοί δικαιούχοι των ενεργειών οφείλουν να παρέχουν κάθε δυνατή πληροφόρηση στην ΟΔΕ, στο ΚΕΕΛ και στο ΠΕΣΥ σύμφωνα με το άρθρο 3 της παρούσας προς διευκόλυνση του έργου τους.

Άρθρο 5

ΕΙΔΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

Στις κατηγορίες Πράξεων στις οποίες εντάσσονται οι ενέργειες της παρούσας εκτός των γενικών κριτηρίων Σκοπιμότητας και Ωριμότητας που προβλέπονται σε κάθε ΠΕΠ συμπεριλαμβάνονται και τα κάτωθι εξειδικευμένα κριτήρια:

A. Κριτήρια σκοπιμότητας (ΚΣ)

- Περιοχές που υλοποιούνται προγράμματα στέγασης για τσιγγάνους

B. Κριτήρια Ωριμότητας (ΚΩ)

- Ετοιμότητα του δικαιούχου για ανάληψη και υλοποίηση του έργου (εμπειρία στην υλοποίηση και το σχεδιασμό κοινοτικών προγραμμάτων, διαθεσιμότητα χώρου, εξοπλισμού, προσβασιμότητα)

- Ύπαρξη αναγκαίου προσωπικού υποστήριξης της δράσης

Ειδικά για τις δράσεις της ευαισθητοποίησης ο Φορέας Υλοποίησης θα πρέπει να διαθέτει:

- Εμπειρία σε θέματα συμβουλευτικής υποστήριξης που αφορούν την ομάδα στόχου

- Εμπειρία στην διοργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων

- Εμπειρία σε συνεργασίες με τοπικούς φορείς

- Επάρκεια και συνάφεια της επαγγελματικής εμπειρίας, του επιστημονικού κύρους και των εξειδικευμένων γνώσεων των στελεχών

Άρθρο 6

ΟΡΟΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

1. Τα άτομα που θα απασχοληθούν στη λειτουργία των δομών πρέπει να είναι:

α) Άνεργοι (επιδοτούμενοι ή μη), των ειδικότητων που απαιτούνται για τη λειτουργία των δομών οι οποίοι έχουν κάρτα ανεργίας από τον ΟΑΕΔ.

β) Εργαζόμενοι, των ειδικότητων που απαιτούνται για τη λειτουργία των δομών και οι οποίοι έχουν ετήσιο εισόδημα από επαγγελματική δραστηριότητα το οποίο δεν ξεπερνά το ύψος του αφορολόγητου ποσού με βάση το εκκαθαριστικό σημείωμα του προηγούμενου οικονομικού έτους, ή

γ) Πτυχιούχοι ΑΕΙ-ΤΕΙ και άλλων σχολών, των ειδικότητων που απαιτούνται για τη λειτουργία των δομών, οι οποίοι νομίμως δεν έχουν υποβάλει φορολογική δήλωση στο προηγούμενο οικονομικό έτος. Στην περίπτωση αυτή υποβάλλουν δήλωση του Ν. 1599/86 ότι είναι άνεργοι αναφέροντας και το χρονικό διάστημα ανεργίας τους στον κλάδο.

δ) Πτυχιούχοι ΑΕΙ-ΤΕΙ και άλλων σχολών, των ειδικότητων που απαιτούνται για τη λειτουργία των δομών, που απασχολούνται πρόσκαιρα σε εργασία διαφορετική από την ειδικότητα τους. Στην περίπτωση αυτή υποβάλλουν δήλωση του Ν. 1599/86 αναφέροντας ότι θα παρατηθούν από την απασχόλησή τους αν επιλεγούν για την στελέχωση των εν λόγω δομών.

2. Επισημαίνεται ότι ο/η Ιατρός, ο/η Γυμναστής ή ο/η ειδικός παιδαγωγός, ο/η Ψυχολόγος, και ο/η Διαμεσολαβητής δύνανται να απασχολούνται σαν εξωτερικοί συνεργάτες με δελτίο παροχής υπηρεσιών.

3. Στην περίπτωση που δεν καταστεί δυνατόν να προσληφθεί Ιατρός, Γυμναστής ή ειδικός παιδαγωγός και ψυχολόγος που να πληροί τις προϋποθέσεις των ανωτέρω παραγράφων (α, β, γ και δ) τότε κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η απασχόληση εργαζομένων.

4. Το μέγιστο χρονικό διάστημα για το οποίο θα ισχύσει η συγχρηματοδότηση από το ΕΚΤ ορίζεται σε είκοσιτέσσερις (24) μήνες.

5. Ως ημερομηνία έναρξης της ενέργειας που συγχρηματοδοτείται από το ΕΚΤ νοείται η έναρξη λειτουργίας της δομής, σύμφωνα με γραπτή δήλωση του φορέα εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις του σημείου 2 του άρθρου 7 της παρούσας.

6. Η ημερομηνία έναρξης λειτουργίας της κάθε δομής δεν μπορεί να είναι μεταγενέστερη του 15νθήμερου από αυτήν της υπογραφής της σύμβασης με το προσωπικό.

Άρθρο 7

ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ, ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΩΝ

1. ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΚΤ

Ως επιλέξιμες δαπάνες, για συγχρηματοδότηση από το Ε.Κ.Τ., των δράσεων στις οποίες αναφέρεται η παρούσα Υπ. Απόφαση ορίζονται ως εξής:

α. Δαπάνες απασχόλησης επιστημονικού προσωπικού.

Τα ανώτατα όρια των εν λόγω δαπανών διαμορφώνονται ανά κατηγορία προσωπικού και ανθρωπομήνα, ως εξής:

α1) Οι συνολικές αμοιβές του επιστημονικού προσωπικού, πλήρους απασχόλησης και σύμφωνα με τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα του ορίζονται, σε 1.230 ευρώ/μήνα, κατ' ανώτατο όριο. Στις αμοιβές αυτές δεν συμπε-

ριλαμβάνονται τα δώρα εορτών, η άδεια και το επίδομα αδείας, τα οποία όμως είναι επιλέξιμες δαπάνες.

Ειδικά για τους γιατρούς αν συνεργάζονται με πλήρη απασχόληση ορίζεται στις 1.610 ευρώ./μήνα κατ' ανώτατο όριο.

Οι ανωτέρω δαπάνες θεωρούνται επιλέξιμες εφόσον έχουν αποδοθεί οι ασφαλιστικές εισφορές και ο φόρος εισοδήματος.

Επισημαίνεται ότι οι αμοιβές υπερωριακής απασχόλησης και υπερεργασίας καθώς και τα επίδομα που προβλέπονται από εσωτερικούς κανονισμούς των επιχειρήσεων ΟΤΑ, δεν αποτελούν επιλέξιμη δαπάνη.

α2) Οι συνολικές αμοιβές του μη επιστημονικού προσωπικού ορίζονται από τις ισχύουσες συλλογικές συμβάσεις εργασίας και μέχρι 20% επιπλέον.

α3) Οι αποδοχές ή αποζημιώσεις του επιστημονικού, υπαλληλικού και εργατοτεχνικού προσωπικού που δεν απασχολείται στις εν λόγω δομές αλλά στους φορείς υλοποίησης (πχ. Δημοτικές επιχειρήσεις κ.λ.π.) και υποστηρίζει καθ' ολοκληρίαν ή εν μέρει τη λειτουργία των δομών στο πλαίσιο των συμβάσεων εργασίας ή έργου που έχει με αυτούς, δεν μπορούν να χρηματοδοτηθούν από την παρούσα ενέργεια.

β. Δαπάνες για τα σεμινάρια και τις ημερίδες

Το κόστος ανά εκπαιδευτή ορίζεται στα 35 ευρώ ανά εισήγηση διάρκειας 60 λεπτών και τα λειτουργικά έξοδα διοργάνωσης - διοικητική υποστήριξη ορίζονται με βάση τον αριθμό των συμμετεχόντων. Το κόστος ανά άτομο ημερησίως ανέρχεται στα 40 ευρώ για απασχόληση 6 ωρών.

Οι ημερίδες ενημέρωσης θα διοργανώνονται από τον φορέα υλοποίησης σε συνεργασία με τα στελέχη των ιατροκοινωνικών κέντρων. Το κόστος ανά εκπαιδευτή ορίζεται στα 35 ευρώ ανά εισήγηση και τα λειτουργικά έξοδα διοργάνωσης ορίζονται βάση τον αριθμό των συμμετεχόντων. Το κόστος ανά άτομο ημερησίως (από 6 έως 8 ώρες) ανέρχεται στα 40 ευρώ.

Το ανώτατο όριο για το κόστος της ενοικίασης των αιθουσών για τις ημερίδες ορίζεται στα 600 ευρώ.

γ. Δαπάνες αναλωσίμων υλικών, εξοπλισμού, μίσθωσης και συντήρησης εξοπλισμού και χώρων.

γ.1) Η επιλέξιμη δαπάνη για τη μίσθωση εξοπλισμού για την οποία πρέπει να υπάρχει σύμβαση δεν μπορεί να ξεπερνά τις 730 ευρώ (250.000 δρχ). ανά έτος και πρέπει να βρίσκεται εντός των τρεχουσών τιμών της αγοράς. Η σύμβαση για την μίσθωση εξοπλισμού πρέπει να είναι θεωρημένη από ΔΟΥ.

Η συγκεκριμένη δαπάνη δεν μπορεί να υπερβαίνει το 30% της αγοραίας αξίας του εκμισθούμενου εξοπλισμού.

γ.2) Δαπάνες για έπιπλα και λοιπό εξοπλισμό

Στην κατηγορία έπιπλα και λοιπός εξοπλισμός περιλαμβάνονται τα παρακάτω για τις ανάγκες λειτουργίας των νέων κέντρων

α) Κινητά αντικείμενα ή εγκατεστημένα που είναι εύκολο να αποχωριστούν

β) Ηλεκτρονικοί υπολογιστές και ηλεκτρονικά συστήματα

γ) Τηλεπικοινωνιακός εξοπλισμός

δ) Λοιπός εξοπλισμός: κάθε άλλου είδους εξοπλισμός που δεν καλύπτεται από τους προηγούμενους και αφορά μικρά μηχανήματα - εργαλεία ειδικά προσαρμοσμένα.

Η αξία ενός εκάστου αντικειμένου δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 600 ευρώ και συνολικά τα 8.800 ευρώ.

γ.3) Δαπάνες για τη συντήρηση χώρων και εξοπλισμού.

Οι ετήσιες δαπάνες για τη συντήρηση χώρων δεν μπορούν να ξεπερνούν το ποσό του 880 ευρώ. Οι ετήσιες δαπάνες για τη συντήρηση εξοπλισμού δεν μπορούν να ξεπερνούν τα 680 ευρώ.

δ. Δαπάνες προβολής και δημοσιότητας:

Η ετήσια δαπάνη του κέντρου, δεν μπορεί να ξεπερνά το ποσό των 705 ευρώ.

ε. Λοιπές λειτουργικές δαπάνες (π.χ. φωτισμός, θέρμανση, ύδρευση, τηλεφωνικά, ταχυδρομικά έξοδα)

Οι μηνιαίες δαπάνες λειτουργίας των Δομών (φωτισμός, θέρμανση, τηλεφωνικά, ταχυδρομικά κλπ.) δεν μπορούν να ξεπερνούν το ποσό των 440 ευρώ.

στ. ΦΠΑ

Ο ΦΠΑ είναι επιλέξιμη δαπάνη μόνο εάν βαρύνει πραγματικά και οριστικά τον Τελικό Δικαιούχο.

Ο ΦΠΑ που μπορεί να ανακτηθεί ή συμψηφιστεί με οποιοδήποτε τρόπο, δεν μπορεί να θεωρηθεί επιλέξιμη δαπάνη, ακόμη και εάν δεν ανακτάται από τον Τελικό Δικαιούχο.

Επίσης, ο ΦΠΑ δεν είναι επιλέξιμος στο σύνολό του στις περιπτώσεις που ένα ποσοστό του μπορεί να ανακτηθεί ή να συμψηφιστεί.

Στις περιπτώσεις των κρατικών ενισχύσεων δεν παρέχεται ενίσχυση σε ΦΠΑ που η επιχείρηση μπορεί να ανακτήσει ή να συμψηφίσει μερικώς ή ολικώς ακόμη και εάν δεν ανακτάται από την επιχείρηση.

Η επιλεξιμότητα των ανωτέρω κατηγοριών δαπανών αντιστοιχίζονται στον παρακάτω πίνακα σύμφωνα με το Εθνικό Γενικό Λογιστικό Σύστημα (Ε.Γ.Λ.Σ.)

ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΜΕ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ (Ε.Γ.Λ.Σ.)

14	ΕΠΙΠΛΑ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
14.00	ΕΠΙΠΛΑ
14.01	ΣΚΕΥΗ
14.03	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
14.05	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ
14.08	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ
60	ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
60.00	ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΜΜΙΣΘΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
60.00.00	ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ
60.00.03	ΔΩΡΑ ΕΟΡΤΩΝ
60.00.06	ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
60.00.07	ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
60.00.11	ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΚΤΟΣ ΕΔΡΑΣ
60.01	ΑΜΟΙΒΕΣ ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
60.01.00	ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ
60.01.03	ΔΩΡΑ ΕΟΡΤΩΝ
60.01.06	ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
60.01.11	ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
60.01.11	ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΚΤΟΣ ΕΔΡΑΣ
60.03	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΕΙΣ ΕΜΜΙΣΘΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
60.03.00	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΙΚΑ
60.03.01	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
60.03.02	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

60.03.04	ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ
60.04	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΕΙΣ ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
60.04.00	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΙΚΑ
60.04.01	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
60.04.02	ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
60.04.04	ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ
61	ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΤΡΙΤΩΝ
61.00	ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓ/ΤΙΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΣΕ ΦΟΡΟ
61.00.07	ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ/ΕΙΣΗΓΗΤΩΝ (ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ)
61.00.99	ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΛΟΙΠΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
61.01.01	ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΡΙΤΩΝ
61.01.07	ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ (ΜΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ)
62	ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΡΙΤΩΝ
62.03.00	ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΑ-ΤΗΛΕΓΡΑΦΙΚΑ
62.03.01	ΤΕΛΕΞ-ΦΑΞ
62.03.02	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΑ ΕΞΟΔΑ
62.03.03	ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΟΔΑ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ
62.98	ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΡΙΤΩΝ
62.98.00	ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ
62.98.01	ΦΩΤΑΕΡΙΟ
62.98.02	ΥΔΡΕΥΣΗ
63	ΦΟΡΟΙ - ΤΕΛΗ
63.98.08	ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΣ ΦΠΑ
64	ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΟΔΑ
64.00	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ
64.00.01	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕΣΑ ΤΡΙΤΩΝ
64.02	ΕΞΟΔΑ ΠΡΟΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ
64.02.00	ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ
64.02.01	ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ - ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ
64.07	ΕΝΤΥΠΗ ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΥΛΗ
64.02.05	ΕΞΟΔΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ-ΔΕΞΙΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΦΕΡΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ
64.02.06	ΕΞΟΔΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ - ΔΑΠΑΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ
64.07.00	ΕΝΤΥΠΑ
64.07.01	ΥΛΙΚΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΚΤΥΠΩΣΕΩΝ
64.07.02	ΕΞΟΔΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΚΤΥΠΩΣΕΩΝ
64.08	ΥΛΙΚΑ ΑΜΕΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΕΩΣ
64.08.00	ΚΑΥΣΙΜΑ ΚΑΙ ΛΟΙΠΑ ΥΛΙΚΑ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ
64.08.01	ΥΛΙΚΑ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ
64.08.02	ΥΛΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
64.09.01	ΕΞΟΔΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ ΑΓΓΕΛΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ
64.98	ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΟΔΑ
64.98.00	ΚΟΙΝΟΧΡΗΣΤΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ
64.98.04	ΕΞΟΔΑ ΛΟΙΠΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
64.98.05	ΕΞΟΔΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΡΙΤΩΝ

2. ΓΕΝΙΚΟΙ ΟΡΟΙ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Η επιλεξιμότητα των δαπανών που συγχρηματοδοτούνται από το ΕΚΤ, ξεκινά μετά την ημερομηνία της απόφασης ένταξης και δύο (2) μήνες πριν την έναρξη λειτουργίας της δομής. Το σύνολο των νομικών υποχρεώσεων θα πρέπει να έχει αναληφθεί έως την έναρξη λειτουργίας τους. Νομική υποχρέωση θεωρείται:

- Η υπογραφή σύμβασης με το απαραίτητο για τη λειτουργία της δομής προσωπικό, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία.

- Βεβαίωση για τον απαιτούμενο για την λειτουργία εξοπλισμό από το ΠΕΣΥ.

3. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΦΑΚΕΛΩΝ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

Η σύμφωνη με την παρούσα Απόφαση εφαρμογή της ενέργειας και η νόμιμη καταβολή δαπανών αποδεικνύεται με δικαιολογητικά που τηρούνται σε ειδικό φάκελο του τελικού δικαιούχου και στον οποίο αυτά περιλαμβάνονται, ανάλογα με τις κατηγορίες δαπανών. Οι λογιστικές καταχωρήσεις στα βιβλία του Τελικού Δικαιούχου πρέπει να παρέχουν πλήρη, ακριβή και διακριτή εικόνα των λογιστικών στοιχείων της πράξης, σε διακριτή λογιστική μερίδα για το έργο.

Ο τελικός δικαιούχος υποχρεούται να τηρήσει τον εν λόγω φάκελο επί τρία τουλάχιστον έτη, μετά την τελευταία πληρωμή. Η προθεσμία αυτή διακόπτεται σε περίπτωση δικαστικών διώξεων ή κατόπιν απιολογημένης αίτησης της επιτροπής.

Κάθε πρωτότυπο παραστατικό που σχετίζεται με τις επιλέξιμες από το Πρόγραμμα δαπάνες σφραγίζεται με ειδική σφραγίδα και υπογράφεται από τον αρμόδιο για την οικονομική λειτουργία του τελικού δικαιούχου. Στην σφραγίδα αναφέρεται και το ποσοστό του τιμολογίου που σχετίζεται με το έργο.

Η τήρηση των παραστατικών και άλλων νομιμοποιητικών εγγράφων κατηγοριοποιείται ως εξής :

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΚΤ**A. Δαπάνες απασχόλησης προσωπικού**

1. Η προκήρυξη για την πρόσληψη του επιστημονικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού και ο οριστικός πίνακας επιλογής των απασχολούμενων στη δράση.

2. Τα υποβληθέντα πιστοποιητικά σπουδών, επαγγελματικής εμπειρίας και βιογραφικά σημειώματα των απασχολούμενων.

3. Οι συμβάσεις μεταξύ δικαιούχου φορέα και απασχολούμενων, όπου θα καθορίζεται το περιεχόμενο της εργασίας τους, θα πρέπει να σχετίζεται άμεσα με τις αντίστοιχες ειδικότητες.

4. Οι μηνιαίες καταστάσεις μισθοδοσίας ΙΚΑ (θεωρημένες από το αρμόδιο υποκατάστημα ΙΚΑ).

5. Τα αντίγραφα πληρωμής των ενσήμων ΙΚΑ.

6. Οι αποδείξεις είσπραξης των αποδοχών των απασχολούμενων.

7. Η ονομαστική κατάσταση των απασχολούμενων στη δράση, με αναγραφή του αριθμού φορολογικού μητρώου τους (Α.Φ.Μ.)

8. Τα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι απασχολούμενοι στη δράση, πληρούν τους όρους της παρ. 1 του άρθρου 6 «Όροι υλοποίησης», και ειδικότερα:

- Κάρτα ανεργίας για τους ανέργους (επιδοτούμενους ή μη)

- Φωτοτυπία του εκκαθαριστικού σημειώματος του προηγούμενου οικονομικού έτους (για εργαζόμενους με ετήσιο εισόδημα από επαγγελματική δραστηριότητα μέχρι του ύψους του αφορολογήτου ποσού).

9. Έγγραφο διακοπής της επιδότησης ανεργίας στις περιπτώσεις επιδοτούμενων ανέργων από τον ΟΑΕΔ.

10. Αντίγραφα των ενταλμάτων ή/και αποδείξεων πληρωμής (που εκδίδονται για όλες τις πληρωμές), τα οποία φέρουν την πρωτότυπη υπογραφή του δικαιούχου και συνοδεύονται από αποδείξεις είσπραξης.

11. Δηλώσεις καταβολής του φόρου εισοδήματος.

Β. Δαπάνες αναλωσίμων υλικών, συντήρησης εξοπλισμού, μίσθωσης και συντήρησης χώρων

1. Τα εξοφλημένα τιμολόγια και δελτία αποστολής των αναλωσίμων.

2. Τα εξοφλημένα τιμολόγια ή αποδείξεις Παροχής Υπηρεσιών και οι αντίστοιχες αποδείξεις πληρωμής και είσπραξης, που αφορούν στη συντήρηση του εξοπλισμού και των χώρων.

3. Τα τιμολόγια και τα δελτία αποστολής και επιστροφής στις περιπτώσεις ενοικίασης εξοπλισμού.

Γ. Λοιπές λειτουργικές δαπάνες:

1. Οι λογαριασμοί Γενικών Εξόδων (ύδρευσης, ΔΕΗ, ΟΤΕ κλπ.), τιμολόγια αγοράς καυσίμων ή αποδείξεις πληρωμής κοινοχρήστων, ταχυδρομικών εξόδων κλπ.

2. Τα εξοφλημένα τιμολόγια αγορών ή παροχής υπηρεσιών που αφορούν σε δαπάνες προβολής, δημοσιότητας και εκδηλώσεων, με πλήρη και αναλυτική περιγραφή των ενεργειών προβολής και δημοσιότητας και τιμολογημένη ανά είδος ενέργειας. Τα παραπάνω τιμολόγια θα παρέχουν αναλυτικές πληροφορίες για κάθε παροχή υπηρεσιών.

Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προβλεπόμενων δικαιολογητικών και παραστατικών, οι ανωτέρω πληρωμές δεν θεωρούνται νομίμως καταβληθείσες και ως εκ τούτου μη επιλέξιμες από το Πρόγραμμα.

Σε όλες τις παραπάνω κατηγορίες δαπανών απαιτούνται τα εκάστοτε κατά περίπτωση νόμιμα παραστατικά (που προβλέπει ο ΚΒΣ και τα όσα προβλέπονται από τους ισχύοντες φορολογικούς νόμους) που να αναφέρονται στην συγκεκριμένη δράση (ο τίτλος της δράσης πρέπει να αναγράφεται στο οικείο τιμολόγιο) και να αναγράφεται η συγχρηματοδότηση του από το συγκεκριμένο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.

Άρθρο 9**ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ**

Οι υποχρεώσεις των Τελικών Δικαιούχων κάθε Έργου ορίζονται στην απόφαση 18527/ΓΔΑΠΠΔΕ 156/7.6.2001 του Υφυπουργού Εθνικής Οικονομίας «Τύπος και Περιεχόμενο Απόφασης Ένταξης Πράξης σε Επιχειρησιακά Προγράμματα του ΚΠΣ 2000 - 2006, σύμφωνα με το άρθρο 5, παρ. 3 του Ν. 2860/2000» και είναι:

1. Η υποχρέωση ενημέρωσης της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος με τα Μηνιαία Δελτία Δήλωσης Δαπανών για την πράξη με την επισήμανση ότι τα δελτία αυτά επέχουν θέση υπεύθυνης δήλωσης των υπευθύνων για τις πληρωμές και για το πραγματοποιηθέν έργο του τελικού δικαιούχου και αποτελούν αίτημα χρηματοδότησης της αναλογούσας εθνικής και κοινοτικής χρηματοδότησης.

2. Η υποχρέωση ενημέρωσης της Ειδικής Υπηρεσίας

Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος με τα Τριμηνιαία Δελτία Παρακολούθησης του έργου και των υποέργων του με την επισημάνση ότι τα δελτία αυτά επέχουν θέση υπεύθυνης δήλωσης του υπεύθυνου του έργου του τελικού δικαιούχου.

3. Η υποχρέωση τήρησης της κοινοτικής και εθνικής Νομοθεσίας κατά την εκτέλεση της πράξης και ιδίως όσον αφορά τις δημόσιες συμβάσεις, όπως αυτή καθορίζεται από την προαναφερόμενη απόφαση.

4. Η υποχρέωση (σύμφωνα με τους λεπτομερείς κανόνες που προβλέπονται στον κανονισμό (ΕΚ) 1159/2000) ανάρτησης ενημερωτικής πινακίδας κατά την διάρκεια εκτέλεσης της πράξης και αναμνηστικής πλάκας (στα έργα υποδομής) κατά την ολοκλήρωσή της καθώς και η υποχρέωση αναφοράς της κοινοτικής και κρατικής συμμετοχής σε οποιαδήποτε δημοσίευση ή ίδια των μέσων μαζικής επικοινωνίας δημοσιότητας της πράξης.

5. Η υποχρέωση λειτουργίας μηχανισμού πιστοποίησης εκτέλεσης της πράξης, ο οποίος θα εξασφαλίζει τον αποτελεσματικό έλεγχο της ποιότητας και ποσότητας των υλικών των υπηρεσιών και του τελικού παραδοτέου αποτελέσματος, καθώς και η υποχρέωση λειτουργίας εσωτερικού μηχανισμού ελέγχου των πληρωμών, ο οποίος θα εξασφαλίζει την νομιμότητα και κανονικότητά τους.

6. Η υποχρέωση τήρησης ξεχωριστής λογιστικής μερίδας για την πράξη, στην οποία θα καταχωρίζονται όλες οι επιλέξιμες πληρωμές, που θα αντιστοιχούν πλήρως με τις δηλούμενες προς την Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος στα Μηνιαία Δελτία Δήλωσης Δαπανών.

7. Η υποχρέωση τήρησης ξεχωριστού τραπεζικού λογαριασμού για την πράξη (στις περιπτώσεις έμμεσων πληρωμών του άρθρου 11 του Ν.2860/2000) και η υποχρέωση υποβολής στοιχείων κίνησης του λογαριασμού στην Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του Ε.Π. και στην Αρχή Πληρωμής και ειδικότερα για τους δημιουργούμενους τόκους.

8. Η υποχρέωση τήρησης όλων των δικαιολογητικών που αφορούν την εκτέλεση της πράξης τουλάχιστον για τρία χρόνια μετά την ολοκλήρωση του Ε.Π. Η προθεσμία αυτή διακόπτεται σε περίπτωση δικαστικών διώξεων ή κατόπιν αιτιολογημένης αίτησης της Επιτροπής (Αρ. 38 παρ. 6 Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1260 / 1999 του Συμβουλίου της 21ης Ιουνίου 1999 περί γενικών διατάξεων για τα διαρθρωτικά ταμεία.

9. Η υποχρέωση κοινοποίησης στη διαχειριστική αρχή, των εγγράφων που αφορούν την πράξη και σχετίζονται με τον έλεγχο και την παρακολούθηση αυτής και ιδίως την υποχρέωση του τελικού δικαιούχου για άμεση ενημέρωση της διαχειριστικής αρχής όταν η πράξη υποστεί σημαντική τροποποίηση.

10. Η υποχρέωση καθ' όλη τη διάρκεια εκτέλεσης της πράξης, να θέτει στη διάθεση, εφόσον ζητηθούν, τις Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος, της Αρχής Πληρωμής, της Επιτροπής Δημοσιονομικού Ελέγχου και της Επιτροπής Παρακολούθησης του Ε.Π. όλα τα έγγραφα, δικαιολογητικά ή στοιχεία της πράξης, καθώς και σε όλους τους ελεγκτικούς μηχανισμούς της Ελλάδας ή της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

11. Αναφορά των κυρώσεων που επιφέρει για τον τελικό δικαιούχο η μη εναρμόνιση του με τις υποχρεώσεις και τους όρους της Απόφασης και ιδίως την προσωρινή ή και την οριστική διακοπή της χρηματοδότησης ή την απέντα-

ξη της πράξης από το Ε.Π. και την υποχρέωση του τελικού δικαιούχου στην επιστροφή του συνόλου της μεταφερθείσας χρηματοδότησης σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από το Ν. 2860/2000 καθώς και την Κοινή Απόφαση περί αριθμ.2007892/461/27.5.98 των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών, Γεωργίας, Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμό 2/57858/Γ0041 9/8/00 περί «Ανακήσεως αχρεωστήτως ή παρανόμως καταβληθέντων ποσών από εθνικούς πόρους ή πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα πλαίσια της υλοποίησης κοινοτικών πολιτικών» και τον κανονισμό 448/2001 της Επιτροπής για τη διαδικασία επιβολής δημοσιονομικών διορθώσεων.

12. Η υποχρέωση του τελικού δικαιούχου για άμεση ενημέρωση της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης οσάκις διαφοροποιηθούν οι συνθήκες ή το χρονοδιάγραμμα εκτέλεσης της πράξης. Σε περίπτωση αύξησης του προϋπολογισμού της πράξης, ο τελικός δικαιούχος υποβάλλει εκ νέου για ένταξη την πράξη με τα νέα οικονομικά στοιχεία.

13. Η υποχρέωση του τελικού δικαιούχου σε κάθε περίπτωση να δέχεται επιτόπιους ελέγχους από την Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος καθώς και από τα άλλα αρμόδια εθνικά και κοινοτικά ελεγκτικά όργανα.

Άρθρο 10

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η χρηματοδότηση της ενέργειας προέρχεται από Κοινοτικούς και Εθνικούς Πόρους και αποτελεί εξ' ολοκλήρου Δημόσια Δαπάνη.

Ειδικότερα η ενέργεια συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) κατά 75%. Η αναλογούσα Εθνική Συμμετοχή καθώς και η αντίστοιχη συνδρομή του Ε.Κ.Τ. θα καλυφθεί από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (Σ.Α.Ε.Π του ΠΔΕ). Οι σχετικές εισροές των πόρων του Ε.Κ.Τ. θα αποτελέσουν έσοδα του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων και θα εκταμιεύονται σύμφωνα με την κατωτέρω διαδικασία.

Η χρηματοδότηση θα δίνεται σε τέσσερις δόσεις, ως εξής:

Η πρώτη δόση είναι το 40% του προϋπολογισμού του έργου και χορηγείται με την έναρξη λειτουργίας της ενέργειας. Η πρώτη δόση δεν μπορεί να υπερβαίνει την ετήσια δέσμευση του έργου.

Η δεύτερη δόση είναι το 30% του προϋπολογισμού του έργου και χορηγείται αφού πιστοποιηθεί ότι έχει δαπανηθεί το 80% της πρώτης δόσης.

Η τρίτη δόση είναι το 20% του προϋπολογισμού του έργου και χορηγείται αφού πιστοποιηθεί ότι έχει δαπανηθεί το 80% της δεύτερης δόσης.

Η τελευταία δόση αφορά την πληρωμή του υπολοίπου και πραγματοποιείται με την πιστοποίηση του 100% του φυσικού αντικείμενου του έργου όπως περιγράφεται στην παρ. 3 του αρθ. 2 της παρούσης.

Οι τυχόν υπερβάσεις των εγκεκριμένων κονδυλίων, όπως αναφέρεται στις εγκριτικές αποφάσεις δεν χρηματοδοτούνται.

Ρητά ορίζεται ότι η υλοποίηση της κάθε δράσης, καθώς και όλα τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από τα εγκριτικά έγγραφα δεν μεταβιβάζονται, ούτε εκχωρούνται σε οποιονδήποτε τρίτο φορέα. Εξαιρέση

της διάταξης αυτής αποτελούν οι αναφερόμενοι στο σημείο 11 του άρθρου 2 της παρούσης φορείς.

Τέλος, ο δικαιούχος φορέας υποχρεούται να τηρεί ξεχωριστό τραπεζικό λογαριασμό, αποκλειστικά για την επιχορήγηση, από τον οποίο θα αποδεικνύονται οι εισροές και εκροές της δράσης.

Άρθρο 12

ΕΛΕΓΧΟΣ

1. Προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα και η ορθή εφαρμογή των ενεργειών της παρούσας, τα αρμόδια, σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που διέπει το ΓΚΠΣ, όργανα λαμβάνουν τα αναγκαία μέτρα με σκοπό :

Α. Την τήρηση των εθνικών και κοινοτικών διατάξεων
 Β. Την ορθή υλοποίηση
 Γ. Την επιλεξιμότητα των δαπανών και την αιτιολόγηση τους

Δ. Την πρόληψη ή την διαπίστωση τυχόν παραβάσεων και την επιβολή κυρώσεων

Ε. Την ανάκτηση τυχόν αχρεωστήτως καταβληθέντων κεφαλαίων μετά τη διαπίστωση σχετικής παράβασης.

Στ. Την εξασφάλιση επαρκούς διαδρομής ελέγχου.

2. Επίπεδο - είδος ελέγχου και αρμόδια όργανα
 - Πρωτοβάθμιος έλεγχος ο οποίος διενεργείται από την Διαχειριστική Αρχή κάθε Ε.Π.

- Δευτεροβάθμιος Έλεγχος που διενεργείται από την Αρχή Πληρωμής του ΚΠΣ

- Εξωτερικός δημοσιονομικός έλεγχος ο οποίος διενεργείται από την Επιτροπή Δημοσιονομικού Ελέγχου (ΕΔΕΛ)

Ο έλεγχος συνίσταται στην εξέταση της ποιότητας του παρεχόμενου έργου και στην ορθή οικονομική διαχείριση σύμφωνα με τις ισχύουσες κοινοτικές και εθνικές διατάξεις.

Επίσης ελέγχεται :

Α) ο σεβασμός των στόχων του μέτρου του επιχειρησιακού προγράμματος

Β) η εναρμόνιση της δράσης με τους στόχους του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και με τις διατάξεις των Κανονισμών των σχετικών με την αποστολή των διαρθρωτικών ταμείων.

Γ) η καλή δημοσιονομική διαχείριση, η οποία μεταξύ άλλων περιλαμβάνει την δικαιολόγηση και την λογιστική καταγραφή των δαπανών, την τήρηση των φορολογικών νόμων και την διαχείριση σύμφωνα με τις αρχές της οικονομίας και της χρηστής δημοσιονομικής διαχείρισης.

3. Έλεγχος από τις Διαχειριστικές Αρχές των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων

Η διαχειριστική αρχή κάθε επιχειρησιακού προγράμματος ασκεί έλεγχο σε όλα τα στάδια από την προετοιμασία μέχρι την ολοκλήρωση της πράξης, όπως αναλυτικά περιγράφεται στο άρθρο 6 του Ν.2860/2000 και της Κ.Υ.Α. που εκδίδονται για τη σύσταση και λειτουργία των διαχειριστικών αρχών των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων.

Στάδια Ελέγχου

Προληπτικός έλεγχος: διενεργείται πριν την έναρξη της υλοποίησης του έργου, κατά το στάδιο της προετοιμασίας εκτέλεσης και ελέγχεται η ικανότητα του τελικού δικαιούχου να υλοποιεί το έργο.

Έλεγχος κατά την εκτέλεση του έργου: διενεργείται κατά τη διάρκεια υλοποίησης των έργων μέσω του Ο.Π.Σ.

και με επιτόπιους ελέγχους. Συγκεκριμένα ελέγχεται η νομιμότητα και η κανονικότητα των δαπανών, η τήρηση των διαδικασιών, η αξιοπιστία των πληροφοριών και οικονομικών στοιχείων που δηλώνονται από τον τελικό δικαιούχο, στα πλαίσια των μηνιαίων και τριμηνιαίων δελτίων παρακολούθησης, η τήρηση των δεσμεύσεων που έχει αναλάβει ο τελικός δικαιούχος κατά την ένταξη του έργου στο επιχειρησιακό πρόγραμμα και η τήρηση των κανόνων δημοσιότητας.

Έλεγχος με την ολοκλήρωση του έργου: διενεργείται μετά τη γνωστοποίηση της ολοκλήρωσης του έργου από τον τελικό δικαιούχο, είναι επιτόπιος, αφορά το φυσικό αντικείμενο του έργου καθώς και το λειτουργικό αποτέλεσμα και συντάσσεται βεβαίωση τήρησης των υποχρεώσεων από τον τελικό δικαιούχο.

Κάθε έργο γίνεται αντικείμενο επιτόπιου ελέγχου τουλάχιστο μια φορά.

Για κάθε διενεργούμενο έλεγχο συντάσσεται έκθεση, τα πορίσματα της καταχωρούνται στο ΟΠΣ και κοινοποιούνται στην Αρχή πληρωμής, την Επιτροπή Δημοσιονομικού ελέγχου και τον τελικό δικαιούχο.

Στις περιπτώσεις που υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις για την ύπαρξη παρατυπιών προβαίνει στην διενέργεια έκτακτου ελέγχου, την έκδοση σχετικού πορίσματος και ολοκληρώνει την διαδικασία μέχρι το οριστικό κλείσιμο του θέματος όπως προβλέπεται στο άρθρο 6 του Ν.2860/2000

4. Διαδρομή του Ελέγχου

Επισημαίνεται επίσης ότι ο έλεγχος που διενεργείται από την Διαχειριστική Αρχή πρέπει να ανταποκρίνεται στην απαιτούμενη από το άρθρο 7 του Κανονισμού 438/2001, επαρκή διαδρομή ελέγχου, όπως ενδεικτικά περιγράφεται στο παράρτημα 1 αυτού.

Ειδικότερα, για να είναι επαρκής η διαδρομή ελέγχου πρέπει να επιτυγχάνεται η επαλήθευση της λογιστικής καταχώρησης των δαπανών σε όλα τα επίπεδα των αρμόδιων υπηρεσιών, δηλαδή μεταξύ της διαχειριστικής αρχής, του τελικού δικαιούχου και του αναδόχου του έργου. Επίσης πρέπει να επαληθεύεται η χρηρήγηση και η μεταφορά των διαθέσιμων κοινοτικών και εθνικών κονδυλίων.

Συγκεκριμένα:

- Οι λογιστικές καταχωρήσεις πρέπει να παρέχουν αναλυτικές πληροφορίες για τις δαπάνες που πραγματοποιήσαν οι τελικοί δικαιούχοι και γι' αυτό πρέπει να περιλαμβάνουν την ημερομηνία καταχώρησης το ποσό κάθε κονδυλίου της δαπάνης, τον προσδιορισμό των δικαιολογητικών εγγράφων και την ημερομηνία και μέθοδο της πληρωμής, ακόμη πρέπει να επισυνάπτονται τα αναγκαία αποδεικτικά στοιχεία (τιμολόγια).

Την υποχρέωση αυτή την έχουν και οι δημόσιοι φορείς ή οργανισμοί ή εταιρείες που επιτελούν τις πράξεις όταν δεν είναι οι τελικοί αποδέκτες της χρηματοδότησης.

- Σε περιπτώσεις δαπανών που αφορούν μόνο εν μέρει τη συγχρηματοδοτούμενη από την Κοινότητα πράξη, καταδεικνύεται η ακρίβεια κατανομής του ποσού μεταξύ της συγχρηματοδοτούμενης και των άλλων πράξεων. Παρόμοια αιτιολόγηση πρέπει να υπάρχει και για τα είδη δαπανών τα οποία θεωρούνται ως επιλέξιμα εντός ορίων ή αναλογικά προς άλλες δαπάνες.

- Οι τεχνικές προδιαγραφές και το χρηματοδοτικό σχέδιο της παρέμβασης, οι εκθέσεις προόδου, τα έγγραφα που αφορούν την έγκριση επιχορήγησης, τις διαδικασίες δημοπράτησης και σύναψης της σύμβασης και οι εκθέ-

σεις σχετικά με επιθεωρήσεις των συγχρηματοδοτούμενων από τις πράξεις προϊόντων και υπηρεσιών τηρούνται επίσης διαθέσιμα στο κατάλληλο επίπεδο διαχείρισης.

- Στις περιπτώσεις τελικών δικαιούχων που δίνουν απευθείας αναφορά στην αρχή πληρωμής, οι λεπτομερείς δηλώσεις δαπανών συνομιστούν τα δικαιολογητικά έγγραφα των λογιστικών καταχωρήσεων της αρχής πληρωμής η οποία είναι αρμόδια για την σύνταξη του καταλόγου των συγχρηματοδοτούμενων πράξεων.

- Σε περιπτώσεις ηλεκτρονικής διαβίβασης λογιστικών δεδομένων, όλες οι οικείες αρχές και φορείς λαμβάνουν επαρκείς πληροφορίες από το χαμηλότερο επίπεδο για να δικαιολογήσουν τις λογιστικές εγγραφές και τα ποσά που αναφέρουν σε υψηλότερο επίπεδο, διασφαλίζοντας έτσι μια ικανοποιητική διαδρομή ελέγχου από τα συνολικά ποσά που πιστοποιούνται στην επιτροπή μέχρι τα μεμονωμένα κονδύλια των δαπανών και τα δικαιολογητικά έγγραφα στο επίπεδο του τελικού δικαιούχου και των τελικών αναδόχων των έργων που υλοποιούν τις πράξεις.

5. Η τήρηση από τους φορείς των δεσμεύσεων που έχουν αναλάβει, καθώς και των στοιχείων και διαδικασιών που απορρέουν από το ισχύον νομικό πλαίσιο, είναι υποχρεωτική.

Η μη τήρηση ή η ελλιπής τήρηση αυτών μπορεί να επιφέρει την περικοπή δαπανών ή ακόμα και την ακύρωση των δράσεων και την επιστροφή τυχόν εισπραχθέντων χρηματικών ποσών ως παρανόμως ή αχρεωστήτως καταβληθέντων.

Στις περιπτώσεις αυτές με το πόρισμα του ελέγχου κοινοποιείται στον ελεγχόμενο φορέα και απόσπασμα της

έκθεσης και εφαρμόζονται οι διατάξεις της Κ.Υ.Α. 2007892/461/98 «Ανάκτηση αχρεωστήτως καταβληθέντων ποσών από εθνικούς πόρους ή πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα πλαίσια της υλοποίησης κοινοτικών πολιτικών» όπως τροποποιήθηκε με την 2/57858/Γ0041/2000 όμοια.

6. Επισημαίνεται ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς στην διαχείριση και υλοποίηση των έργων και υποέργων υποχρεούνται επί τρία έτη μετά την τελευταία πληρωμή να τηρούν στη διάθεση των ελεγκτικών αρχών και οργάνων όλα τα δικαιολογητικά έγγραφα (είτε τα πρωτότυπα έγγραφα είτε αντίγραφα για τα οποία βεβαιώνεται ότι είναι σύμφωνα με τα πρωτότυπα σε κοινώς αποδεκτά υποθέματα δεδομένων) τα σχετικά με τις δαπάνες που αφορούν τη συγκεκριμένη παρέμβαση.

Άρθρο 13

ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

1. Η παρούσα Υπουργική Απόφαση ισχύει από την δημοσίευση της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.
2. Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 2 Οκτωβρίου 2002

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Χ. ΠΑΧΤΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Δ. ΡΕΠΠΑΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Κ. ΣΚΑΝΔΑΛΙΔΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα συμπεράσματα μας όπως αυτά προέκυψαν από την ως τώρα μελέτη του στο θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού και της πρόσβασης των μειονοτήτων στον τομέα της υγείας.

Αν και τα παλαιότερα χρόνια οι υπηρεσίες υγείας αναγνωρίζονταν ως ένα κοινωνικό αγαθό την σημερινή εποχή βασίζονται σε ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης. Αναμενόμενο λοιπόν είναι να παρατηρούνται προβλήματα στην πρόσβαση των μειονοτήτων σε αυτά.

Όλες οι μειονοτικές ομάδες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα όσον αφορά την πρόσβαση τους στον τομέα της υγείας. Στην μελέτη αυτή ο ερευνητής περιορίστηκε στην ανάλυση ορισμένων μειονοτικών ομάδων αλλά τα μέτρα τα οποία αναλύονται στην μελέτη είναι εύλογο ότι αναφέρονται σε όλες τις κατηγορίες των μειονοτήτων όπως είναι π.χ. οι μονογονεϊκές οικογένειες. Ανισότητες στην πρόσβαση παρατηρούνται όταν πόροι και εγκαταστάσεις είναι άνισα καταμερισμένα σε μια χώρα.

Στόχος της κοινωνίας λοιπόν δεν θα πρέπει να είναι το κέρδος και η προσπάθεια παροχής υπηρεσιών υγείας μόνο σε όσα άτομα έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν αλλά αυτό που θα πρέπει να ισχύει είναι η ισότητα στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας. Με την έννοια ισότητα στην φροντίδα υγείας εννοούμε τα εξής:

- Ίση πρόσβαση στην διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες
- Ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες
- Ίση ποιότητα στην φροντίδα για όλους

Είναι λοιπόν σαφές ότι κύρια μέριμνα για την κοινωνία θα πρέπει να αποτελεί η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας στις περιφέρειες μιας χώρας και ο ίσος καταμερισμός των πόρων ώστε να λαμβάνονται υπόψιν οι ανάγκες παρά η κοινωνική επιρροή.

Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας οι περισσότεροι δήλωσαν απογοητευμένοι από την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και θεωρούν ότι η κοινωνία δεν λαμβάνει μέτρα για την επίλυση του προβλήματος αλλά αδιαφορεί συστηματικά για το πρόβλημα.

Αυτό που διαπιστώθηκε από την παρούσα μελέτη ήταν ότι τα κύρια αίτια που οδήγησαν τους μετανάστες, τους τσιγγάνους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι οι διαφορές που υπάρχουν σε σχέση με το μορφωτικό, εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο των ατόμων. Τα άτομα αυτά λόγω του χαμηλού επιπέδου ζωής δεν έχουν την δυνατότητα να επιτύχουν ένα υψηλό επίπεδο ζωής με αποτέλεσμα να καταλήγουν να περιθωριοποιούνται από την κοινωνία και η πολιτεία να παραμένει απλά ένας παρατηρητής του προβλήματος. Το βασικό συμπέρασμα λοιπόν που θα μπορούσε να εξαχθεί από αυτή την έρευνα είναι η έντονη επίδραση που ασκούν οι οικονομικοί και οι μορφωτικοί παράγοντες στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Συνεπώς αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι η παρέμβαση της κοινωνίας στον τομέα της υγείας θα πρέπει να είναι άμεση και βασική προτεραιότητα στα μέτρα δράσης της. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι μετανάστες, οι τσιγγάνοι, οι μονογονεϊκές οικογένειες και τα άτομα με προβλήματα κατατάσσονται στις ευπαθείς ομάδες της κοινωνίας οι οποίες χρίζουν άμεσης φροντίδας και εξυπηρέτησης όσον αφορά τον τομέα της υγείας. Η κοινωνία δεν θα πρέπει να παραβλέπει το πρόβλημα ή απλά να υιοθετεί αναποτελεσματικές πολιτικές αλλά θα πρέπει να μελετά την κατάσταση αναλυτικά και να υιοθετεί

τέτοιες πολιτικές οι οποίες θα έχουν άμεσα και αποδοτικά αποτελέσματα για τις μειονοτικές ομάδες. Ο κοινωνικός αποκλεισμός την σημερινή εποχή έχει λάβει σημαντικές διαστάσεις και η επίλυση του θεωρείται τόσο αναγκαία όσο και η επίλυση άλλων κοινωνικών προβλημάτων.

Περίληψη

Η μελέτη αυτή σαν στόχο έχει να ενημερώσει τον αναγνώστη για τα προβλήματα των μειονοτήτων και να ευαισθητοποιήσει τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να υπάρξουν σημαντικές βελτιώσεις στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας.

Η εργασία που θα παρουσιάσουμε χωρίζεται σε 6 κεφάλαια. Στο **πρώτο κεφάλαιο** παρουσιάζεται ένα εισαγωγικό κομμάτι της μελέτης προκειμένου να κατατοπίσει τον αναγνώστη. Εν συνεχεία αναλύεται η μεθοδολογία. Στο **δεύτερο κεφάλαιο** αναλύονται οι μειονοτικές ομάδες και η κοινωνική επιρροή που δέχεται η κάθε μια. Γίνεται λόγος για τους μετανάστες, για τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τους τσιγγάνους οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στην υγεία λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού και του ρατσισμού. Στο **τρίτο κεφάλαιο** της παρούσας εργασίας αναλύεται η χρήση των υπηρεσιών υγείας και η προσβασιμότητα σε αυτές. Αρχικά αναλύεται η ισότητα στην χρήση και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και πόσο σημαντικό είναι να έχουν όλα τα άτομα ανεξαρτήτου εθνικότητας, καταγωγής, και σωματικής κατάστασης ισότιμη πρόσβαση στην υγεία. Εν συνεχεία παρουσιάζονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η κάθε μειονοτική ομάδα ξεχωριστά στην χρήση υπηρεσιών υγείας. Το **τέταρτο κεφάλαιο** της μελέτης αναλύει το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού. Πιο συγκεκριμένα δίνεται η έννοια του και παρουσιάζεται η σύνδεση του με την φτώχεια. Επίσης παρουσιάζεται η κατάσταση του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα και οι δραστηριότητες που έχουν υιοθετηθεί προκειμένου να καταπολεμηθεί αυτός. Επίσης, παρουσιάζεται και η κατάσταση που επικρατεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αναλύει το επιχειρησιακό πρόγραμμα που έχει εγκριθεί για την περίοδο 2000-2006 με στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού αναλύεται η σπουδαιότητα των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και προτείνονται στρατηγικές για την ανάπτυξη της ποιότητας. Προκειμένου να μπορέσει να αποδειχθεί ότι όλα όσα αναφέρονται στην θεωρία ισχύουν και στην πράξη στο **πέμπτο κεφάλαιο** παρουσιάζεται μια έρευνα με ερωτηματολόγια προκειμένου να γίνει γνωστή η άποψη των μειονοτήτων σχετικά με την πρόσβαση στην υγεία. Η έρευνα αυτή

επιβεβαίωσε την θεωρία και απέδειξε ότι όντως την σημερινή εποχή ομάδες όπως είναι οι μετανάστες, οι τσιγγάνοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα και θεωρούν ότι η πολιτεία αδιαφορεί για το πρόβλημα τους. Τέλος στο **έκτο κεφάλαιο** της έρευνας παρουσιάζονται τα συμπεράσματα σχετικά με το θέμα των μειονοτήτων και της πρόσβασης αυτών στις υπηρεσίες υγείας. Τονίζεται η σπουδαιότητα της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία και παρουσιάζονται οι στρατηγικές που θα πρέπει να υιοθετήσει η πολιτεία προκειμένου να μπορέσει να περιορίσει τον κοινωνικό αποκλεισμό.