



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΑΡΙΑ ΦΩΚΙΑΝΟΥ

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΥΠΑΘΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΑΡΙΑ ΦΩΚΙΑΝΟΥ

**ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΥΠΑΘΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Επιβλέπων Καθηγητής:

Αναστάσιος Ντάνος, Καθηγητής ΤΕΙ Πειραιά

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

**POST GRADUATE PROGRAM
HEALTH MANAGEMENT**



TEI OF PIRAEUS

MARIA FOKIANOU

**THE LEGAL FRAMEWORK FOR HEALTH CARE AND SOCIAL
PROTECTION OF VULNERABLE GROUPS IN GREECE**

Supervisor:

Professor of TEI of Piraeus Ntanos Anastasios

Thesis Submitted for the Degree MSc in Health Management

Piraeus, 2013

Περιεχόμενα

Συντομογραφίες και ακρωνύμια	vi
Περίληψη	ix
Abstract.....	x
1 Εισαγωγή	
1	
2 Εννοιολογικό πλαίσιο της υγείας και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων	
3	
2.1 Ορισμοί.....	3
2.2 Η Υγεία ως δικαίωμα	9
2.3 Η κοινωνική προστασία ως δικαίωμα	11
3 Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Ευρωπαϊκή Ένωση	
14	
3.1 Το πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Ε.Ε.....	15
3.2 Πολιτική Υγείας στην Ε.Ε.	19
3.3 Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ)	21
3.4 Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ)	22
3.5 Οι τρέχουσες προκλήσεις της υγείας και της κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη	24
4 Υγεία και Κοινωνική Προστασία των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων στην Ελλάδα	
30	
4.1 Το Ελληνικό μοντέλο Κοινωνικής Προστασίας των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων	30
4.2 Υγεία και Κοινωνική προστασία την περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα	33
4.3 Το διοικητικό / επιχειρησιακό περιβάλλον άσκησης των πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα.....	41
4.3.1 Οι φορείς κοινωνικής προστασίας του δημόσιου τομέα	42
4.3.2 Μεταβιβαζόμενες Αρμοδιότητες του Τομέα Κοινωνικής Προστασίας στους Δήμους	48
4.3.3 Αρμοδιότητες του Τομέα Κοινωνικής Προστασίας των Περιφερειών	53
4.3.4 Ο ρόλος της διοίκησης και του προσωπικού των φορέων υγείας	57
5 Δικαιώματα των ευπαθών κοινωνικών ομάδων για πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας	
59	

5.1	Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ)	59
5.1.1	Οι Διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις και Κανονισμοί Προστασίας σχετικά με την Αναπηρία.....	59
5.1.2	Εθνικό πλαίσιο.....	71
5.2	Αλλοδαποί	84
5.2.1	Χρήση των υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς.....	89
5.2.2	Ζητήματα κοινωνικής προστασίας των αλλοδαπών.....	92
5.3	Ειδικές κατηγορίες αλλοδαπών	94
5.3.1	Οικονομικοί Μετανάστες	94
5.3.2	Πρόσφυγες-Αιτούντες Άσυλο	106
5.3.3	Ασυνόδευτοι ανήλικοι-Ανήλικοι Πρόσφυγες-Ανήλικοι Αιτούντες Άσυλο	115
5.3.4	Θύματα εμπορίας ανθρώπων	120
5.3.5	Παλινοστούντες Ομογενείς (Πόντιοι- Βορειοηπειρώτες)	121
5.4	Άστεγοι	128
5.4.1	Η ευρωπαϊκή στρατηγική για την αντιμετώπιση του φαινομένου των αστέγων 133	
5.4.2	Ευρωπαϊκό forum ανταλλαγής στρατηγικών για τους αστέγους (HABITACT) 137	
5.5	Ρομά	139
5.6	Γυναίκες και παιδιά	151
5.7	Άνεργοι-μακροχρόνια Άνεργοι	154
6	Συμπεράσματα	
	168	
	Βιβλιογραφία	170
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	183
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	183
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	188
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	197
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV.....	198
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VΙ.....	214
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VΙΙ.....	214
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VΙΧ.....	216

Συντομογραφίες και ακρωνύμια

A.K.	Αστικός Κώδικας
A.N.	Αναγκαστικός Νόμος
ΑμΕΑ	Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
ΑμΚΕ	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρία
Β.Δ.	Βασιλικό Διάταγμα
Γ.Γ.Ι.Φ	Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων
ΓτΚ	Γιατροί του Κόσμου
Ε.Δ.Δ.Α.	Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΔΟΤ	Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς
Ε.Ε	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Ε.Τ.Α.Α.	Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ανάπτυξης
ΕΚΚΕ	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
Ε.Κ.Κ.Α.	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Ε.Κ.Ο.	Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες
ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε	Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΚΕ	Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Π.	Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ε.Σ.Δ.Α	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
Ε.Σ.Π.Α.	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
Ε.Σ.Σ.Δ	Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΕ.Α.Τ	Κέντρο Αποκατάστασης Τυφλών
Κ.Ε.Θ.Ι.	Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας

ΚΕ.Π.Α.	Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΚτΠ	Κοινωνία της Πληροφορίας
Κ.Υ.Α.	Κοινή Υπουργική Απόφαση
Μ.Κ.Ο	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΜΚΦ	Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας
Ν.	Νόμος
ΟΑΕΔ	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.	Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας
Ο.Η.Ε.	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Ο.ΜΕ.Δ.	Οργανισμός Μεσολάβησης και Διαιτησίας
Ο.Ο.Σ.Α.	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΤΑ	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Δ.	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Κ.	Ποινικός Κώδικας
Π.Ν.Π.	Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου
Σ.Ε.Ε.	Συνθήκη Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΣΕΠΕ	Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας
Τ.Π.Ε.	Τεχνολογίες των Πληροφοριών και των Επικοινωνιών
Υ.Α.	Υπουργική Απόφαση
ΥΠΕΚΑΠ	Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης
Φ.Κ.Α.	Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

EPAP	European Platform Against Poverty and Social Exclusion
ETHOS	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
ESSPROS	European system of integrated social protection statistics
FEANTSA	European Federation of National Organizations Working With the Homeless
IOM	International Organization for Migration

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Περίληψη

Το δικαίωμα του καθενός στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα που αναγνωρίζεται σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο. Η Ευρώπη στο σύνολό της γίνεται συχνά αντιληπτή ως μια ομάδα πλούσιων χωρών, όπου τα συστήματα κοινωνικής προστασίας παρέχουν ολοκληρωμένη προστασία και υγειονομική περίθαλψη για τους πιο ευάλωτους. Λόγω αυτής της αντίληψης, τα συνεχιζόμενα κενά στην κάλυψη της κοινωνικής προστασίας και οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που αντιμετωπίζουν οι ευάλωτες ομάδες δεν λαμβάνουν, μερικές φορές, την απαιτούμενη προσοχή.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα προγράμματα λιτότητας της κρίσης χρέους του ευρώ, περικόπτουν τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας και συρρικνώνουν το κοινωνικό κράτος, το οποίο αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα του 20ου αιώνα, με αποτέλεσμα πολλά άτομα ή ομάδες να διατρέχουν τον κίνδυνο ή να έχουν περιπέσει σε κατάσταση αποκλεισμού. Μεταξύ αυτών, «ομάδες υψηλού κινδύνου» για κοινωνική αποστέρηση θεωρούνται οι «ευπαθείς κοινωνικές ομάδες» δηλαδή οι ομάδες εκείνες που αντιμετωπίζουν πρόσθετες δυσχέρειες λόγω χαρακτηριστικών που έχουν σχέση με το φύλο, την ηλικία, την εθνοτική προέλευση, το επάγγελμα, το εισόδημα, τις σωματικές αναπηρίες.

Η κρίση χρέους στην Ελλάδα, έφερε στην επιφάνεια ένα προβληματικό κράτος πρόνοιας ανίκανο να βοηθήσει τις ευάλωτες ομάδες να αντιμετωπίσουν την κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Οι περικοπές του προϋπολογισμού λιτότητας έλαβαν χώρα, χωρίς να έχουν ληφθεί επαρκώς υπόψη το μέγεθος των επιπτώσεων σε αυτούς που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Οι πολιτικές αυτές όξυναν την κατάσταση των ευάλωτων ομάδων και μάλιστα σε μια περίοδο όπου οι ανάγκες τους αυξάνονται γεωμετρικά και που η αρωγή του κράτους πρόνοιας είναι επιτακτική προκειμένου η κρίση να μην μετατραπεί σε καταστροφή.

Λέξεις κλειδιά: ευπαθείς ομάδες, υγεία, φροντίδα υγείας, κοινωνικός αποκλεισμός, κοινωνική προστασία.

Abstract

The right of everyone to the highest attainable standard of physical and mental health is a human right recognized at international, European and national levels. Europe as a whole is often perceived as a group of wealthy countries where social protection systems provide comprehensive protection and health care for the most vulnerable. Because of this perception, the persisting gaps in social protection coverage and inequities in access to health services experienced by vulnerable groups receive, sometimes, little attention.

Within the European Union, the austerity programmes of the euro debt crisis by limiting social protection expenditures shrink the welfare state, which is one of the greatest achievements of the 20th century. As a matter of fact, many individuals or groups are at risk or have fallen into social exclusion. Among them, "high risk" for social deprivation are considered "vulnerable groups" that is, groups that face additional difficulties because of characteristics associated with gender, age, ethnic differences, occupation, income, physical disabilities.

The debt crisis in Greece exposed a problematic welfare state, already unfit to help vulnerable groups cope with the emergency.

Austerity budget cuts have been taken without sufficiently investigating the impacts on those in need. Such policies have sharpened the situation of vulnerable groups, particularly, at a time when their needs are increasing geometrically and the assistance of the welfare state is imperative to ensure that the crisis does not turn into a disaster.

Key words: vulnerable groups, health, health care, social exclusion, social protection

1 Εισαγωγή

Στην παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζεται το νομικό πλαίσιο που διέπει την υγεία και την κοινωνική προστασία κάποιων ευπαθών ομάδων: άτομα με αναπηρία, υπήκοοι τρίτων χωρών (μετανάστες, αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες, παλιννοστούντες, θύματα εμπορίου ανθρώπων), άστεγοι, άτομα με πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες (ρομά), άνεργοι και κυρίως άνεργοι μακράς διαρκείας.

Ειδική αναφορά γίνεται στις γυναίκες και τα παιδιά που υπερεκπροσωπούνται στις αδύναμες ομάδες του πληθυσμού, πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση και απειλούνται συχνότερα από κοινωνικό αποκλεισμό.

Η εργασία, από πλευράς μεθόδου, βασίστηκε σε δευτερογενείς πηγές μέσα από:

- διαδικτυακή αναζήτηση, χρησιμοποιώντας ανάλογες λέξεις- κλειδιά, στην ελληνική και αγγλική γλώσσα και
- βιβλιογραφική διερεύνηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας.

Ελήφθησαν υπόψη ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα και αναλύσεις έγκυρων ερευνών και προγραμμάτων καθώς και εθνική νομοθεσία, διεθνείς συμβάσεις, εκθέσεις, οδηγίες και συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, και δημοσιεύματα στο Διαδίκτυο.

Η εργασία φιλοδοξεί να καταδείξει την ανάγκη βελτίωσης της προστασίας των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων του πληθυσμού στη χώρα μας και αποπειράται να υποδείξει κάποια πιθανά σημεία βελτίωσης των πολιτικών που εφαρμόζονται.

Κεντρική θέση της εργασίας κατέχει η πρόσληψη ότι η υγεία και η κοινωνική προστασία των ευπαθών ομάδων αποτελούν θεμελιώδη δικαιώματα που χρήζουν αυξημένης προστασίας και ότι η κοινωνική πολιτική δεν αποτελεί τροχοπέδη για την ανάπτυξη αλλά παραγωγικό συντελεστή. Τέλος, πως δεν είναι η έννοια του κοινωνικού κράτους παρωχημένη, όπως υποστηρίζεται από πολλές πλευρές σήμερα, αλλά προβληματικός ο τρόπος που αυτό οργανώθηκε.

Η εργασία διαρθρώνεται σε πέντε ενότητες

Στην πρώτη ενότητα επιχειρείται η οριοθέτηση του πεδίου της κοινωνικής προστασίας και του κοινωνικού αποκλεισμού και δίνεται ο ορισμός των ευπαθών κοινωνικών ομάδων που απειλούνται περισσότερο από τη φτώχεια και τον κοινωνική αποστέρηση και συνεπώς αποτελούν τους κατεξοχήν αποδέκτες των σχετικών πολιτικών.

Στη δεύτερη ενότητα γίνεται μνεία των ευρωπαϊκών κοινωνικών πολιτικών και των προκλήσεων που αντιμετωπίζει στο «ευρωπαϊκό κοινωνικό πρότυπο σε συνθήκες οικονομικής κρίσης.

Στην τρίτη ενότητα επιχειρείται η παρουσίαση του πολιτικού οικονομικού διοικητικού και οργανωτικού πλαισίου άσκησης των πολιτικών κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα σήμερα.

Η τέταρτη ενότητα είναι η πλέον εκτεταμένη αφού περιλαμβάνει το κυρίως θέμα της εργασίας, το νομικό καθεστώς της υγείας και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων στην Ελλάδα. Η ενότητα αυτή διακρίνεται με τη σειρά της σε οκτώ υποενότητες, σε κάθε μία από τις οποίες παρουσιάζεται και μία ξεχωριστή ευπαθής ομάδα με τις προβλεπόμενες διατάξεις για την προστασία της.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα στα οποία οδηγηθήκαμε μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και μέσα από τη συγγραφή της .

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βασικής νομοθεσίας που αφορά κάθε ευπαθή ομάδα.

2 Εννοιολογικό πλαίσιο της υγείας και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων

2.1 Ορισμοί

Οι βασικές έννοιες που μας απασχόλησαν κατά τη συγγραφή της εργασίας είναι οι εξής: υγεία, σύστημα υγείας, κοινωνική ασφάλιση, κοινωνική προστασία, κοινωνική πολιτική, ευπάθεια, ευπαθής κοινωνική ομάδα, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός.

Υγεία

Ο ΠΟΥ στην ιδρυτική του διακήρυξη (1946) όρισε την υγεία ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας πέραν της απουσίας νόσου ή αναπηρίας όπως θεωρούνταν μέχρι τότε. Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίστηκε η κοινωνική διάσταση της υγείας.

Σύστημα υγείας

Είναι το συνδυασμένο σύνολο των ατόμων, των θεσμών και των πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις όπου η πρωταρχική πρόθεση αυτών των δράσεων είναι η βελτίωση της υγείας. (Murrayetal 2000).

Προσφορά υπηρεσιών υγείας

Εκφράζει την παροχή υπηρεσιών από προμηθευτές υγείας (γιατροί, νοσοκομεία, κτλ). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρώπινων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Κυριόπουλος Γ και συν., 1999).

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας εξαρτάται από διάφορα κριτήρια, όπως γεωγραφικά (πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε ολόκληρη την επικράτεια, συμπεριλαμβανομένων των αγροτικών περιοχών), οικονομικά (οικονομική δυνατότητα πρόσβασης), φυσικά (ειδικά για τα άτομα που δεν μπορούν να ταξιδέψουν σε μέρη όπου η φροντίδα παρέχεται), γλωσσικά (εξασφάλιση της επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και του ιατρικού προσωπικού) οργανωτικά (χωρίς υπερβολική γραφειοκρατία) ή την προσβασιμότητα των πληροφοριών (ιδιαίτερα σχετικά με την φροντίδα και το δικαίωμα στη φροντίδα)

Κοινωνική ασφάλεια

Η προστασία του πληθυσμού από καταστάσεις που επιφέρουν απώλεια ή μείωση των πηγών συντήρησης, η προληπτική ή επανορθωτική προστασία της υγείας, η εξασφάλιση απασχόλησης και τη διατήρηση της ικανότητας για εργασία, η εγγύηση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης και η διασφάλιση της δυνατότητας κάθε ατόμου να συμμετέχει ενεργητικά στην οικονομική και κοινωνική ζωή αποτελούν τους στόχους της κοινωνικής ασφάλειας(ή προστασίας). Η κοινωνική ασφάλεια συνδέεται επίσης με την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, την αναδιανομή του εισοδήματος και την επιδίωξη της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Ο όρος κοινωνική ασφάλεια δεν αναφέρεται μόνο σε έναν κοινωνικοπολιτικό στόχο, αλλά και στο σύνολο των μέτρων που εξυπηρετούν το στόχο αυτό. Ευρύτερος από τον όρο κοινωνική ασφάλεια θεωρείται, κατά μία άποψη, ο όρος κοινωνική προστασία, στον οποίο περιλαμβάνονται και τα εθελοντικά προγράμματα που δεν απορρέουν από νομοθετική ρύθμιση. Η κοινωνική ασφάλεια καταγράφηκε ως δικαίωμα στην Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του 1948 (άρθρο 22) και το ελάχιστο περιεχόμενό της προσδιορίζεται από τον Ευρωπαϊκό Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας του Συμβουλίου της Ευρώπης και από την περίφημη Διεθνή Σύμβαση Εργασίας 102 (1952) «περί ελαχίστων ορίων κοινωνικής ασφάλειας» της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Σημαντική θεωρείται εξάλλου η κατοχύρωση του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλεια στο άρθρο 12 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Η κοινωνική προστασία

Είναι κάτι περισσότερο από ένα «δίχτυ ασφαλείας» που μπορεί να προστατεύσει από τις επιπτώσεις των σοβαρών κρίσεων: αποτελεί μέρος μιας περιεκτικής προσέγγισης στην απόσπαση των ανθρώπων από καταστάσεις που τους περιθωριοποιούν, επιτρέποντάς τους να συμμετάσχουν ενεργά στην παραγωγική διαδικασία και να απολαύσουν δημόσια αγαθά (Ευρωπαϊκή Έκθεση για την Ανάπτυξη 2010).

Στον ιστότοπο της Γενικής Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναφέρεται ότι το εθνικό μοντέλο κοινωνικής προστασίας, εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων:

α. του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση οικονομικών πόρων (ασφαλιστικές παροχές) από ειδικούς φορείς (ασφαλιστικοί οργανισμοί) σε πρόσωπα που υπάγονται σε αυτούς (ασφαλισμένοι), τα οποία αντιμετωπίζουν τυποποιημένους κινδύνους μείωσης εισοδημάτων ή αύξησης των

δαπανών τους (ασφαλιστικοί κίνδυνοι) και έχουν συμπληρώσει προκαθορισμένες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις (χρόνο ασφάλισης, ασφαλιστικές εισφορές).

β. του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας που καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση μη ανταποδοτικών εισοδηματικών παροχών, παροχών σε είδος και κοινωνικών υπηρεσιών (πολιτικές και μέτρα κοινωνικής ένταξης) μέσω ειδικών φορέων (προνοιακοί φορείς) σε άτομα που τελούν σε κατάσταση ανάγκης και δεν μπορούν να την αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα.

γ. του εθνικού συστήματος υγείας που καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση παροχών σε είδος και υγειονομικών υπηρεσιών από εξειδικευμένους φορείς, με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Ως ορισμό της υγείας χρησιμοποιούμε αυτόν του ΠΟΥ ο οποίος στο προοίμιο του καταστατικού του Χάρτη (1946) όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Ο τρόπος με τον οποίο αξιοποιούνται και διαπλέκονται οι παραπάνω τρεις βασικοί μηχανισμοί του συστήματος κοινωνικής προστασίας στο πλαίσιο κάθε εθνικού κράτους πρόνοιας είναι αποτέλεσμα των ιδιαίτερων κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών δεδομένων, των επιμέρους εθνικών παραδόσεων και πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων και των ιδεολογικών και πολιτικών επιλογών κάθε χώρας.

Ο κοινωνικός στόχος της προστασίας ενσωματώνεται και εξειδικεύεται στην κοινωνική πολιτική που ακολουθεί κάθε χώρα. Σύμφωνα με το εναρμονισμένο ευρωπαϊκό σύστημα στατιστικών κοινωνικής προστασίας (ESSPROS) ο όρος «κοινωνική πολιτική» αναφέρεται στο σύνολο των παροχών σε χρήμα ή σε είδος από προγράμματα κοινωνικής προστασίας που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών.

Κοινωνική πολιτική

Συνδέεται γενικότερα κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών σε τομείς όπως η υγεία, η ασφάλιση, η απασχόληση, η στέγαση, οι προνοιακές υπηρεσίες που συνδέονται με την παιδική μέριμνα, την προστασία της τρίτης ηλικίας, την ενίσχυση της οικογένειας, την υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες, τη διασφάλιση αξιοπρεπών όρων ζωής για το σύνολο των μόνιμα εγκατεστημένων προσώπων. Από τους κύριους

αποδέκτες της κοινωνικής πολιτικής και χρήστες των αντίστοιχων θεσμών, υπηρεσιών και προγραμμάτων είναι οι λεγόμενες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

Ευπάθεια

Δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της ευπάθειας. Σύμφωνα με τη Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Κοινωνικής Ένταξης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ευπαθείς ονομάζονται εκείνες οι ομάδες του πληθυσμού οι οποίες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Είναι άτομα που αποκλίνουν από το «κανονικό», προέρχονται από φτωχό περιβάλλον ή διαθέτουν σχετικά περιορισμένο κοινωνικό, οικονομικό και εκπαιδευτικό κεφάλαιο και για το λόγο αυτό είναι περισσότερο εκτεθειμένα σε μορφές αποκλεισμού. Οι «ευάλωτες» ομάδες-κοινότητες και άτομα αντιμετωπίζουν διακριτή μεταχείριση και χρειάζονται ειδική αρωγή ώστε να αποφευχθεί πιθανή εκμετάλλευσή τους.

Τα χαρακτηριστικά του «ευάλωτου» καθορίζονται από το φύλο, την ηλικία, τις εθνοτικές διαφορές, το επάγγελμα, το εισόδημα τις σωματικές αναπηρίες κ.α..

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο πρόσφατος νόμος (4019/2011) «για την Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα», στις Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες ανήκουν «οι κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, των οποίων η συμμετοχή στην κοινωνική και οικονομική ζωή δυσχεραίνεται, είτε εξαιτίας κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ή σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, είτε εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων, τα οποία επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία της τοπικής ή ευρύτερα περιφερειακής οικονομίας».

Ο ίδιος νόμος χωρίζει τις Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες σε δύο κατηγορίες:

i) Στις Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού και

ii) Στις Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού

«Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού», νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από σωματικά και ψυχικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν άτομα ιδίως με αναπηρίες, με προβλήματα ψυχικής υγείας ή νοητικής υστέρησης και εξαρτημένα ή απεξαρτημένα από ουσίες άτομα.

«Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού» νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού οι οποίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας,

από οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν ιδίως οι άνεργοι νέοι, οι άνεργοι άνω των 50 ετών, οι γυναίκες άνεργες, οι αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, οι αναλφάβητοι, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι κάτοικοι απομακρυσμένων ορεινών και νησιωτικών περιοχών, οι πρώην ή οι νυν τρόφιμοι φυλακών, οι ανήλικοι παραβάτες, τα άτομα με γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και οι μετανάστες. Πρέπει να τονισθεί το ενδεχόμενο γεγονός της συσσώρευσης ενός ή περισσότερων χαρακτηριστικών στο ίδιο άτομο, γεγονός που σημαίνει ότι μπορεί να το συναντάμε σε περισσότερες από μία κατηγορίες.

Η κοινωνική ευπάθεια αντιμετωπίζει πρωτίστως σε επίπεδο πολιτικών τα προβλήματα της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης ή αλλιώς της καταπολέμησης του κοινωνικού της αποκλεισμού.

Εκτός από τον όρο «κοινωνικές ευπαθείς ομάδες» χρησιμοποιούνται και άλλοι οικείοι όροι όπως «ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες», «ομάδες υψηλού κινδύνου», κλπ. Συνήθως, στο προφορικό λόγο συγχέουμε τις «ευπαθείς ομάδες» με τις «κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες». Συχνά μιλούμε για «κοινωνικά αποκλεισμένους μετανάστες», για «αποκλεισμένες άγαμες μητέρες», «για αποκλεισμένους τσιγγάνους», εννοώντας στην ουσία τους μετανάστες που κινδυνεύουν από μακροχρόνια ανεργία και εκμετάλλευση, την άγαμη μητέρα που περιθωριοποιείται, τους αγράμματους τσιγγάνους, κλπ.

Φτώχεια

Η «φτώχεια» αναφέρεται στην αποστέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών (τροφή, νερό, στέγη, ρουχισμός, συνθήκες υγιεινής). Η φτώχεια μπορεί να έχει επιπτώσεις είτε ως ανεπάρκεια (απόλυτη φτώχεια) είτε ως ανισότητα (σχετική φτώχεια). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στην Ευρώπη θεωρείται ότι αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της φτώχειας νοικοκυριά με συνολικό οικογενειακό εισόδημα που δεν υπερβαίνει το 60% του ισοδύναμου διαμέσου εισοδήματος του κράτους μέλους που ζουν.

Κοινωνικός αποκλεισμός

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε κείμενο της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 1989, κατά τη συζήτηση της διαμόρφωσης του Κοινωνικού Χάρτη. Αντικατέστησε τον πιο μετρήσιμο όρο «φτώχεια» και συχνά ορίζεται με οικονομικά κριτήρια, αναφορικά με την αγορά εργασίας, τους πόρους και τις προοπτικές. Οι ορισμοί του κοινωνικού αποκλεισμού ποικίλουν: η στέρηση από τα

υλικά αγαθά για την επίτευξη ενός αξιοπρεπούς βίου αλλά και η παρεμπόδιση των ατόμων από την εξάσκηση των κοινωνικών, πολιτιστικών και πολιτικών τους δικαιωμάτων. Η καταπολέμησή του αποτελεί ένα από τα κεντρικά ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής σήμερα

Με αυτό τον όρο περιγράφουμε επίσης μια ή περισσότερες διαδικασίες που τελούνται σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια ορισμένη κοινωνία και έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την συστηματική αδυναμία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων ή την αδυναμία απόλαυσης κοινωνικών αγαθών/ ευεργετημάτων ή την αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες εξαιτίας μιας ιδιότητας ή/ και μιας κατάστασης ή/ και απλά ενός χαρακτηριστικού, που συγκεντρώνονται στο πρόσωπο ενός ατόμου, η ύπαρξη των οποίων το κατατάσσουν ενδεχομένως σε μία ή περισσότερες κοινωνικές ομάδες, ενώ η απουσία τους θα απέτρεπε κατά πάσα πιθανότητα την εμφάνιση του τελικού αυτού αποτελέσματος ως κοινωνικό φαινόμενο (Καψάλης 2003).

Συχνά, η μονόπλευρη επικέντρωση του προβλήματος του κοινωνικού αποκλεισμού σε διάφορα χαρακτηριστικά ατόμων συγκαλύπτει κάθε αναφορά στον εκμεταλλευτικό και αλλοτριωτικό χαρακτήρα των καπιταλιστικών κοινωνικών σχέσεων, στο πλαίσιο των οποίων λειτουργούν οι αποκλειόμενοι. Η έννοια του κοινωνικού μειονεκτήματος αγνοεί το γεγονός ότι μια ορισμένη ατομική ανεπάρκεια δεν μετατρέπεται αυτόματα ούτε αποτελεί από μόνη της αιτία κοινωνικού αποκλεισμού. Η μετατροπή γίνεται μόνο ύστερα από την εμπλοκή των κοινωνικών σχέσεων στο πλαίσιο των οποίων ορίζονται οι προϋποθέσεις εργασιακής και κοινωνικής ένταξης. Η ερμηνευτική αυτή εκδοχή αποτελεί μια σημαντική ιδεολογική λειτουργία, καθώς μεταθέτει την ευθύνη του προβλήματος απ' την κυρίαρχη κοινωνική δομή στα ίδια τα άτομα, ενοχοποιώντας τα για την κοινωνική τους κατάσταση και τελικά στιγματίζοντάς τα (Χ. Ρέππας 2001).

Ο αποκλεισμός αφορά συνήθως κοινωνικούς τομείς όπως η υγεία, η πρόνοια και η κοινωνική φροντίδα, η εκπαίδευση, ο πολιτισμός, η ψυχαγωγία και η εργασία.

Ωστόσο η βαθιά οικονομική κρίση και η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη συνεχιζόμενη αύξηση των κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων που δεν ανήκουν στις παραδοσιακές κατηγοριοποιήσεις, αφού πια, κοινωνικά αποκλεισμένα μπορεί να είναι και άτομα που εργάζονται. Επομένως, το κράτος καλείται να ανταποκριθεί όχι μόνο σε διευρυνόμενες αλλά και διαφοροποιημένες ανάγκες και μάλιστα με τρόπο λιγότερο έκτακτο και περιστασιακό σε σχέση με το παρελθόν.

2.2 Η Υγεία ως δικαίωμα

Η κοινωνική δικαιοσύνη (equity) και η ισότητα (equality) αποτελούν προϋποθέσεις για την υγεία.

Αν και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και το δικαίωμα στην υγεία συχνά συνδέονται μεταξύ τους, η πρώτη είναι μία μόνο πτυχή του τελευταίου, το οποίο έχει ένα πολύ ευρύτερο πεδίο εφαρμογής και περιλαμβάνει όχι μόνο την παροχή της κατάλληλης φροντίδας υγείας σε εύθετο χρόνο, αλλά και τους προσδιοριστές της υγείας, όπως η πρόσβαση σε πόσιμο νερό και οι εγκαταστάσεις υγιεινής, ο επαρκής εφοδιασμός με ασφαλή τρόφιμα, η στέγαση, οι επαγγελματικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, καθώς και η πρόσβαση στην πληροφόρηση που σχετίζεται με την υγεία. Η ίση πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη είναι μια πτυχή του δικαιώματος στην υγεία και υποχρεώνει τα κράτη να εγγυηθούν την πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα χωρίς επαρκή μέσα, καθώς και να αποτραπεί κάθε διάκριση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Ο όρος ισότητα αναφέρεται συχνά σε αρχές όπως η ισότητα ενώπιον του νόμου και η ίση μεταχείριση. Ο σκοπός της τελευταίας είναι, ιδίως, να εξασφαλίζεται ότι οι άνθρωποι στην ίδια κατάσταση δικαιούνται την ίδια θεραπεία. Ωστόσο, η ίση μεταχείριση δεν είναι αρκετή για να εξασφαλίσει την ισότητα, δεδομένου ότι διαφορετικές καταστάσεις πρέπει επίσης να αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο.

Στο πλαίσιο της πρόσβασης στην περίθαλψη, η αρχή της ισότητας προϋποθέτει ότι η πρόσβαση σε δομές, υπηρεσίες και αγαθά υγείας είναι ανοιχτή σε όλους, τόσο de jure όσο και de facto, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ή περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως οι γυναίκες, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με αναπηρία, κλπ. Αυτό σημαίνει ότι όλα τα εμπόδια στην πρόσβαση πρέπει να εξαλειφθούν, μεταξύ άλλων με τη λήψη θετικής δράσης κατά των διακρίσεων.

Η ίση πρόσβαση στην περίθαλψη θα πρέπει να διακρίνεται από την ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη, η οποία αποτελεί μια ευρύτερη έννοια που συνήθως αναφέρεται στην ιδέα της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η αρχή της δικαιοσύνης απαιτεί, μεταξύ άλλων, ότι οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να κατανέμονται λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των ατόμων και την ικανότητά τους να πληρώσουν. Η ισότητα είναι μια πτυχή της ισότιμης πρόσβασης στην περίθαλψη.

Το δικαίωμα στην υγεία: διεθνείς, περιφερειακές και εθνικές πηγές

Μέσω του δικαιώματος στην υγεία, η ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι εγγυημένη από διάφορα διεθνή και περιφερειακού κείμενα για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Το Καταστατικό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1946), ήταν το πρώτο διεθνές κείμενο που διακήρυξε ότι «η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπινου όντος.»

Δύο χρόνια αργότερα (1948), η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου αναφέρει στο άρθρο 25 (1) ότι «κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό για την υγεία και την ευημερία του ίδιου και της οικογένειάς του (...).»

Το 1966, τα Ηνωμένα Έθνη στο Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα κατοχυρώνουν το δικαίωμα στην υγεία σε ένα νομικά δεσμευτικό διεθνές κείμενο μέσω για πρώτη φορά. Σύμφωνα με το άρθρο 12 (1), τα συμβαλλόμενα κράτη αναγνωρίζουν «το δικαίωμα του καθενός να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας».

Πρόσθετες εγγυήσεις για την προστασία του δικαιώματος στην υγεία των ευπαθών ομάδων εγκρίθηκαν στη συνέχεια, ιδίως στο πλαίσιο της Διεθνούς Σύμβασης για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Φυλετικών Διακρίσεων (άρθρο 5 (ε) (iv)), τη Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διακρίσεων κατά των Γυναικών (άρθρο 11 (1) (στ) και άρθρο 12) και τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (άρθρο 24).

Σε περιφερειακό επίπεδο, το δικαίωμα στην υγεία αναγνωρίζεται ιδίως από τον αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη (ETS αριθ. 163), το οποίο καλύπτει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας (άρθρο 11) και το δικαίωμα στην κοινωνική και ιατρική βοήθεια (άρθρο 13). Το δικαίωμα στην υγεία, όπως αναγνωρίζεται από το Χάρτη προϋποθέτει τη δημιουργία προσβάσιμων και αποτελεσματικών δομών φροντίδας και πολιτικών πρόληψης των ασθενειών, για το σύνολο του πληθυσμού. Τέλος, το άρθρο 3 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (ETS αριθ. 164), καλεί τα συμβαλλόμενα μέρη να παρέχουν «ισότιμη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη κατάλληλης ποιότητας».

Όσον αφορά το εθνικό επίπεδο, σύμφωνα με μια μελέτη του ΠΟΥ, 135 εθνικά συντάγματα από τα 186 (73%) περιέχουν διατάξεις για την υγεία ή το δικαίωμα στην υγεία. Από αυτά, 95 (51%) αναφέρουν το δικαίωμα πρόσβασης σε εγκαταστάσεις, αγαθά και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, 62 (45%) αναφέρονται στην ισότητα

και τη μη διάκριση και 111 (82%) περιέχουν ένα ή περισσότερα άρθρα για το δικαίωμα της ισότιμης ή χωρίς διακρίσεις ιατρικής φροντίδας.

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας προβλέπεται και προστατεύεται από το Ελληνικό Σύνταγμα ως ένα από τα θεμελιώδη ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία θεμελιώνεται στο αρ. 21 παρ. 3 του Συντάγματος που ορίζει ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Το δικαίωμα συνίσταται στην αξίωση των πολιτών προς το κράτος να λάβει τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να οργανωθούν υπηρεσίες υγείας, δηλαδή να λάβει μέτρα κοινωνικής πρόνοιας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το ατομικό δικαίωμα στην υγεία θεμελιώνεται στο αρ. 7 παρ. 2 του Συντάγματος που ορίζει ότι «τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει» αλλά και στο αρ 5 παρ. 5 που ορίζει ότι «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών του παρεμβάσεων». Το άτομο εδώ αξιώνει από το κράτος την αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για την υγεία του.

2.3 Η κοινωνική προστασία ως δικαίωμα

Εκτός από το δικαίωμα στην Υγεία, που είδαμε στην προηγούμενη υποενότητα, στα κοινωνικά δικαιώματα περιλαμβάνεται και το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και την πρόνοια

Η συνταγματική θεμελίωση του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλιση προβλέπεται στο άρθρο 22 § 5 Σ., που ορίζει ότι: «Το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει». Η διάταξη αυτή, όπως έχει ερμηνευθεί από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων, συνθέτει τη βάση για την ασφαλιστική κάλυψη όλων των εργαζομένων, ανεξάρτητα από το είδος απασχόλησής τους. Οι κύριοι νομοθετικοί κανόνες που διέπουν την οργάνωση και λειτουργία του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης περιέχονται στη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης καθώς και στις νομοθετικές παρεμβάσεις για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος. Οι νομοθετικοί κανόνες εξειδικεύονται από τα όργανα της διοίκησης μέσω της έκδοσης Προεδρικών Διαταγμάτων (πρόκειται για

πράξεις της διοίκησης που επεξεργάζονται τα αρμόδια υπουργεία και υπογράφονται από τον Πρόεδρο της Ελληνικής Δημοκρατίας) και κανονιστικών διοικητικών πράξεων. Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να διέπεται από τις ακόλουθες αρχές: αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης (επιβάλλει τη διασταλτική ερμηνεία των τεχνικών υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών με στόχο την ενίσχυση των χρηματοδοτικών πόρων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης), αρχή της εύνοιας των ασφαλισμένων (επιβάλλει την επίλυση διαφορών για ασφαλιστικές παροχές με πνεύμα προστασίας του αδύνατου μέρους), αρχή της καλής πίστης, αρχή της χρηστής διοίκησης. Η Ελλάδα έχει επικυρώσει τις πλέον αντιπροσωπευτικές πολυμερείς συμβάσεις σε επίπεδο Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, Συμβουλίου της Ευρώπης και Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Το περιεχόμενο των συμβάσεων αυτών προωθεί ουσιαστικά το συντονισμό των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης σε σχέση με την κάλυψη τυποποιημένων ασφαλιστικών κινδύνων. Επίσης, έχει συνάψει διμερείς συμβάσεις κλασικού τύπου στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης με αρκετές χώρες, επιδιώκοντας την πλήρη διασφάλιση των κοινωνικοασφαλιστικών δικαιωμάτων των Ελλήνων μεταναστών που εργάζονται στις χώρες αυτές ή επαναπατρίζονται από αυτές.

Η συνταγματική θεμελίωση του κράτους πρόνοιας δηλαδή του κράτους που διαθέτει θεσμούς για την κοινωνική μέριμνα υπέρ των ασθενέστερων, προβλέπεται στο άρθρο 21 Σ.

Κύριο και καίριο αντικείμενο αυτών των δικαιωμάτων είναι η παροχή βιοτικών, οικονομικών, κοινωνικών, κ.α. αγαθών ή υπηρεσιών από την κρατική εξουσία στους εξουσιαζόμενους. Υποκείμενα -φορείς- κοινωνικών δικαιωμάτων είναι, κατά κανόνα, όλοι οι άνθρωποι οι διαβιούντες σε ορισμένη χώρα ή πάντως όλα τα πρόσωπα, αδιακρίτως, τα οποία ανήκουν σε κάποια ειδικά προστατευόμενη κατηγορία (π.χ. εργαζόμενοι, πολύτεκνοι, νέοι, ηλικιωμένοι, ανάπηροι κ.λπ.) και όχι μόνον οι πολίτες της. Υπάρχουν όμως ενίοτε και εξαιρέσεις: όπως, π.χ., κατοχυρώνεται μόνο για τους πολίτες, σε επίπεδο Συντάγματος, το δικαίωμα για δωρεάν εκπαίδευση ή η μέριμνα για προστασία της υγείας, της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας, των απόρων (αντίστοιχα άρθρα 16 παρ. 4 και 20 παρ. 3 του ελληνικού Συντάγματος)

Κοινό τόπο αποτελεί μία βασική "ιδιορρυθμία" των κοινωνικών δικαιωμάτων: η καθιέρωση τους στο Σύνταγμα δεν θεμελιώνει, κατά κανόνα, επιδιώξιμη δικαστικώς αξίωση: συνήθως χρειάζεται η μεσολάβηση του κοινού νομοθέτη για να ενεργοποιηθεί, συγκεκριμενοποιηθεί και εξειδικευθεί το κανονιστικό περιεχόμενο των συνταγματικών

διατάξεων που θεσπίζουν κοινωνικά δικαιώματα. Τούτο συμβαίνει λόγω ακριβώς του αντικειμένου των κοινωνικών δικαιωμάτων που έγκειται σε παροχές βιοτικών αγαθών ή υπηρεσιών (με ίδρυση, οργάνωση και λειτουργία κατάλληλων θεσμών, διαδικασιών, υλικοτεχνικής υποδομής, θέσεων κ.ο.κ.) εκ μέρους του κράτους, οι οποίες προϋποθέτουν αναδιανομή πόρων και εισοδημάτων, αλλά και την ύπαρξη αντικειμενικής δυνατότητας για διάθεση αντίστοιχων χρηματικών ή άλλων μέσων. Υπάρχει όμως και μία άλλη πλευρά του θέματος, η οποία συνήθως παραβλέπεται: για την επίτευξη του εφικτού, δηλαδή για την ικανοποίηση του κοινωνικού δικαιώματος, οι ασκούντες την κρατική εξουσία οφείλουν, εν όψει των συναφών συνταγματικών διατάξεων, να μεριμνούν ώστε να υπάρχουν διαθέσιμοι προς τούτο πόροι. Πάντως η αξιολόγηση των δυνατοτήτων, των προτεραιοτήτων, του είδους και της έκτασης των παροχών, καθώς και η πρακτική ιεράρχησή τους, εναπόκειται στον νομοθέτη, ουσιαστικά δε και κατά πρώτο λόγο στην Κυβέρνηση, η οποία, απολαύουσα της εμπιστοσύνης της Βουλής, είναι αρμόδια να καθορίζει την εν γένει πολιτική του κράτους (βλ. άρθρο 82 παρ. 1 του ελληνικού Συντάγματος), αυτή δε κυρίως ασκεί τη νομοθετική πρωτοβουλία, και μάλιστα, σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις που συνεπάγονται δαπάνες

3 Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Ευρωπαϊκή Ένωση

“European integration has created a constitutional asymmetry between policies promoting market efficiencies and policies promoting social protection and equality”.FritzW. Scharpf

Σύμφωνα με τον Espring – Andersen τα κράτη – πρόνοιας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών τους αναγκών. Τα διαφορετικά αυτά χαρακτηριστικά σχηματοποιούνται ανάλογα με το πως διαπλέκεται το κράτος, η αγορά και η οικογένεια στον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών. Σύμφωνα με αυτή την ιδέα διακρίνονται τρία διαφορετικά είδη κράτους – πρόνοιας :

-το φιλελεύθερο το οποίο συναντάται κυρίως στη Μ. Βρετανία και στην Ιρλανδία. Ο ρόλος του κράτους είναι να εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικής προστασίας

-το κορπορατιστικό το οποίο συναντάται κυρίως στην Ηπειρωτική Ευρώπη. Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από τον ενεργό ρόλο του κράτους στην παροχή κοινωνικής προστασίας στη βάση όμως της επαγγελματικής ομάδας.

-Το κοινωνικό δημοκρατικό το οποίο συναντάται κυρίως στις σκανδιναβικές χώρες . Ο ρόλος του κράτους είναι καθολικός και παρέχει κοινωνική προστασία προς όλους ανεξαρτήτως του εισοδήματός τους ή της θέσης τους.

Ο Ferrera πρόσθεσε ένα τέταρτο είδος κράτους – πρόνοιας, το νότιο μοντέλο το οποίο συναντάται κυρίως στις Νότιες χώρες της Ε.Ε., συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι ότι η οικογένεια διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και λειτουργεί ως ένα βαθμό συμπληρωματικά με το κράτος.

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας, συστατικό στοιχείο του κράτους πρόνοιας, δεν είναι τίποτε άλλο παρά ο συγκεκριμένος τρόπος με τον οποίο ικανοποιούνται – καλύπτονται οι κοινωνικές ανάγκες. Ως συγκεκριμένος τρόπος προσφοράς κοινωνικής προστασίας εμπεριέχει και την οικονομική του διάσταση, δηλαδή ότι το σύστημα κοινωνικής προστασίας έχει δαπάνες (κοινωνικές δαπάνες) και έχει και έσοδα (ασφαλιστικές εισφορές + φόροι στο εισόδημα) που του είναι απαραίτητα για τη χρηματοδότηση των δαπανών του.

Σε παγκόσμια κλίμακα, η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί αδιαμφισβήτητα πρότυπο από άποψη συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Η ανεργία, η κατάσταση της υγείας, η αναπηρία, η οικογενειακή κατάσταση, το γήρας είναι όλα πηγές ανασφάλειας των

οποίων την αντιμετώπιση επιτρέπουν τα εν λόγω συστήματα. Αυτά εγγυώνται άλλωστε την πρόσβαση σε πολυάριθμες υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για λόγους ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Ωστόσο, το κράτος – πρόνοιας, ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '70, αποτελεί αντικείμενο θεωρητικών συγκρούσεων ανάμεσα στη νεοφιλελεύθερη και στην σοσιαλδημοκρατική πολιτική. Η αμφισβήτηση του κράτους – πρόνοιας αφορά τόσο το ρόλο του στην ίδια την οικονομική ανάπτυξη όσο και στην αποτελεσματικότητα κάλυψης των κοινωνικών αναγκών.

Σήμερα, εξαιτίας της δημοσιονομικής, οικονομικής και κοινωνικής κρίσης, το κράτος – πρόνοιας είναι αντιμέτωπο με σοβαρά προβλήματα σ' όλη την Ευρώπη: Η διατήρηση της μακροχρόνιας ανεργίας για μεγάλο χρονικό διάστημα σε υψηλά επίπεδα, η γήρανση του πληθυσμού, η οποία επηρεάζει σημαντικά τις δαπάνες του συστήματος συνταξιοδότησης και υγείας, η οικονομική αστάθεια που παρουσιάζουν τα συνταξιοδοτικά συστήματα, η ανάγκη ένταξης στην κοινωνία ειδικών πληθυσμιακών ομάδων και η ανάγκη να προστατευτούν αυτοί που περισσότερο πλήττονται από την οικονομική κρίση.

3.1 Το πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Ε.Ε.

Η επιρροή της ΕΕ στα εθνικά συστήματα των κρατών μελών ποικίλει ανάλογα με τις ιδιομορφίες και τις παραδόσεις κάθε κράτους μέλους. Ειδικά σε τομείς, όπως αυτοί της κοινωνικής προστασίας, όπου η ΕΕ δεν έχει παράδοση κοινής παρέμβασης όπως π.χ. στην αγροτική ή στην περιφερειακή πολιτική, οι εθνικές πολιτικές έχουν επηρεαστεί ελάχιστα.

Εν τούτοις, μετά το 2000 (ατζέντα της Λισσαβόνας), όλα τα κράτη-μέλη διαμορφώνουν πολιτικές κοινωνικής προστασίας, οι οποίες τουλάχιστον σε επίπεδο νομοθεσίας και ρητορικής δεν μπορούν να αποκλίνουν πολύ από το «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο». Ένα μοντέλο, που σε αντίθεση με το αμερικανικό, εξασφαλίζει ελάχιστα όρια συνθηκών εργασίας και αμοιβών, προβλέπει πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες, προφυλάσσει τους εργαζόμενους από ειδικούς κινδύνους και προσφέρει γενικά ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικής προστασίας για όλους τους πολίτες. Το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο χαρακτηρίζεται από μια εύθραυστη ισορροπία: την αύξηση της οικονομικής μεγέθυνσης και της ανταγωνιστικότητας από τη μια και την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και των δαπανών που αυτή συνεπάγεται από την άλλη. Η

ισορροπία αυτή διαταράσσεται και από το γεγονός ότι ενώ η οικονομική πολιτική της ΕΕ διαμορφώνεται σε υπερεθνικό επίπεδο, η κοινωνική πολιτική αποτελεί «εθνική υπόθεση» κάθε κράτους-μέλους. Στη δεύτερη περίπτωση ωστόσο, τα κράτη μέλη συντονίζουν εθελοντικά τις πολιτικές τους και υλοποιούν στο μέτρο του δυνατού, κοινές κατευθύνσεις.

Η ΕΕ και οι εθνικές κυβερνήσεις μοιράζονται την ευθύνη για την πολιτική στους τομείς της απασχόλησης, των κοινωνικών υποθέσεων και της κοινωνικής ένταξης (άρθρο 5 της ΣΛΕΕ). Η ΕΕ συντονίζει και παρακολουθεί τις εθνικές πολιτικές, προωθεί την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών σε τομείς όπως η απασχόληση, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι συντάξεις, θεσπίζει νόμους και παρακολουθεί την εφαρμογή τους σε τομείς όπως τα εργασιακά δικαιώματα και ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, συντονίζει τα εθνικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, κυρίως όσον αφορά την κινητικότητα εντός του κοινοτικού χώρου.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο μπορούν να εγκρίνουν μέτρα ενθάρρυνσης, με σκοπό να ενισχύσουν και να συμπληρώσουν τη δράση των κρατών μελών σε ορισμένους τομείς, όπως η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Επίσης, μπορούν να εγκρίνουν ελάχιστες απαιτήσεις με τη μορφή οδηγίας. Οι εν λόγω οδηγίες αφορούν αυστηρά: την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, τους όρους εργασίας, την κοινωνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία των εργαζομένων (τα κράτη παραμένουν τα μόνα αρμόδια για τον καθορισμό των θεμελιωδών αρχών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισής τους), την προστασία των εργαζομένων σε περίπτωση καταγγελίας της σύμβασης εργασίας, την ενημέρωση και διαβούλευση με τους εργαζομένους, την εκπροσώπηση και συλλογική υπεράσπιση των συμφερόντων εργαζομένων και εργοδοτών, τις συνθήκες απασχόλησης των υπηκόων των τρίτων χωρών που διαμένουν νόμιμα στο έδαφος της ΕΕ, την αφομοίωση των αποκλεισμένων από την αγορά εργασίας προσώπων, την ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τη μεταχείριση στην εργασία. Οι κοινωνικοί εταίροι μπορούν να εγγυώνται την εφαρμογή αυτών των διατάξεων.

Σε εφαρμογή του Χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων, το Συμβούλιο εξέδωσε το 1992 δύο σημαντικές συστάσεις. Η πρώτη αποβλέπει στην ένταξη των πιο στερημένων από μέσα ατόμων, καλώντας τα κράτη μέλη να αναγνωρίσουν γενικό δικαίωμα σε εγγυημένους πόρους και παροχές σε κάθε άτομο που κατοικεί στο έδαφος κράτους μέλους και δεν διαθέτει επαρκείς πόρους [Σύσταση

92/441]. Η δεύτερη σύσταση αφορά τη σύγκλιση των στόχων και της πολιτικής για την κοινωνική προστασία έτσι ώστε οι διαφορές κοινωνικής προστασίας μεταξύ των κρατών μελών να μην εμποδίζουν την κινητικότητα των ατόμων ούτε ο ανταγωνισμός ανάμεσα στα εθνικά συστήματα προστασίας να οδηγεί σε υποβάθμισή της [Σύσταση 92/442]. Αυτή η τελευταία σύσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί τα κράτη μέλη αναγνωρίζουν ότι οι παρεμφερείς τάσεις οδηγούν σε κοινά προβλήματα και προκλήσεις (ανεργία, γήρανση, μεταβολή των οικογενειακών δομών) και ότι μια ενιαία αγορά μπορεί να δημιουργηθεί διατηρώντας την ποικιλομορφία των κοινωνικών συστημάτων, κυρίως όσον αφορά την οργάνωση και τη χρηματοδότησή τους, αλλά ότι ο απώτερος σκοπός είναι η σύγκλιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας μέσα στην Ένωση. Γι' αυτόν τον λόγο, η Επιτροπή έχει προκαλέσει έναν διάλογο σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την κοινωνική προστασία, ιδίως όσον αφορά τη χρηματοδότησή της και τον τρόπο να καταστεί πιο ευνοϊκή ως προς την απασχόληση [COM/95/466].

Ως προς την κοινωνική προστασία υπό στενή έννοια, ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων δηλώνει ότι η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στις κοινωνικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν προστασία σε περιπτώσεις όπως η μητρότητα, η ασθένεια, το εργατικό ατύχημα, η εξάρτηση ή το γήρας, καθώς και σε περίπτωση απώλειας της απασχόλησης, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται στο ευρωπαϊκό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Ο Χάρτης αναγνωρίζει ότι κάθε πρόσωπο που διαμένει και διακινείται νομίμως εντός της Ένωσης έχει δικαίωμα στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στα κοινωνικά πλεονεκτήματα, σύμφωνα με το ευρωπαϊκό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Αλλά, σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας, τα κράτη μέλη υποχρεούνται να εφαρμόζουν το δίκαιο της Ένωσης όταν και όπου αυτό υπάρχει.

Ως προς τα άλλα θέματα, η κοινωνική ασφάλιση καλύπτεται από το εθνικό δίκαιο κάθε κράτους μέλους. Πράγματι, τα κράτη μέλη προτίμησαν τον συντονισμό μάλλον παρά την εναρμόνιση των νομοθεσιών σχετικά με την κοινωνική προστασία και ειδικά την κοινωνική ασφάλιση. Στα θέματα αυτά το Συμβούλιο αποφασίζει μόνο του (μετά από διαβούλευση με το Κοινοβούλιο) και κατ' ομοφωνία, πράγμα που σημαίνει ότι κάθε κράτος μέλος μπορεί να προβάλλει βέτο και να ματαιώσει τη λήψη κοινοτικών διατάξεων (άρθρο 153 ΣΛΕΕ). Είναι αλήθεια ότι τα συστήματα κοινωνικής προστασίας αντιστοιχούν σε παραδόσεις και σε «κοινωνικά κεκτημένα» διάφορα σε κάθε κράτος

μέλος, που δεν είναι εύκολο να αλλάξουν. Συνδέονται ωστόσο με την Ευρωπαϊκή στρατηγική απασχόλησης.

Τέλος, οι προνοιακές πολιτικές σε επίπεδο ΕΕ είναι εξαιρετικά περιορισμένες και μπορεί να θεωρηθεί ότι εμπίπτουν σε δράσεις αναζωογόνησης του αστικού ιστού σε ζώνες που βρίσκονται σε κρίση.

Η αναπτυξιακή στρατηγική της ΕΕ για την δεκαετία 2010-2020, η "Ευρώπη 2020" είναι να καταστεί η ΕΕ μια έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς οικονομία. Πιο συγκεκριμένα, η Ένωση έθεσε πέντε φιλόδοξους στόχους – για την απασχόληση, την καινοτομία, την εκπαίδευση, την κοινωνική ένταξη και το κλίμα/την ενέργεια – προς επίτευξη μέχρι το 2020. Κάθε κράτος μέλος έχει υιοθετήσει τους δικούς του εθνικούς στόχους σε κάθε έναν από αυτούς τους τομείς. Η Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα για την Καταπολέμηση της Φτώχειας και του Κοινωνικού Αποκλεισμού, που εγκαινιάστηκε το 2010 και θα λειτουργεί μέχρι το 2020, είναι μια πρωτοβουλία της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» Σκοπό έχει να βοηθήσει τις χώρες της ΕΕ να πετύχουν έναν σημαντικό στόχο: την έξοδο 20 εκατομμυρίων ανθρώπων από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η πλατφόρμα αυτή καλύπτει πέντε τομείς δράσης:

- Ανάλυση δράσεων σε όλο το φάσμα των τομέων πολιτικής, όπως στον τομέα της αγοράς εργασίας, της ελάχιστης στήριξης του εισοδήματος, της υγειονομικής περίθαλψης, της εκπαίδευσης, της στέγασης και της πρόσβασης σε βασικούς τραπεζικούς λογαριασμούς.
- Καλύτερη χρήση των κονδυλίων της ΕΕ για προώθηση της κοινωνικής ένταξης. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει προτείνει να διατεθεί το 20% του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.
- Παρουσίαση τεκμηριωμένων στοιχείων με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας καινοτόμων κοινωνικών πολιτικών, προτού αυτές εφαρμοστούν σε ευρύτερη κλίμακα.
- Συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων της κοινωνικής πολιτικής. Η συμμετοχή των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα φτώχειας αναγνωρίζεται σήμερα ως καταλυτικός παράγοντας σε κάθε στρατηγική κοινωνικής ένταξης.

Ο στόχος της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για τη φτώχεια λειτουργεί ως κίνητρο, ώστε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή να δίνει κάθε χρόνο μεγαλύτερη έμφαση στα κοινωνικά ζητήματα στο πλαίσιο της Ετήσιας Επισκόπησης της Ανάπτυξης.

3.2 Πολιτική Υγείας στην Ε.Ε.

Η ΕΕ, βάσει της ιδρυτικής της συνθήκης, υποχρεούται να εξασφαλίζει την προστασία της υγείας του ανθρώπου στο πλαίσιο όλων των πολιτικών της, και να συνεργάζεται με τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας και την αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Με την ιδρυτική συνθήκη της ΕΟΚ (Συνθήκη της Ρώμης, 1958) και στη συνέχεια με τη Συνθήκη του Μάαστριχ (1992), τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1999) και τη Συνθήκη της Νίκαιας (2000), σηματοδοτείται μία ολοένα και πιο ουσιαστική προσπάθεια εναρμόνισης των νομοθεσιών και των αγορών των κρατών-μελών στα ζητήματα της υγείας, αλλά και σταδιακής σύγκλισης των επιμέρους εθνικών συστημάτων υγείας.

Οι πολιτικές υγείας της ΕΕ έχουν ως στόχο: την πρόληψη των ασθενειών, την προώθηση πιο υγιεινών τρόπων διαβίωσης, την προστασία των πολιτών από απειλές κατά της υγείας τους, όπως πανδημίες (άρθρο 6 της ΣΛΕΕ). Η οργάνωση και η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης ανήκει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων των κρατών μελών.

Η ΕΕ επιδιώκει να πετύχει υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας μέσα από όλες τις ευρωπαϊκές πολιτικές και δραστηριότητες, σύμφωνα με το άρθρο 168 της συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ). Η κοινοτική πολιτική σε θέματα υγείας έχει ως κύριο στόχο να βελτιώνει τη δημόσια υγεία, να προλαμβάνει ασθένειες και τους κινδύνους κατά της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων που συνδέονται με τον τρόπο ζωής των Ευρωπαίων, καθώς και να καταπολεμά τις μεγάλες μαστιγες, ευνοώντας την έρευνα. Η κοινοτική δράση έρχεται να συμπληρώσει τις εθνικές πολιτικές, και η Ένωση ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, η χάραξη των εθνικών πολιτικών υγείας παραμένει αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών.

Όμως, το γεγονός ότι εξελίσσεται ταχέως η σύγκλιση στα θέματα δημόσιας υγείας οδηγεί και σε έμμεση αλλά σταθερά εξελισσόμενη σύγκλιση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών. Εξάλλου, μέχρι σήμερα έχουν εκδοθεί εκατοντάδες επίσημες

αποφάσεις (το 1/3 από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο) για θέματα που αφορούν τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας στα κράτη-μέλη.

Η Συνθήκη της Νίκαιας το 2000, με την υιοθέτηση του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, περιέλαβε την προστασία της υγείας ως μια από τις βασικές συνιστώσες της αλληλεγγύης, δηλαδή ως ένα από τα έξι θεμελιώδη δικαιώματα. Ειδικότερα, αναφέρει ότι όλοι δικαιούνται πρόσβαση στην πρόληψη και στην ιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις των εθνικών νομοθεσιών και πρακτικών.

Δεν είναι, λοιπόν, τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια έχει τεθεί με πιο άμεσο τρόπο το ζήτημα της σύγκλισης και εναρμόνισης και των συστημάτων υγείας στην ΕΕ. Παράλληλα, αναζητούνται νέοι δρόμοι οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων υγείας, που να πληρούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια της ισότητας, της καθολικότητας, της αλληλεγγύης, της αποτελεσματικότητας, αλλά και της αποδοτικότητας.

3.3 Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ)

Η ΑΜΣ αποτελεί ένα εργαλείο της ΕΕ το οποίο υιοθετήθηκε στο Συμβούλιο της Λισαβόνας (Μάρτιος 2000) και εντάσσεται στην λογική διακυβέρνησης με στόχους, και «ήπιες» μεθόδους παρά στην λογική διακυβέρνησης με νόμους. Τα βασικά της σημεία επισημαίνονται στον καθορισμό κατευθυντηρίων γραμμών από την ΕΕ μετά από εταιρικό διάλογο, συνδυασμένων με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα επίτευξης στόχων, στον καθορισμό ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών και σημείων αναφοράς ως μέσα σύγκρισης των βέλτιστων πρακτικών και στην περιοδική παρακολούθηση, αξιολόγηση και επανεξέταση υπό την μορφή αλληλοδιδακτικών διαδικασιών. Η κριτική που ασκείται στην ΑΜΣ συνοψίζεται στο ότι δεν κατοχυρώνει νομικά τα κοινωνικά δικαιώματα, δεν αποτρέπει το ενδεχόμενο της κοινωνικής οπισθοδρόμησης, δεν συμβάλει στην σύγκληση στόχων, αλλά πολιτικής, ενώ η απουσία έστω και ήπιων κυρώσεων μπορεί να καταστήσει την ΕΕ ως μια ένωση πολιτικού προβληματισμού.

Όταν υιοθετήθηκε η ΑΜΣ το 2000, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στόχευε στην ανάπτυξη της κοινωνίας της γνώσης, παράλληλα με την προώθηση της απασχόλησης και την ενδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής. Σε ό,τι αφορά γενικά την κοινωνική προστασία, ο σκοπός της ΑΜΣ ήταν η αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών της ολοκλήρωσης των ευρωπαϊκών αγορών. Μετά το 2005, με την αναθεώρηση της ατζέντας της Λισαβόνας, υιοθετήθηκαν νέοι στόχοι: ο εκσυγχρονισμός του «Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου» και η επένδυση σε Ανθρώπινο Δυναμικό. Η πιο ουσιαστική μεταβολή της ΑΜΣ ήταν η ενσωμάτωσή της στις οικονομικές προτεραιότητες της ΕΕ, γεγονός που σηματοδότησε την υποχώρηση της ΑΜΣ στην κοινωνική προστασία. Η «Νέα Κοινωνική Ατζέντα» για την περίοδο 2006-2010 επανέλαβε τις προτεραιότητες της προστασίας των ηλικιωμένων, της καταπολέμησης της φτώχειας και των ανισοτήτων, της διεύρυνσης των ίσων ευκαιριών και της βελτίωσης των συστημάτων συντάξεων, δημόσιας υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών στα κράτη-μέλη. Αν και η ρητορική προσήλωση της ΕΕ σε αυτούς τους τομείς έχει την πολιτική της σημασία, η οικονομική κρίση που ενέσκηψε και στην Ευρώπη το 2008, όχι μόνο δεν άφησε περιθώρια για την υλοποίηση αυτών των προτεραιοτήτων αλλά και κατέδειξε πως η αντίληψη που θέλει τις κοινωνικές δαπάνες να αποτελούν τροχοπέδη της ανάπτυξης, κερδίζουν έδαφος στον ευρωπαϊκό χώρο.

3.4 Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ)

Το ΕΚΤ είναι το βασικό χρηματοδοτικό μέσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υποστήριξη της απασχόλησης στα κράτη μέλη, καθώς και για την προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής. Οι δαπάνες του ΕΚΤ αντιστοιχούν σε περίπου 10% του συνολικού προϋπολογισμού της Ε.Ε. Ο ειδικότερος στόχος των δαπανών του ΕΚΤ είναι να υποστηρίξει τη δημιουργία περισσότερων και καλύτερων θέσεων εργασίας στην Ε.Ε., πράγμα που επιτυγχάνει συγχρηματοδοτώντας εθνικά, περιφερειακά και τοπικά σχέδια που βελτιώνουν το ποσοστό απασχόλησης, την ποιότητα των θέσεων εργασίας, και την αλληλεγγύη της αγοράς εργασίας στα κράτη μέλη και τις περιφέρειές τους. Ο τρέχων κύκλος προγραμματισμού του ΕΚΤ διαρκεί από το 2007 έως το 2013, με το σύνθημα «Επενδύουμε σε Ανθρώπινους Πόρους». Στη διάρκεια αυτής της περιόδου, επενδύει περίπου 75 δις € - σχεδόν 10% του προϋπολογισμού της Ε.Ε. – σε σχέδια για την ενίσχυση της απασχόλησης. Μεταξύ των τομέων προτεραιότητας είναι και η βελτίωση της κοινωνικής ένταξης των μειονεκτούντων ατόμων (14%). Το ΕΚΤ συνεισφέρει στα εθνικά σχέδια που αναλαμβάνονται με βάση την ευρωπαϊκή στρατηγική και τις κατευθυντήριες γραμμές για την απασχόληση. Στην περίπτωση της Ελλάδας οι πόροι του ΕΚΤ διατίθενται μέσω των τριών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του ΕΣΠΑ 2007-2013 και συγκεκριμένα των:

- ΕΠ «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας με θεματικό άξονα προτεραιότητας τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού τους, την προώθηση της κοινωνικής και επαγγελματικής τους ενσωμάτωσης, την πρόληψη του ιδρυματισμού και του στιγματισμού των ΑμεΑ, την ενσωμάτωση των μεταναστών, την κινητοποίηση των μακροχρόνια ανέργων κλπ. Το ΕΠ ΑΝΑΔ υποστηρίζει επίσης την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε πολίτες χωρίς κοινωνική ασφάλιση. Ο προϋπολογισμός για τη δράση αυτή ανέρχεται σε 82 εκατ. € και αναμένεται να ωφεληθούν 200.000 άτομα. Τέλος υποστηρίζει τη δημιουργία ή τη συνέχιση της λειτουργίας των κοινωνικών δομών, όπως τα κοινωνικά παντοπωλεία και τα κοινωνικά φαρμακεία, τα ανοιχτά κέντρα για την καθημερινή υποδοχή των αστέγων, επιχορηγεί δε την απασχόληση των νέων ανέργων σε αυτές τις δομές. Το

πρόγραμμα έχει προϋπολογισμό ύψους 29 εκατ. € και αναμένεται να ωφελήσει 70.000 άτομα από ευπαθείς ομάδες.

- ΕΠ «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» που στοχεύει στην παροχή εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για την ένταξη των μαθητών με αναπηρία ή / και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.. Εδώ περιλαμβάνεται κατάρτιση στο χώρο εργασίας για τους εκπαιδευτικούς, συγκέντρωση και συμπλήρωση εκπαιδευτικού υλικού και ειδικών εργαλείων, αναβάθμιση και προσαρμογή των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών για την υποστήριξη του προσωπικού του προγράμματος (προϋπολογισμού 77 εκατ. € (θα ωφεληθούν περίπου 4.600 εκπαιδευτικοί).
- ΕΠ «Διοικητική Μεταρρύθμιση» έχει προϋπολογισμό 512 εκατ. € περίπου και στοχεύει στη βελτίωση της διοικητικής ικανότητας της κεντρικής κυβέρνησης και της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης.
- ΕΠ «Εθνικό Αποθεματικό Απροβλέπτων» με προϋπολογισμό περίπου 187 εκατομμύρια € υποστηρίζει, με πιο στοχευμένο τρόπο, ανθρώπους που πλήττονται από τις συνέπειες των απρόβλεπτων κρίσεων.

Άλλες ενέργειες αποσκοπούν στην κοινωνική ένταξη των Ελλήνων Ρομά (προϋπολογισμός: 14 εκατ. €, προβλεπόμενοι δικαιούχοι: 3.000).

Τέλος η Δράση «Συνδυασμός επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής» προάγει την απασχολησιμότητα των γυναικών παρέχοντάς τους πρόσβαση σε υπηρεσίες φύλαξης παιδιών. Ο προϋπολογισμός είναι 505,5 εκατ. €, έχουν δε ωφεληθεί από το πρόγραμμα 165.000 γυναίκες. (<http://www.espa.gr/el/Pages/staticSectoralOP.aspx>)

3.5 Οι τρέχουσες προκλήσεις της υγείας και της κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη

Τα τελευταία διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία για το θέμα αυτό επιβεβαιώνουν ότι το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού της Ευρώπης συνεχίζει την ανοδική του πορεία και ότι οι χρόνιες ασθένειες εξακολουθούν να είναι η κύρια αιτία θανάτου. Ωστόσο, οι μελέτες που διεξήχθησαν εντόπισαν σημαντικές ανισότητες όσον αφορά το ποσοστό θνησιμότητας και την κατάσταση της υγείας των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων εντός των χωρών (Health in the EU, Trends and Analysis, 2009). Ακόμα και στο εσωτερικό των χωρών με τα πιο ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν κραυγαλέες ανισότητες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στις φτωχές περιοχές της Γλασκώβης στη Σκωτία είναι 54 έτη, δηλαδή, χαμηλότερο από ό, τι στην Ινδία. Η κατάσταση αυτή οφείλεται εν μέρει αλλά όχι μόνο, σε παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένων ιδίως οικονομικών δυσκολιών. Οι μειονεκτούσες κοινότητες υστερούν και στο επίπεδο υγείας για πολλούς διαφορετικούς λόγους όπως η ελλιπής εκπαίδευση, η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, οι κακές συνθήκες εργασίας, το μη ασφαλές περιβάλλον. Σύμφωνα με εμπειρογνώμονες του ΠΟΥ, «η άνιση κατανομή δεν είναι σε καμία περίπτωση ένα «φυσικό» φαινόμενο, αλλά το αποτέλεσμα των πολιτικών που ευνοούν ορισμένα συμφέροντα σε σχέση με άλλα - πολύ συχνά τα συμφέροντα μιας πλούσιας και ισχυρής μειοψηφίας έναντι των συμφερόντων της πλειοψηφίας των αδύναμων.» (WHO report “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”, 2008)

Ενώ στην έκθεση του ΠΟΥ για το 2010, μόλις μία χρονιά από το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης που πλήττει την Ευρώπη, αλλά και ολόκληρο τον κόσμο, αναφέρεται ότι: «Εκείνοι που είναι ευάλωτοι γίνονται ακόμα πιο ευάλωτοι, όχι μόνο όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά επίσης σε σχέση με άλλους καθοριστικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του βαθμού κοινωνικού αποκλεισμού, της εκπαίδευσης, της στέγασης και των γενικών συνθηκών διαβίωσης, της ποιότητας διατροφής και της ευαισθησίας στη βία».

Ένα χρόνο αργότερα, το 2011, η Eurostat ανακοίνωσε ότι 119,6 εκατομμύρια άνθρωποι, ή το 24,2% του πληθυσμού της ΕΕ των 27 ήταν σε κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού - σε σύγκριση με το 23,4% το 2010 και 23,5% το 2008. Ο

δείκτης ορίζεται ως το ποσοστό του πληθυσμού σε τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες τρεις προϋποθέσεις: 1) στα όρια της φτώχειας, δηλαδή κάτω από το όριο της φτώχειας, 2) σε μια κατάσταση σοβαρής υλικής στέρησης, 3) ζουν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας. Η μείωση του αριθμού των ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό στην ΕΕ είναι ένας από τους βασικούς στόχους της στρατηγικής Ευρώπη 2020.

Στην Ελλάδα, ως άτομα ευρισκόμενα σε κατάσταση φτώχειας νοούνται τα άτομα που έχουν ετήσιο εισόδημα χαμηλότερο από το κατ' έτος εκάστοτε εκτιμώμενο όριο της φτώχειας, όπως αυτό προσδιορίζεται από τη Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.). Σύμφωνα με αυτήν, το ισχύον χρηματικό όριο της φτώχειας ανέρχεται στο ετήσιο ποσό των 6.591 ευρώ ανά άτομο και σε 13.842 ευρώ για νοικοκυριά με δύο ενήλικες και δύο εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας, κάτω των 14 ετών.

Η εφεινή μελέτη της οργάνωσης Γιατροί του Κόσμου (ΓτΚ) με τίτλο «Η πρόσβαση στην Ιατρική Περίθαλψη στην Ευρώπη σε καιρούς κρίσης και έξαρσης της ξενοφοβίας» έρχεται να το επιβεβαιώσει και να καταδείξει την αποτυχία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ευάλωτων ατόμων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης, τα οποία παρουσιάστηκαν στις 9 Απριλίου 2013 στις Βρυξέλλες με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, δείχνουν ότι τα μέτρα λιτότητας - που λαμβάνονται στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κρατών- έχουν σημαντική επίπτωση στα μοντέλα κοινωνικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης.

Η έρευνα έγινε σε περισσότερους από 8.000 ασθενείς που επισκέπτονται τα προγράμματα των ΓτΚ σε 14 ευρωπαϊκές χώρες πόλεις, συμπεριλαμβανομένης και της Αθήνας με τη μέθοδο των συνεντεύξεων.

Τα βασικά στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση στα συστήματα δημόσιας υγείας είναι τα εξής:

- 26% των ασθενών που εξετάζονται από τους ΓτΚ λένε ότι η υγεία τους είναι σε (πολύ) κακή κατάσταση
- 81% των ασθενών δεν είχαν καμία δυνατότητα πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας -μέχρι τη στιγμή που εξετάστηκαν στα ιατρεία των ΓτΚ- δίχως να πληρώσουν το σύνολο των ιατρικών δαπανών

- 20% είχε δεχθεί άρνηση στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας από κάποιον επαγγελματία υγείας μέσα στο τελευταίο 12μηνο
- 59% των εγκύων γυναικών δεν είχαν πρόσβαση σε προγεννητική φροντίδα
- 36% των ασθενών είχαν εγκαταλείψει κάθε προσπάθεια αναζήτησης ιατρικής περίθαλψης τους τελευταίους 12 μήνες
- ανάμεσα στους μετανάστες ασθενείς, οι οποίοι έκαναν λόγο για βία στη χώρα καταγωγής τους ή στη διάρκεια του ταξιδιού τους, το 40% είχε ζήσει σε μια χώρα σε πόλεμο
- 27% ανέφεραν ότι ήρθαν αντιμέτωποι με πράξεις βίας μετά την άφιξή τους στη χώρα που τους φιλοξενεί
- 49% είχαν ασταθή ή προσωρινή στέγαση

Εν κατακλείδι η μελέτη τονίζει ότι «η Ευρώπη χρειάζεται σήμερα, περισσότερο από ποτέ νέα ισχυρά συστήματα κοινωνικής πρόνοιας» και καλεί τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις να αναλάβουν άμεση δράση για:

- την υιοθέτηση μιας κοινής ευρωπαϊκής πολιτικής για την πρόληψη και θεραπεία μεταδοτικών νοσημάτων
- την εξασφάλιση της ίσης πρόσβασης στα εθνικά συστήματα εμβολιασμών και στην παιδιατρική περίθαλψη
- την εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στην προγεννητική και μεταγεννητική για όλες τις εγκύους και
- την παροχή καθεστώτος πλήρους προστασίας για μετανάστες που πάσχουν από σοβαρά νοσήματα και δεν έχουν πρόσβαση σε θεραπεία στη χώρα προέλευσής τους.

Σήμερα, η πρόβλεψη ενός συστήματος υγείας που θα εγγυάται την καθολική κάλυψη δεν έχει ακόμη επιτευχθεί σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες. Ενώ οι μέθοδοι χρηματοδότησης και οργάνωσης των συστημάτων διαφέρουν σημαντικά από το ένα κράτος στο άλλο, μπορούμε γενικά να εντοπίσουμε δύο συγκεκριμένους τύπους συστημάτων κοινωνικής προστασίας: συστήματα που χρηματοδοτούνται από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης που καταβάλλονται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, και τα εθνικά συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από το κράτος, βάσει του δημοσίων εσόδων, κυρίως των φόρων.

Σε όλα αυτά τα συστήματα, οι ασθενείς καταβάλλουν τα «τέλη χρήσης», τα οποία διαφέρουν ως προς τα ποσά που καταβάλλονται. Τέλος, τα ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης (είτε εκούσια είτε υποχρεωτικά) διαδραματίζουν συμπληρωματικό ρόλο, ιδίως όσον αφορά τα ιατρικά έξοδα που δεν καλύπτονται καθόλου ή εν μέρει από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Σήμερα επίσης, το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, που οφείλεται κυρίως στην πρόοδο της ιατρικής σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, συνοδεύεται από μια απότομη αύξηση των χρόνιων παθήσεων (καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις, διαβήτης, καρκίνος, κ.λπ.) και νευροεκφυλιστικές παθήσεις (Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας), καθώς και την εμφάνιση νέων ασθενειών. Αν και η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης βοηθά όλο και περισσότερο την ανάπτυξη εξειδικευμένων θεραπειών, η χρηματοδότησή τους εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά δαπανηρή. Κατά συνέπεια, οι ανάγκες περίθαλψης έχουν αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες.

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007, έχει μια διπλή επίπτωση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνική προστασίας. Από τη μία πλευρά, σε ορισμένες χώρες τα μέτρα λιτότητας που εγκρίθηκαν από τις κυβερνήσεις οδηγούν σε περικοπές των δημοσίων δαπανών, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών επιδομάτων, και, από την άλλη πλευρά, η κρίση έχει σημαντικές επιπτώσεις στους λεγόμενους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και του κοινωνικού αποκλεισμού», όπως η πρόσβαση στην απασχόληση ή τη στέγαση, ειδικά από ανθρώπους που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, οι οποίες θα μπορούσαν να περιληφθούν στην αύξηση των αναγκών φροντίδας. Στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την ύφεση, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 7%. Στην Ελλάδα, μια από τις χώρες αυτές, καταγράφεται ήδη μια δραματική αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών και της χρήσης ναρκωτικών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη που διαβιβάστηκαν στη Βουλή προς απάντηση βουλευτών, από το 2009 έως το τέλος Αυγούστου του 2012, οι τελεσθείσες αυτοκτονίες ή απόπειρες ανήλθαν, σε 3.124 περιστατικά πανελλαδικά (677 το 2009, 830 το 2010, 927 το 2011 και 690 έως την 23η Αυγούστου του 2012).

Η κατακόρυφη αύξηση των δαπανών για την υγεία τις τελευταίες δεκαετίες, είχε ήδη θέσει σε δοκιμασία τη βιωσιμότητα των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας πριν εμφανισθεί η παρούσα κρίση. Πολλά κράτη είχαν ήδη ξεκινήσει μεταρρυθμίσεις

προκειμένου να καταστήσουν τα συστήματα υγείας τους περισσότερο αποδοτικά. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έχει τονίσει στο παρελθόν ότι το κύριο κριτήριο για να κρίνουμε την επιτυχία των μεταρρυθμίσεων ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να είναι η αποτελεσματική χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, το οποίο είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, που οδηγεί στη βελτίωση της ευημερίας του συνόλου του πληθυσμού. Το 2009, η Περιφερειακή Επιτροπή του ΠΟΥ για την Ευρώπη εξέδωσε ψήφισμα (EUR/RC59/R3) προτρέποντας τα κράτη μέλη να εξασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας τους θα συνεχίσουν να προστατεύουν και να προωθούν την καθολική πρόσβαση σε αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας σε μια εποχή οικονομικής κρίσης.

Η ανάγκη για μεταρρυθμίσεις και η οικονομική κρίση δεν θα πρέπει να εκληφθεί ως ευκαιρία για τις κυβερνήσεις να λάβουν μέτρα που θα θέσουν σε κίνδυνο την ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη, ειδικά σε βάρος των λιγότερο ευνοημένων ομάδων, οι οποίες και πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση.

Ωστόσο στην έκθεση του ΠΟΥ για το 2010, μόλις μία χρονιά από το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης που πλήττει την Ευρώπη, αλλά και ολόκληρο τον κόσμο, αναφέρεται ως συμπέρασμα: «Εκείνοι που είναι ευάλωτοι γίνονται ακόμα πιο ευάλωτοι, όχι μόνο όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά επίσης σε σχέση με άλλους καθοριστικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του βαθμού κοινωνικού αποκλεισμού, της εκπαίδευσης, της στέγασης και των γενικών συνθηκών διαβίωσης, της ποιότητας διατροφής και της ευαισθησίας στη βία».

Η ανισότητα στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, σύμφωνα με την Έκθεση της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης (report 13225/2013) έχει την προέλευσή της στα ίδια τα συστήματα υγείας ή οφείλεται σε κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές αιτίες:

1. Παράγοντες που σχετίζονται με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

Όταν η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται από κριτήρια όπως η νόμιμη διαμονή ή η κατοχή μιας σύμβασης εργασίας, αυτά τα κριτήρια από μόνα τους δημιουργούν ανισότητες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες, οι μετανάστες και οι Ρομά, ιδίως, αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολίες στην αγορά εργασίας και ως εκ τούτου είναι σε μειονεκτική θέση όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Η έλλειψη οικονομικής δυνατότητας για την αναπλήρωση των δαπανών υγείας που δεν καλύπτονται από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να περιορίσει σημαντικά την πρόσβαση στην περίθαλψη για τις ομάδες που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες.

Η περιορισμένη έκταση των παροχών του συστήματος μπορεί να είναι ένα άλλο εμπόδιο για την ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη.

Γεωγραφικές διαφορές όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των γιατρών είναι επίσης ένας παράγοντας ανισότητας.

Η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις παροχές, τις διαδικασίες και τους κανόνες του συστήματος υγείας, τα γλωσσικά εμπόδια, η υπερβολική αναμονή, και η πολυνομία είναι επίσης παράγοντες που έχουν να κάνουν με τη δομή και λειτουργία του συστήματος και οδηγούν σε ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

2. Οι ανισότητες που συνδέονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε αναπτυσσόμενες χώρες επιβεβαιώνει ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών, ιδιαίτερα της εκπαίδευσης της μητέρας. Σύμφωνα με τους συντάκτες της μελέτης, μια πολιτική για την παροχή καθολικής εκπαίδευσης για τα κορίτσια θα μπορούσε ως εκ τούτου να συμβάλει στη σημαντική βελτίωση της πρόσβασης στην υγεία για τους φτωχούς ανθρώπους.

3. Οι ανισότητες που συνδέονται με τη μετανάστευση και την πολιτική ασφάλειας

Η αυστηροποίηση των ευρωπαϊκών πολιτικών μετανάστευσης και ασφάλειας είναι επίσης ένας παράγοντας που οδηγεί σε ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, οι επανειλημμένες απομακρύνσεις των Ρομά στη Γαλλία έχουν καταστήσει σχεδόν αδύνατο για αυτήν την ομάδα να έχει ιατρική περίθαλψη. Αυτές οι πολιτικές έχουν επίσης αντίκτυπο στις πολιτικές για την υγεία. Στην Ισπανία, για παράδειγμα, από την 1η Σεπτεμβρίου 2012, παράνομοι μετανάστες δεν έχουν πλέον πρόσβαση στις δωρεάν δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ προηγουμένως ο νόμος προέβλεπε για όλους τους κατοίκους, ανεξάρτητα από το καθεστώς τους, να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι εν λόγω πολιτικές δεν θέτουν μόνο τις ζωές των ευπαθών ομάδων σε κίνδυνο αλλά επίσης αποτελούν ένα πραγματικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία: ειδικά στην

περίπτωση των μεταδοτικών ασθενειών, που εκθέτει όλο το πληθυσμό σε πιθανή μόλυνση.

Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης ενέκρινε στις 26/06/2013 ομόφωνα ψήφισμα και σύσταση σχετικά με την ίση πρόσβαση όλων των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη.

Η συνέλευση επισημαίνει ότι η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε μειώσεις των προϋπολογισμών σε πολλές χώρες και ότι αυξηθήκαν οι χρεώσεις που πληρώνουν οι ασθενείς, ειδικά για τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, η συνέλευση διαπιστώνει ότι οι ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία, επηρεάζουν ειδικά τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Το ψήφισμα κινείται στην κατεύθυνση της ελεύθερης πρόσβασης όλων των Ευρωπαίων πολιτών στο δημόσιο σύστημα υγείας των χωρών τους. Η συνέλευση καλεί όλα τα μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, μεταξύ άλλων, να:

-να μειώσουν, όπου κρίνουν κατάλληλα, την αναλογία των εξόδων υγείας που πληρώνουν οι πιο ευπαθείς ασθενείς και να πάρουν όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε –

-να βεβαιωθούν ότι το κόστος της περίθαλψης δεν αποτρέπει την πρόσβαση σε αυτή, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης της αυξημένης χρήσης γενόσημων φαρμάκων.

-να απλοποιήσουν τις διοικητικές διαδικασίες που χρειάζονται ώστε να έχουν πρόσβαση (οι πολίτες) στο σύστημα υγείας.

-να αποσυνδέσουν τις πολιτικές μετανάστευσης και ασφάλειας από την πολιτική για την υγεία, και όπου χρειάζεται να καταργήσουν την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να αναφέρουν μετανάστες (που βρίσκονται σε παράνομη κατάσταση).

4 Υγεία και Κοινωνική Προστασία των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων στην Ελλάδα

4.1 Το Ελληνικό μοντέλο Κοινωνικής Προστασίας των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων

Η Ελλάδα αν και γνώριζε από παλιά συγκεκριμένες μορφές κοινωνικής προστασίας, οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του κράτους – πρόνοιας εννοώντας το συγκεκριμένο τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει τους κοινωνικούς κινδύνους, εμφανίζονται αρκετά, μετά το 1974. Οι λόγοι της καθυστερημένης εμφάνισης του κράτους – πρόνοιας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. οφείλονται κυρίως :

-στην ύπαρξη δικτατορικών πολιτικών καθεστώτων στη χώρα μας συγκεκριμένες χρονικές περιόδους

-στο χαμηλό ποσοστό μισθωτών στο σύνολο του πληθυσμού

-στην ύπαρξη σημαντικών ποσοστών αποκλεισμένου πληθυσμού εξαιτίας πολιτικών φρονημάτων κλπ.

Όπως ήδη αναφέραμε προηγουμένως το κράτος – πρόνοιας στην Ελλάδα παρουσιάζει τα βασικά χαρακτηριστικά του κράτους – πρόνοιας στις Νότιες χώρες της Ε.Ε.

Δηλαδή :

-αποσπασματικός χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής

-σημαντικός ρόλος της οικογένειας στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών

- ανισότητα στην πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές και άδικη - άνιση κατανομή των φορολογικών υποχρεώσεων

- μεγάλος βαθμός αναποτελεσματικότητας της κοινωνικής πολιτικής

Ειδικά στη χώρα μας, η ανάπτυξη των πολιτικών κοινωνικής προστασίας ,στο πλαίσιο ενός ελλειμματικού δημόσιου μοντέλου παρέμβασης, παρουσιάζει ιστορικά σοβαρές αδυναμίες και στρεβλώσεις, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται:

- στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης και κοινωνικού αποκλεισμού
- στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού

Όσον αφορά τις ΕΚΟ, οι συνέπειες της συσσώρευσης διάφορων μειονεξιών σε σημαντικούς τομείς της δραστηριότητάς τους, σημαίνει ότι μένουν έξω ή στο περιθώριο μιας γενικότερης ευημερίας. Αυτές οι μειονεξίες εντοπίζονται κυρίως στην εξάρτηση του ατόμου από τα επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας, σε ένα χαμηλό επίπεδο ζωής, σε μειωμένες προσδοκίες καθώς και στο στιγματισμό του ατόμου.

Οι συνέπειες αυτές με τη σειρά τους υπονομεύουν την ικανότητα του ατόμου που πλήττεται να συμμετέχει παραγωγικά σε μία εξελισσόμενη οικονομία, επιβραδύνοντας έτσι και την οικονομική ανάπτυξη, δεδομένου ότι το κόστος της κρατικής υποστήριξης των αποκλεισμένων ατόμων, μέσω επιδομάτων περιορίζει τους πόρους που θα μπορούσαν να διατεθούν για παραγωγικές επενδύσεις.

Έτσι οι ΕΚΟ, είτε εγκλωβίζονται στην περιστασιακή λήψη επιδοματικών παροχών χωρίς προοπτικές απεξάρτησης από την δημόσια συνδρομή, είτε παραπέμπονται σε αναχρονιστικές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο «υψηλού στιγματισμού». Παράλληλα, διαπιστώνονται οργανωτικά, διοικητικά και χρηματοδοτικά προβλήματα στη λειτουργία του προνοιακού συστήματος, καθώς και καθυστερήσεις / κενά στην αποτελεσματική κάλυψη της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας των παιδιών, των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες, που αναμένεται να αυξηθεί εξαιτίας δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.

Η περιορισμένη ενεργοποίηση των φορέων της δημόσιας διοίκησης για την προστασία των δικαιωμάτων των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και οι αδυναμίες σε επίπεδο οργάνωσης και διαχείρισης των κοινωνικών υπηρεσιών έχουν παγιώσει την αναπαραγωγή ενός υπολειμματικού μοντέλου παρέμβασης του δημόσιου τομέα σε σχέση με τον κυρίαρχο ρόλο της οικογένειας και των άτυπων δικτύων σε επίπεδο κοινότητας, το οποίο εμφανίζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- αδυναμία εξασφάλισης επαρκών (από πλευράς υποδομής, οργάνωσης και ανθρώπινων πόρων) κοινωνικών υπηρεσιών για την κάλυψη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- έλλειψη ομοιόμορφης γεωγραφικής ανάπτυξης βασικών κοινωνικών υπηρεσιών
- επικάλυψη και πλεονασματική προσφορά παράλληλων υπηρεσιών από διάφορους φορείς της διοίκησης για τις ίδιες ανάγκες / ομάδες στόχου
- αναπαραγωγή παραδοσιακών προτύπων παροχής υπηρεσιών φροντίδας, κυρίως ιδρυματικού χαρακτήρα, προς την κατεύθυνση της ιατροκεντρικής περίθαλψης, που δεν συνοδεύονται από μέτρα κοινωνικής αποκατάστασης / επανένταξης των χρηστών
- περιορισμένη συμβολή των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας και ένταξης σε ομάδες που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού¹
- απουσία συντονισμού των φορέων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών με άλλους τομείς του συστήματος κοινωνικής προστασίας (Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Υπουργείο Εσωτερικών, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας, Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού) ή χρηματοδοτούν δράσεις προνοιακών πολιτικών (Υπουργείο Οικονομικών

- δυσκολία πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες φροντίδας και αδυναμία ορθολογικής αξιοποίησής τους.
- αδυναμία των παροχών να κατοχυρώσουν αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης. Οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού περιορίζονται είτε στην περιστασιακή λήψη επιδοματικών παροχών, χωρίς προοπτικές ανεξαρτητοποίησης από τη δημόσια συνδρομή είτε παραπέμπονται σε αναχρονιστικές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο «κωπηλού στιγματισμού».

Όσο αυξάνεται ο αριθμός του πληθυσμού που αποκλείεται από μια παραγωγική συμμετοχή στην κοινωνία, αυξάνεται αντίστοιχα και ο κίνδυνος διατάραξης της κοινωνικής συνοχής.

4.2 Υγεία και Κοινωνική προστασία την περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα

Η παγκόσμια χρηματοοικονομική και τραπεζική κρίση που ξεκίνησε το 2007 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, έπληξε την Ευρώπη τον Σεπτέμβριο του 2008, αποκαλύπτοντας τις αδυναμίες του ευρωπαϊκού οικοδομήματος. Η κρίση βρήκε την Ελλάδα παντελώς απροετοίμαστη και καταχρεωμένη.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας έφτασε το 2008 στο 9,4% του ΑΕΠ, το 2009 στο 15,6%, το 2010 στο 10,7% το 2011 στο 9,4% , το 2012 το 6,6%, ενώ αναμένεται να μειωθεί στο 4,6% του ΑΕΠ το 2013.

Το ΑΕΠ μειώθηκε σταθερά κατά 2% το 2009, 4,5% το 2010, 6,9% το 2011 και 6,45% το 2012. Για το 2013, το ΔΝΤ εκτιμά ότι θα υπάρξει μείωση του ΑΕΠ κατά 4,2%. Ενώ ο ΟΟΣΑ την εκτιμά στο 4,8% για το 2013 και για το 2014 (έβδομο στη σειρά έτος) ακόμη 1,2%. Η συρρίκνωση αυτή, σχεδόν 20% συνολικά, είναι η μεγαλύτερη στην ιστορία της σύγχρονης ελληνικής οικονομίας σε καιρό ειρήνης. Ακόμη και την περίοδο της μεγάλης οικονομικής κρίσης, 1928-1932, η μείωση της οικονομικής δραστηριότητας ήταν 8,5%.

Το δημόσιο χρέος ήταν 113% του ΑΕΠ το 2008, 129,4% του ΑΕΠ το 2009, 148,3% του ΑΕΠ το 2010, 170,6% το 2011 και 156,8% το 2012. Το πρώτο τρίμηνο του 2013, το δημόσιο χρέος έφτασε στο 160,5% ή σε απόλυτους αριθμούς τα 305,3 δισ. ευρώ. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος αναδιάρθρωσης του δημόσιου χρέους με την

εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα (PSI) και τη συνέχιση της βίαιης δημοσιονομικής προσαρμογής, οι διεθνείς οργανισμοί προβλέπουν ότι το χρέος θα βρεθεί το 2020 στα επίπεδα του 2009.

Η τότε ελληνική κυβέρνηση επέλεξε, τον Απρίλιο του 2010, να θέσει τη χώρα υπό την επιτήρηση του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, που συγκρότησαν από κοινού έναν μηχανισμό στήριξης. Η χρηματοδότηση από το μηχανισμό στήριξης τελεί υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στο «Μνημόνιο», όπως ονομάζονται για συντομία το σύνολο των συμφωνιών που συνήψε η χώρα μας (Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής», «Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης», «Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής», "Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης» με τις χώρες του Ευρώ και «Διακανονισμό Χρηματοδότησης Αμέσου Ετοιμότητας» με το ΔΝΤ).

Λίγο πριν την ένταξη της χώρας στο μηχανισμό στήριξης είχε καταστεί σαφές ότι έπρεπε πια να αντιμετωπισθούν προβλήματα, των οποίων η λύση είχε για καιρό εγκαταλειφτεί, όπως η σχεδόν ανεξέλεγκτη αύξηση στα ελλείμματα και διαχρονικά στα χρέη του ΕΣΥ, η ανυπαρξία σχεδιασμού στο ανθρώπινο δυναμικό, η αδυναμία προμήθειας υλικών και φαρμάκων, η έλλειψη στοιχειωδών βάσεων δεδομένων αξιολόγησης και ελέγχου, προβλήματα στη δημόσια υγεία και τη φαρμακευτική πολιτική, την κατάρρευση του ασφαλιστικού συστήματος, κ.λπ.

Η οικονομική κρίση και η είσοδος μας στα Μνημόνια έχουν καταλυτικές επιπτώσεις στο κοινωνικό κράτος, τόσο στην έκτασή του, όσο και στη ποιότητά του. Η βασική νεοφιλελεύθερη οπτική αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης, μέσα από δημοσιονομικούς περιορισμούς και συρρίκνωση του κράτους, έχει ευθεία αντανάκλαση και στο κοινωνικό κράτος. Η Παιδεία, η Υγεία, η Ασφάλιση μπαίνουν στην προσκρουστική κλίνη των πολιτικών των Μνημονίων για συρρίκνωση και υποβάθμιση, με στόχο τη μείωση των δαπανών και του κόστους δημόσιος, αναδιανεμητικός χαρακτήρας της κοινωνικής ασφάλισης αμφισβητείται. Η επικουρική ασφάλιση πλήττεται με σκοπό να υποκατασταθεί από την επαγγελματική. Η μείωση των συντάξεων, η αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, η δραστική περικοπή κατά 40% του εφάπαξ ανοίγει το πεδίο ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης παρά την οικονομική καχεξία των πολιτών και την οικονομική κρίση. Η Δημόσια Υγεία υποβαθμίζεται, ο ΕΟΠΥΥ αδυνατεί να καλύψει τους ασφαλισμένους του. Η κατάρρευση των εσόδων των

ασφαλιστικών ταμείων λόγω μείωσης των μισθών, και έκρηξης της ανεργίας, αντιμετωπίζεται με την μετακύληση του κόστους στους ασφαλισμένους, με αύξηση της συμμετοχής στις παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας – Πρόνοιας. Τα Προνοιακά Επιδόματα στο τρίτο Μνημόνιο δέχονται ισχυρά πλήγματα με οριζόντιες περικοπές, ακόμη και για τις πιο ευαίσθητες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Άνεργοι, πολύτεκνοι, άτομα με ειδικές ανάγκες, κοινωνικά και οικονομικά αποκλεισμένοι αντιμετωπίζουν πλέον μετά τις περικοπές πρόβλημα επιβίωσης.

Η παρέμβαση που έγινε, στο όνομα του «εξορθολογισμού» των κοινωνικών δαπανών είχε καταλυτικές συνέπειες στο ρόλο της κοινωνικής πολιτικής με την εφαρμογή μιας στρατηγικής ακύρωσης δικαιωμάτων: πρώτον, δραστική περικοπή των κοινωνικών δαπανών με βασικό άξονα τη συνταξιοδότηση και την υγεία και, δεύτερον, απορρύθμιση της αγοράς εργασίας. Αποτέλεσμα της στρατηγικής αυτής είναι η οδυνηρή μείωση των εισοδημάτων, η ραγδαία αύξηση ανεργίας, η ριζική συρρίκνωση προστασίας. Η ένταξη της χώρας στον Μηχανισμό Στήριξης δεν συνδυάζεται με «κοινωνικά ισοδύναμα» προστασίας των ευπαθών ομάδων, φτωχών ατόμων και οικογενειών.

Έτσι, η αρχική συμφωνία στο πρώτο Μνημόνιο ήταν οι δαπάνες υγείας από το κρατικό προϋπολογισμό και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης να μη ξεπερνούν το 6 % του ΑΕΠ, δηλαδή τα 13 δις. ευρώ το 2010 ή τα 12 δις. ευρώ το 2012 και κάτω από τα 11 δις. ευρώ το 2013. Αυτό κατανέμεται σε κρατική επιχορήγηση 4,5 δις. περίπου προς το ΕΣΥ (3,4 δις. ως αμοιβές προσωπικού και 1,1 δις. λειτουργικές δαπάνες), που συνεχίζουν να δίνονται με προβλήματα (εφημερίες, προμηθευτές), καθώς και 5,5 δις. περίπου εισφορές κοινωνικής ασφάλισης προς τον ΕΟΠΥΥ όλων των ταμείων (που πρέπει να διασφαλισθούν και να ενοποιηθούν). Αναζητείται τουλάχιστον 1 δις. κρατική επιχορήγηση λόγω εισφοροδιαφυγής, ανεργίας και ελλείμματος, που – αν δε βρεθούν και δε μειωθούν κι άλλο οι δαπάνες – θα επιβαρύνουν πάλι τον πολίτη μέσω της επιπλέον συμμετοχής του στο κόστος (φαρμάκων και νοσοκομείων κατά το νέο μνημόνιο).

Συνέπεια της γενικευμένης χειροτέρευσης της αγοραστικής δύναμης των πολιτών τα τρία τελευταία χρόνια, είναι η πτώση των καθαρά (επιπλέον) ιδιωτικών δαπανών (out of pocket payments), που από 4% του ΑΕΠ το 2009 εκτιμάται σε περίπου 2% σήμερα. Η μείωση αυτής της ζήτησης έχει μεταφερθεί στο δημόσιο τομέα, επιβαρύνοντας τις ήδη προβληματικές υπηρεσίες του.

Αυτή η «βίαιη» μείωση δαπανών υγείας, που πλησιάζει τα 5 δις. ευρώ (2013 σε σχέση με 2009) έχει προκαλέσει τριγμούς στην ποιότητα και την πρόσβαση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Το νέο τοπίο κοινωνικής προστασίας και δημόσιας υγείας διαγράφεται ως ένα τοπίο δύο ταχυτήτων, που θα κινείται ανάμεσα στην ιδιωτική αγορά και την προνοιακή φιλανθρωπία.

Είναι γνωστό ότι σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι υπηρεσίες υγείας επιβαρύνονται με αποτέλεσμα την μείωση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των νοσημάτων και την επιδείνωση του επιπέδου υγείας (Stuckleretal. 2009).

Επίσης οι προληπτικές εξετάσεις μειώνονται ενώ πολλά παιδιά αποκλείονται από τους εμβολιασμούς και αυξάνεται η βρεφική θνησιμότητα (WHO The financial crisis and global health. 2009)

Τα τελευταία τρία χρόνια στη χώρα μας έχουν επιβληθεί εισοδηματικά κριτήρια για τη δωρεάν χορήγηση υγειονομικού υλικού σε τετραπληγικούς, παραπληγικούς, νεφροπαθείς, μεταμοσχευμένους, οροθετικούς, -έχει καθοριστεί συμμετοχή 50% στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ και 30% στους ασφαλισμένους των άλλων Ταμείων επί του συνόλου της δαπάνης προς συμβεβλημένες Ιδιωτικές Κλινικές. -Επίσης περιορίστηκαν οι δικαιολογούμενες φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες. Αυξήθηκαν τα ποσοστά συμμετοχής στα φάρμακα και στις κρατήσεις των ασφαλισμένων, πληθαίνουν τα εκτός λίστας φάρμακα, καθιερώθηκε η αποκλειστική αναγραφή της δραστικής ουσίας ενώ τα σκευάσματα υψηλού κόστους που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ μειώνονται από 900 σε 230 (8ο Συνέδριο της ΟΕΝΓΕ, Μάρτιος 2013).

Σύμφωνα με στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) το Φεβρουάριο του 2013, το ποσοστό των Ελλήνων πολιτών που ζουν στα όρια της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού εκτινάχθηκε στο 31% το 2011 από 27,7% το 2010,. Φυσικά, το εν λόγω ποσοστό θα έχει αυξηθεί ακόμη περισσότερο το 2012, λαμβάνοντας υπόψη ότι η κατάσταση έχει επιδεινωθεί από στον τομέα της ανεργίας, οι μισθοί-συντάξεις έχουν υποστεί νέες περικοπές και προστίθενται συνεχώς νέα χαράτσια. Συνεπώς, 1 στους 3 Έλληνες ή 3,4 εκατομμύρια άτομα ζουν στα όρια της φτώχειας. Η Ελλάδα με το 31%, κατέχει το υψηλότερο ποσοστό στην ευρωζώνη.

Οι πολίτες που βρίσκονται στα όρια της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού χωρίζονται σε κατηγορίες:

Η πρώτη περιλαμβάνει τα άτομα που ζουν στα όρια της φτώχειας ακόμη και με τη χορήγηση κοινωνικών παροχών, δηλαδή έχουν εισόδημα κάτω από το 60 % του μέσου εθνικού εισοδήματος. Στην κατηγορία αυτή η Ελλάδα κατέχει τη δεύτερη θέση στην ευρωζώνη με ποσοστό 21,4% (Ευρώπη 27: 16,9%).

Η δεύτερη περιλαμβάνει τα άτομα που στερούνται στοιχειωδών μέσων διαβίωσης. Η Ελλάδα έρχεται πρώτη σε αυτή την κατηγορία. Το 15,2% των Ελλήνων πολιτών βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ε.Ε. ανέρχεται σε 8,8% (πρόκειται πάντα για στοιχεία 2011).

Στα παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών που ζουν στα όρια της φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, η χώρα μας έχει το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό στην ευρωζώνη (30,4%). Στους ενήλικες ηλικίας 18-64 ετών, η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό φτωχών (31,6%) και στους ηλικιωμένους, άνω των 65 ετών, βρίσκεται στη δεύτερη θέση (29,3%).

Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις και επίσης ασκεί δυσμενείς επιδράσεις στο σύστημα υγείας και στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού

Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση των εισαγωγών κατά 24% στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως (ΥΥΚΑ 2011).

Παρατηρείται, επίσης, μείωση από 18% έως 25% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία to the point για λογαριασμό του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης στο διάστημα 19-24 Απριλίου 2013 σε δείγμα 1004 πολιτών του νομού Θεσσαλονίκης, το ποσοστό εκείνων που δεν επισκέπτονται ιδιωτικό γιατρό αυξήθηκε στο 26,1% από 3,2%, ενώ η επισκεψιμότητα στα ιδιωτικά ιατρεία μειώθηκε από 50,8% σε 32,7%. Την ίδια στιγμή μεγάλη μερίδα ασθενών (65,9%) έκαναν χρήση των υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ, ενώ το 2012 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 38,5%. Ένα ποσοστό 37,2% ζητά ιατρική περίθαλψη μόνο όταν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα υγείας, ενώ πέρυσι το ποσοστό αυτό ήταν 43,3% και μόνο το 8,5% κάνει τσεκάπ σε σταθερή ετήσια βάση (πέρυσι 9,9%).

Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμα μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του δημόσιου συστήματος υγείας.

Η οικονομική κρίση φαίνεται ότι βλάπτει την υγεία και ειδικότερα αυξάνει την θνησιμότητα. Στη χώρα μας παρατηρείται αύξηση θνησιμότητας από ιούς γρίπης, ιός του Νείλου και AIDS (Μπονόβας και Νικολόπουλος, 2012 ΚΕΕΛΠΝΟ) και χειροτέρευση της αυτο-εκτιμώμενης υγείας (αύξηση της κακής υγείας) (Ζάβρας και συν 2012 ΕΣΔΥ). Έρευνα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας (Κεντρικαλένης και συν, 2011), με βάση ευρωπαϊκά δεδομένα της Eurostat για τα έτη 2007 και 2009 έδειξε: 14% αύξηση της πιθανότητας να μην επισκεφθούν γιατρό και 15% αύξηση της πιθανότητας να μην επισκεφθούν οδοντίατρο

Οι περιορισμοί στην χρήση των υπηρεσιών με συμμετοχή στο κόστος, η μείωση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών λόγω υποχρηματοδότησης, η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης μεγάλου μέρους του πληθυσμού, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος ίσως την βλάψουν περισσότερο (Δ. Νιάκας 6/3/2013 «Η υγεία στην περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα, τη Γερμανία και την Ευρώπη» εκδήλωση του ιδρύματος Ρόζα Λούξεμπουργκ)

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματα τους δηλαδή στο επίπεδο υγείας θα ενταθούν. Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις €) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) αυξάνονται και υπάρχουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτηση των πολιτών.

Η επιδίωξη της κεντρικής διοίκησης για περιστολή της δημόσιας δαπάνης κατά 3,4 δις € (φαρμακευτική περίθαλψη και προμήθειες) δηλαδή 15% περίπου της δημόσιας δαπάνης είναι αφενός εξαιρετικά δυσχερής και αφετέρου θα προκαλέσει δραματική μείωση της προσφοράς.

Οι αλλαγές στο σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων με τον Ν. 3845/10, Ν.3865/10 αλλά και των άλλων διαδοχικών νομοθετικών παρεμβάσεων κατά την περίοδο 2010-2012, οδηγεί στην μετατόπιση του κέντρου βάρους του κοινωνικό-ασφαλιστικού συστήματος από το διανεμητικό (κοινωνική αλληλεγγύη) στο κεφαλαιοποιητικό (εξατομικευμένο) σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (βασική σύνταξη, ιδιωτικά συνταξιοδοτικά σχήματα) και στη μετεξέλιξη του κράτους-πρόνοιας σε κράτος –φιλανθρωπίας.

Η Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, Υγείας και Βιώσιμης Ανάπτυξης της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του ΣτΕ εξουσιοδότησε την Βουλευτή κα Lilliane Pasquier, να πραγματοποιήσει διερευνητική επίσκεψη στην Ελλάδα στις 12-13

Απριλίου 2013. στο πλαίσιο της προετοιμασίας της έκθεσής «Ίση πρόσβαση στην Υγειονομική Περίθαλψη». Η κα Lilliane Pasquier, συναντήθηκε με εκπροσώπους των εθνικών αρχών, της κοινωνίας των πολιτών και μη κυβερνητικές οργανώσεις δημοσίευσε την σχετική αναφορά Parliamentary Assembly doc 13225, 7 June 2013 Equalaccessto health care.

Στην αναφορά γίνεται λόγος για ανθρωπιστική κρίση στην Ελλάδα που πλήττει όλο και περισσότερους ανθρώπους, κυρίως άνεργους, μετανάστες, πρόσφυγες, Ρομά, γυναίκες και τα παιδιά. Βασικά σημεία της αναφοράς είναι τα εξής:

Το ελληνικό δημόσιο σύστημα ιατρικής περίθαλψης βασίζεται στην απασχόληση. Κατά συνέπεια, με ορισμένες εξαιρέσεις, μόνο όσοι έχουν μια δουλειά και όσοι είναι άνεργοι για λιγότερο από ένα χρόνο δικαιούνται ιατρική κάλυψη. Σε μια χώρα όπου το ποσοστό ανεργίας έχει αναρριχηθεί στο 27% του πληθυσμού (η ανεργία των νέων ανέρχεται σε πάνω από 60%), το αποτέλεσμα είναι να αποκλειστεί ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού από την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι άνθρωποι με ασφαλιστική κάλυψη πρέπει να πληρώσουν € 5 για κάθε επίσκεψη στο νοσοκομείο,. Οι περικοπές στον προϋπολογισμό έχουν επηρεάσει ιδιαίτερα τα δημόσια νοσοκομεία, όπου μερικές βασικές προμήθειες, όπως σύριγγες, κομπρέσες, γάντια ή κλωστή ραφής, έχουν εξαντληθεί και το ιατρικό προσωπικό μερικές φορές αναγκάζεται να ζητά από τους ασθενείς να αγοράσουν οι ίδιοι αυτές τις προμήθειες. Οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη γεωγραφία της Ελλάδας επιδεινώθηκαν με την κρίση. Τα νησιά υποφέρουν ιδιαίτερα από την έλλειψη προσωπικού: πολλά μικρά νησιά δεν έχουν καθόλου γιατρό και άλλα "μοιράζονται" ένα γιατρό μεταξύ τους. Τα μεγαλύτερα νησιά, από την πλευρά τους, υποφέρουν από έλλειψη ειδικών.

Σημαντική αύξηση παρατηρείται στον αριθμό των φορέων του ιού HIV, καθώς και στις περιπτώσεις φυματίωσης που επανεμφανίζεται (αν και παραμένουν απομονωμένες). Τα εμβόλια δεν είναι πλέον δωρεάν, και τα παιδιά δεν γίνονται δεκτά στα σχολεία εάν δεν έχουν εμβολιαστεί. Η κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες σταθερά χειροτερεύει. Με την κρίση, πολλοί έχουν χάσει τις δουλειές τους ή έχουν περιπέσει σε παράτυπη κατάσταση και, ως εκ τούτου, δεν έχουν πλέον πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Το πρόβλημα των παράνομων μικτών μεταναστευτικών ροών προς την Ελλάδα αποτελεί μια πραγματική πρόκληση για την κυβέρνηση. Το 2012, δαπάνησε € 120 εκατομμύρια για τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των

παράνομων μεταναστών, ο αριθμός των οποίων εκτιμάται σήμερα σε πάνω από ένα εκατομμύριο.

Σύμφωνα με τους ισχύοντες κανονισμούς, ο καθένας έχει πρόσβαση σε δωρεάν περίθαλψη σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Στην πράξη, όμως, η απαίτηση αυτή δεν ικανοποιείται πάντα. Στο πλαίσιο αυτό, η κατάσταση των εγκύων γυναικών που δεν έχουν ιατρική κάλυψη είναι ιδιαίτερα ανησυχητική. Εάν έχουν εισαχθεί προς για να γεννήσουν, είναι στη συνέχεια υποχρεωμένος να καταβάλει τα σχετικά τέλη, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 800 και 1200 ευρώ. Περιπτώσεις αναφέρθηκαν όπου νοσοκομείο αρνήθηκε να εκδώσει ένα πιστοποιητικό γέννησης ή ακόμη και να αφήσει τα νεογέννητα να εγκαταλείψουν το νοσοκομείο μέχρι να καταβληθούν τα τέλη. Οι ΜΚΟ αναφέρουν μια ανησυχητική αύξηση του αριθμού των ατόμων που έρχονται σε αυτές για βοήθεια, συμπεριλαμβανομένων των Ελλήνων πολιτών, οι περισσότεροι από τους οποίους είναι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Λόγω της μείωσης των μισθών και των αυξημένων τιμών για τα φάρμακα ακόμη και άνθρωποι με ιατρική κάλυψη δεν είναι σε θέση να αντέξουν οικονομικά τα φάρμακά τους.

Οι Έλληνες πολίτες έχουν δημιουργήσει ένα ουσιαστικά παράλληλο σύστημα υγείας που βασίζεται εξ ολοκλήρου στην αλληλεγγύη και την εθελοντική εργασία. Ένα παράδειγμα αυτού είναι η ελεύθερη κλινική στο Ελληνικό, όπου δεκάδες γιατροί εργάζονται σε εθελοντική βάση. Συστάθηκε το 2011, η κλινική εξυπηρετεί ιδιαίτερα τους ασθενείς που δεν έχουν ιατρική κάλυψη και συλλέγει φάρμακα που διανέμει στη συνέχεια στους ασθενείς του.

Τέλος, ξενοφοβικές και ρατσιστικές ενέργειες εις βάρος των προσφύγων και των μεταναστών έχουν αυξηθεί ανησυχητικά. Επίσης, οι αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες από ορισμένες χώρες, οι οποίοι έχουν περιορισμένη ιατρική κάλυψη λόγω της ιδιότητάς τους λένε ότι έχουν αγνοηθεί ή / και κακομεταχειρίση από ιατρικό προσωπικό.

Εν κατακλείδι, η δεκαετία που διανύουμε χαρακτηρίζεται ήδη από την επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης ενός σημαντικού τμήματος της ελληνικής κοινωνίας, που συνδέεται κυρίως με την ραγδαία αύξηση των ανέργων, τη συρρίκνωση της αγοραστικής δύναμης των μισθών και τη μείωση του ύψους βασικών κοινωνικών παροχών, όπως οι κύριες και επικουρικές συντάξεις, το τακτικό επίδομα ανεργίας, τα προνοιακά επιδόματα, η ιατροφαρμακευτική κάλυψη

Ανεξάρτητα από τους προφανείς πολιτικούς λόγους περιορισμένου ενδιαφέροντος των σχεδιαστών των Μνημονίων για την προστασία των φτωχών και ευπαθών ομάδων του πληθυσμού σε μία περίοδο αύξησης των κοινωνικών κινδύνων και αναγκών, οι συνέπειες αυτής της επιλογής καταδικάζουν τις ομάδες αυτές σε κοινωνικό αποκλεισμό και περιθωριοποίηση και απειλούν την κοινωνική συνοχή του ελληνικού πληθυσμού. Η απορρύθμιση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, ο δραστικός περιορισμός όσων προνοιακών δομών επιβίωναν πριν από την εκδήλωση της κρίσης, οι μειώσεις και καταργήσεις όλου του φάσματος των κοινωνικών και προνοιακών επιδομάτων, οδηγούν στην κοινωνική εξαθλίωση των ήδη φτωχών αλλά και την γενικευμένη φτωχοποίηση μιας πλειοψηφικής μερίδας της ελληνικής κοινωνίας. Αντίστοιχα, η λογική του «ενός επιδόματος» ασθενείας, αναπηρίας ή οικογενειακού, επειδή είναι κατ'ουσίαν δημοσιονομικής και όχι κοινωνικής λογικής, δε μπορεί να συμβάλλει στην απλοποίηση του συστήματος αλλά αντιμετωπίζει υπεραπλουστευτικά την πολλαπλότητα των αναγκών και των καταστάσεων με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι υποψήφιοι δικαιούχοι, ενώ οδηγεί σε ένα ισοπεδωτικό τσεκούρωμα των επιδομάτων προς τα κάτω.

4.3 Το διοικητικό / επιχειρησιακό περιβάλλον άσκησης των πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα

Δράσεις και προγράμματα στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας των Ε.Κ.Ο. στην Ελλάδα, προωθούνται από φορείς του δημόσιου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα. Οι φορείς του δημόσιου τομέα σχεδιάζουν και υλοποιούν προγράμματα εισοδηματικής ενίσχυσης και κοινωνικής φροντίδας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, στο πλαίσιο της προστασίας των δικαιωμάτων που προβλέπονται στο Σύνταγμα και εξειδικεύονται από τη νομοθεσία. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις λειτουργούν με αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών φροντίδας προς άτομα που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της αγοράς (καταβολή ανταλλάγματος για τη λήψη των υπηρεσιών) και δεν επιθυμούν (ή αδυνατούν) για διάφορους λόγους να ενταχθούν στο δημόσιο σύστημα, ενώ οι εθελοντικοί φορείς δραστηριοποιούνται για την προώθηση συλλογικών αιτημάτων των μελών τους ή για την κάλυψη των κενών προστασίας που συνεπάγεται συχνά είτε η επιλεκτική στόχευση των δημόσιων πολιτικών είτε η απουσία εξειδικευμένων προγραμμάτων κάλυψης.

4.3.1 Οι φορείς κοινωνικής προστασίας του δημόσιου τομέα

Οι φορείς κοινωνικής προστασίας του δημόσιου τομέα οργανώνονται και λειτουργούν σε τρία επίπεδα: κεντρική διοίκηση, περιφερειακή διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση. Υπηρεσίες φροντίδας παρέχονται από νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που ιδρύονται και εποπτεύονται από φορείς της κεντρικής διοίκησης, της περιφερειακής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Πρέπει εδώ να τονιστεί η αναγκαιότητα επιεικούς ερμηνείας των διατάξεων για τις προνοιακές παροχές από τη Διοίκηση. Ο βιοποριστικός χαρακτήρας των προνοιακών παροχών δικαιολογεί την αυξημένη προστασία τους και την ερμηνεία των σχετικών κανόνων δικαίου με βάση τις αρχές της χρηστής διοίκησης, της προστατευόμενης εμπιστοσύνης και, ιδίως, της επιείκειας, τις οποίες συχνά η διοίκηση παραβλέπει, ακολουθώντας αυστηρά την κατά γράμμα ερμηνεία των κανόνων δικαίου.

Με τον ν. 4109/2013 (ΦΕΚ 16, Τεύχος Α', Άρθρο 9) αποφασίστηκε η συγχώνευση 38 Ιδρυμάτων Πρόνοιας σε 12 Ιδρύματα Δημοσίου Δικαίου.

A. Οι φορείς της κεντρικής διοίκησης

Τα Υπουργεία Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας είναι οι κύριοι φορείς της κεντρικής διοίκησης για την οργάνωση και λειτουργία του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, Κοινωνικής Προστασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Το Υπουργείο Υγείας επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας με τη προαγωγή της υγείας, τη πρόληψη της ασθένειας (Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας) και τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας υγείας σε όλους τους πολίτες (7 Υ.ΠΕ, Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.Κ.Α, Νοσοκομεία ειδικού καθεστώτος, Κέντρα Θεραπείας, Συμβουλευτικοί Σταθμοί) με σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς (Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών).

Οι επιδόσεις των υπηρεσιών του υπουργείου Υγείας, τουλάχιστον στον τομέα της απορροφητικότητας των κονδυλίων του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς 2007-2013 (ΕΣΠΑ), στον τομέα της Υγείας, είναι απογοητευτικές καθώς δεν κατάφεραν μέχρι το τέλος του 2011, οπότε και έληγε η προθεσμία για την υποβολή προτάσεων και σχεδίου διαχείρισης, να καταρτίσουν ένα ολοκληρωμένο πλάνο για την διοχέτευσή τους στο σύστημα της περίθαλψης. Σε μια εποχή βαθιάς οικονομικής κρίσης όπου η Υγεία

καταρρέει εξαιτίας της έλλειψης χρηματοδότησης, από τα 328.148.384 ευρώ που δίνει από το 2007 η Ευρωπαϊκή Ένωση στο Υπουργείο Υγείας, οι αρμόδιες υπηρεσίες του κατάφεραν να δαπανήσουν σε έργα μόνο το 6,8% μέχρι τα μέσα του 2013. Με άλλα λόγια, μέσα σε πέντε χρόνια απορρόφησαν 22.314.000 ευρώ. Τώρα η ηγεσία του υπουργείου έχει θέσει ως στόχο στο τέλος του 2013 η απορροφητικότητα του ΕΣΠΑ να φτάσει το 48%.

Το ΥΠΕΚΑΠ εκτός από τους φορείς κύριας ασφάλισης που εποπτεύει, στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης χαράσσει πολιτικές προώθησης της απασχόλησης, ασφάλισης της ανεργίας, κοινωνικής προστασίας της μητρότητας και της οικογένειας, επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ο.Α.Ε.Δ.), παρακολουθεί την εφαρμογή των διατάξεων της Εργατικής Νομοθεσίας (ΣΕΠΕ), προάγει την υγεία στο χώρο της εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.), διενεργεί συλλογικές διαπραγματεύσεις μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων (Ο.ΜΕ.Δ.).

Στον τομέα της Πρόνοιας, εκτός από τους φορείς επικουρικής ασφάλισης και τα επαγγελματικά ταμεία, το ΥΠΕΚΑΠ παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας μέσω της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας και ειδικότερα μέσω τριών Διευθύνσεων:

- α. Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας που μεταξύ άλλων έχει την αρμοδιότητα προστασίας παιδιών και εφήβων με το αντίστοιχο τμήμα,
- β. Διεύθυνση Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης που ασχολείται μεταξύ άλλων με τις ευπαθείς ομάδες καθώς και με τους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο.
- γ. Διεύθυνση ΑΜΕΑ που ασχολείται, μεταξύ άλλων, με την οργάνωση και λειτουργία δομών και προγραμμάτων ανοιχτής φροντίδας και αποκατάστασης

Η Γενική Γραμματεία Πρόνοιας εποπτεύει επίσης Φορείς Πρόνοιας-ΝΠΔΔ (Κ.Ε.Α.Τ., Ε.Ι.Κ., Ε.Κ.Κ.Α κλπ), ΜΚΦ-ΝΠΔΔ και πιστοποιημένους φορείς Πρόνοιας-ΝΠΔΔ, Το Ε.Κ.Κ.Α. αποτελεί τον κύριο εθνικό συντονιστικό φορέα άσκησης κοινωνικής πολιτικής και παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Σκοπός του σύμφωνα με το άρθρο 6 του Ν.3106/2003, είναι ο συντονισμός του δικτύου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσης ή κοινωνικού αποκλεισμού ή κοινωνικούς κινδύνους που προκύπτουν από φυσικά φαινόμενα ή από συνδυασμό ψυχοκοινωνικών, σωματικών ή οικονομικών παραγόντων και αδυνατούν να διαχειρισθούν από μόνα τους ή αδυνατούν

να καλύψουν τις βασικές ανάγκες διαβίωσής τους ή βρίσκονται σε αδυναμία να αξιοποιήσουν τις υφιστάμενες προνοιακές υπηρεσίες φορέων του δημόσιου τομέα.

Παράλληλα, όμως, εντοπίζονται και σημαντικές παρεμβάσεις άλλων Υπουργείων στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας: το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ασκεί συγκεκριμένες αρμοδιότητες στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη του θεσμού της Ειδικής Αγωγής για τα Άτομα με Αναπηρίες.

Το Υπουργείο Εσωτερικών αποτελεί τον φορέα της κεντρικής διοίκησης που ασκεί παράλληλες αρμοδιότητες σε δύο βασικούς άξονες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας: τον άξονα της ρύθμισης του καθεστώτος ένταξης των μεταναστών και τον άξονα της ένταξης των προσφύγων. Το νομικό καθεστώς κοινωνικής ένταξης των μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα ρυθμίζεται από ένα σύνθετο θεσμικό πλαίσιο, το οποίο διαμορφώνεται με βάση τις συνταγματικές εντολές για την προστασία των αλλοδαπών και τη νομοθετική τους εξειδίκευση. Παράλληλα, η εφαρμογή μηχανισμών των Διεθνών Οργανισμών συνθέτει ένα παράλληλο επίπεδο υπερνομοθετικής ισχύος που διέπει πλέον τις σχέσεις μεταξύ διοίκησης και αιτούντων άσυλο / προσφύγων σε διαφορετικά πεδία της οικονομικής και κοινωνικής ζωής.

Οι διεθνείς ρυθμίσεις που αφορούν ζητήματα προσφύγων διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες: ρυθμίσεις γενικής εφαρμογής και ρυθμίσεις αποκλειστικής ισχύος για πρόσφυγες.

α) Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει διατάξεις για τη μετανάστευση που περιέχονται σε διεθνείς μηχανισμούς προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Πρόκειται για ρυθμίσεις που εντοπίζονται ενδεικτικά στο Διεθνές Σύμφωνο του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για το Νομικό Καθεστώς των Μεταναστών Εργαζομένων, στη Σύμβαση σχετικά με τη συμμετοχή των αλλοδαπών στη δημόσια ζωή σε τοπικό επίπεδο, στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη και στις Διεθνείς Συμβάσεις Εργασίας.

β) Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τη Σύμβαση του ΟΗΕ περί Νομικού Καθεστώτος των Προσφύγων (Γενεύη 1951) και το Συμπληρωματικό της Πρωτόκολλο (Νέα Υόρκη, 1967) και τις ρυθμίσεις του κοινοτικού δικαίου για τους εκτοπισθέντες και τους αιτούντες άσυλο. Το υφιστάμενο εθνικό θεσμικό πλαίσιο προσδιορίζει τις διαδικασίες

ρύθμισης από τις αρμόδιες ελληνικές αρχές των ακόλουθων κατηγοριών: Άτομα που αναγνωρίζονται ως πρόσφυγες με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και εφοδιάζονται με άδεια παραμονής που ανανεώνεται (πρόκειται για αναγνωρισμένους Πρόσφυγες με βάση τις διατάξεις των άρθρων 24 και 25 του Ν.1975/1991 (όπως τροποποιήθηκε με τα άρθρα 1 και 2 του Ν.2452/1996 «Ρύθμιση θεμάτων προσφύγων κατά τροποποίηση των διατάξεων του και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 236Α).

- Άτομα που υποβάλλουν αίτηση για αναγνώριση προσφυγικής ιδιότητας (αιτούντες άσυλο) σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται στο άρθρο 1 του Π.Δ. 61/1999 (ΦΕΚ 63Α).

- Άτομα που δεν έχουν λάβει άσυλο και δεν έχουν χαρακτηριστεί επίσημα “πρόσφυγες” αλλά οι ελληνικές αρχές τους χορηγούν προσωρινή άδεια παραμονής, διάρκειας ενός έτους, για ανθρωπιστικούς λόγους (προσωρινά διαμένοντες) σύμφωνα με το άρθρο 8 του Π.Δ. 61/1999.

Οι πρόσφυγες αντιστοιχούν σε μια ομάδα στόχου που ήδη έχει αναγνωριστεί νομοθετικά ως αντικείμενο ειδικών παρεμβάσεων στο πεδίο της κοινωνικής ένταξης. Οι πλέον αντιπροσωπευτικές παρεμβάσεις εντοπίζονται στο Ν. 2646/98 «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» και στο Ν. 3386/2005 «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια». Ν. 2646/98 ρυθμίζει ζητήματα κοινωνικής κάλυψης, προβλέποντας στο άρθρο 18 ότι:

«Στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος για τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και τις ομάδες που τελούν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης καθορίζονται Ειδικά Προγράμματα με στόχο:

β. την κοινωνική ένταξη των αναγνωρισμένων Προσφύγων, τον καθορισμό των προϋποθέσεων και τη διαδικασία παροχής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης ή οποιασδήποτε άλλης οικονομικής και κοινωνικής συνδρομής σε άτομα που έχουν αναγνωρισθεί από την αρμόδια Ελληνική Αρχή ως πρόσφυγες ή έχουν υποβάλει αίτηση για αναγνώριση ή τους έχει επιτραπεί η προσωρινή διαμονή προς αντιμετώπιση επείγουσών και σοβαρών καταστάσεων ανάγκης».

Ο Ν. 3386/2005 ρυθμίζει ευρύτερα ζητήματα κοινωνικής ένταξης των μεταναστών, εξαιρώντας ρητώς (άρθρο 2 παρ.1 γ) τους αιτούντες άσυλο και τους πρόσφυγες από το προσωπικό πεδίο εφαρμογής του. Όμως, εντάσσει με ειδικότερη διάταξη (άρθρο 65

παρ.2) τους πρόσφυγες και τα άτομα που τελούν υπό καθεστώς διεθνούς προστασίας στις κατηγορίες των επωφελουμένων από τις δράσεις κοινωνικής ένταξης που θα αναπτυχθούν στο πλαίσιο του Ολοκληρωμένου Προγράμματος Δράσης (άρθρο 66 παρ.4). Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς καλύπτει ορθολογικά το κενό που προκύπτει από την αδυναμία ουσιαστικής εφαρμογής του Ν. 2646/98 και την παρεπόμενη έλλειψη υιοθέτησης του Ειδικού Προγράμματος ένταξης των προσφύγων. Επιχειρείται, έτσι, να αναπτυχθεί μία θεματική στρατηγική καταπολέμησης του αποκλεισμού της συγκεκριμένης ομάδας στόχου, με βάση μία πολυδιάστατη σύλληψη της ένταξης που δεν περιορίζεται στο ειδικό πεδίο της προνοιακής κάλυψης.

Η Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (Γ.Γ.Ι.Φ.) είναι ο αρμόδιος κυβερνητικός φορέας για τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών για την ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών σε όλους τους τομείς.

Η Γ.Γ.Ι.Φ. λειτουργεί δύο Κέντρα Κακοποιημένων Γυναικών στην Αθήνα και στον Πειραιά και έναν ξενώνα - καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών στην Αθήνα, σε συνεργασία με το Δήμο Αθηναίων. Το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.) είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που λειτουργεί υπό την εποπτεία και χρηματοδότηση της Γ.Γ. Ι.Φ. Κύριος σκοπός του ΚΕΘΙ είναι ο συντονισμός, η προαγωγή και η εκτέλεση της έρευνας σε θέματα ισότητας των δύο φύλων στο πλαίσιο της πολιτικής που χαράσσει η Γ.Γ.Ι.Φ. Τα παραρτήματα του ΚΕΘΙ σε πέντε μεγάλες πόλεις της χώρας είναι στελεχωμένα με ειδικό προσωπικό που ασχολείται με τη στήριξη και την προστασία γυναικών θυμάτων βίας.

Κέντρο υποστήριξης και φιλοξενίας για θύματα σωματεμπορίας λειτουργεί από το Υπουργείο Μακεδονίας & Θράκης στη Βόρεια Ελλάδα.

Ανάλογες δράσεις έχουν αναλάβει οι Γιατροί του Κόσμου και γυναικείες οργανώσεις σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας.

Το 2003 συστάθηκε το Εθνικό Παρατηρητήριο για τη βία κατά των γυναικών, με βασικούς φορείς το «Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών» και το «Δίκτυο για την καταπολέμηση της ανδρικής βίας κατά των γυναικών» από την πλευρά των μη κυβερνητικών οργανώσεων και τη «Γενική Γραμματεία Ισότητας» από την πλευρά των κυβερνητικών οργανώσεων.

B. Η περιφερειακή διοίκηση-ΟΤΑ

Όπως έχει καταγραφεί σε πρόσφατες μελέτες, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και ο συντονισμός των πολιτικών κοινωνικής προστασίας σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη χώρα μας, στο πλαίσιο ενός ελλειμματικού δημόσιου μοντέλου παρέμβασης κοινωνικής προστασίας, παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες και στρεβλώσεις, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται:

- στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης και κοινωνικού αποκλεισμού
- στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού

Οι Ε.Κ.Ο. περιορίζονται είτε στην περιστασιακή λήψη επιδοματικών παροχών, χωρίς προοπτικές ανεξαρτητοποίησης από τη δημόσια συνδρομή είτε παραπέμπονται σε αναχρονιστικές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο «υψηλού στιγματισμού».

Παράλληλα, έχουν διαπιστωθεί προβλήματα οργανωτικά, διοικητικά και χρηματοδοτικά στη λειτουργία του προνοιακού συστήματος κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, καθώς και καθυστερήσεις / κενά στην αποτελεσματική κάλυψη της ζήτησης για ποιοτικές, εξατομικευμένες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Βέβαια δεν πρέπει να παραγνωριστεί ότι η κατάσταση αυτή επιτείνεται από τα ενδογενή οργανωτικά – λειτουργικά προβλήματα των Τοπικών Αυτοδιοικήσεων, που ενισχύονται ακόμα περισσότερο από το χαμηλό βαθμό αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων και μεταφοράς επαρκών πόρων από την Κεντρική Διοίκηση.

Με το Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87 Α' /2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης» διαμορφώνεται ένα νέο πλαίσιο ανάπτυξης της Τοπικής Διακυβέρνησης μέσω των αιρετών Περιφερειών και των νέων, ισχυροποιημένων Ο.Τ.Α. Α' βαθμού.

Οι ρυθμίσεις του νόμου 3852/2010 στοχεύουν να εξασφαλίσουν για τη σύγχρονη αυτοδιοίκηση το χαρακτήρα:

- της εγγύτητας στη λήψη αποφάσεων
- της χρηστής διακυβέρνησης
- της εποπτείας και του ελέγχου
- της κοινωνικής και οικονομικής συνοχής

- της ενίσχυσης του ρόλου και των δικαιωμάτων του πολίτη
- του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και
- της πολυεπίπεδης διακυβέρνησης

Με τον τρόπο αυτό, οι δύο βαθμοί λειτουργούν μόνο εντός των ορίων των αρμοδιοτήτων που τους απονέμονται και οι σχέσεις τους δεν είναι σχέσεις ιεραρχίας και ελέγχου αλλά σχέσεις συνεργασίας και συναλληλίας.

Ειδικά για τους πολίτες των τοπικών κοινωνιών και τις Ε.Κ.Ο., η δημιουργία και αποτελεσματική λειτουργία ισχυρών και αποκεντρωμένων αυτοδιοικητικών οντοτήτων, με σημαντικές αρμοδιότητες και αναπτυξιακές ευθύνες, φέρνει κοντά τους τη διοίκηση, με αποτέλεσμα να σταματά την υποχρέωσή τους να επισκέπτονται τις κεντρικές υπηρεσίες για διεκπεραίωση των υποθέσεών τους. Η αυτοδιοίκηση (Περιφερειακή – ΟΤΑ), στα όρια των αρμοδιοτήτων της, καλείται να αναλάβει πρωτοβουλίες ενίσχυσης των πολιτών και των τοπικών κοινωνιών με το σχεδιασμό και υλοποίηση πολιτικών που θα στοχεύουν: στο συντονισμό των υφιστάμενων και στο σχεδιασμό και υλοποίηση νέων προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα που θα ανταποκρίνονται στα αιτήματα των Ε.Κ.Ο. και στη δυναμική τους ένταξη/επανένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ανάπτυξη και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής.

4.3.2 Μεταβιβαζόμενες Αρμοδιότητες του Τομέα Κοινωνικής Προστασίας στους Δήμους

Σύμφωνα με το άρθρο 94 του Νόμου 3852/2010 (ΦΕΚ 87 Α' /2010) «Πρόσθετες αρμοδιότητες Δήμων», στο άρθρο 75 παρ. Ι του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων υπό τον τομέα ε' (Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης) προστίθενται οι παρακάτω αρμοδιότητες:

- Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και η διενέργειά τους.
- Η τήρηση κανόνων υγιεινής των δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων.
- Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας σε ιδιώτες, καθώς και σε συλλόγους ή σωματεία, που επιδιώκουν φιλανθρωπικούς σκοπούς.
- Η άσκηση ελέγχου και εποπτείας στα ιδρύματα παιδικής προστασίας ιδιωτικού δικαίου (ιδιωτικοί παιδικοί σταθμοί) και η ευθύνη λειτουργίας των παιδικών εξοχών.

- Η εποπτεία επί των φιλανθρωπικών σωματείων και ιδρυμάτων, καθώς και η έγκριση του προϋπολογισμού τους, η παρακολούθηση και ο έλεγχος των επιχορηγήσεων, που δίδονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με κοινωφελείς σκοπούς.
- Η οικονομική ενίσχυση αυτοστεγαζόμενων, η μίσθωση ακινήτων, η ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και η επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της οικείας νομοθεσίας.
- Ο διορισμός μελών διοικητικών συμβουλίων, η εποπτεία και η ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας ιδρυμάτων προστασίας και αγωγής οικογένειας του παιδιού (όπως Κέντρων Παιδικής Μέριμνας, Παιδικών Σταθμών, Παιδικών Εξοχών, παραρτημάτων ΠΙΚΠΑ και ΚΕΠΕΠ).
- Ο ορισμός ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.
- Η χορήγηση της Κάρτας Αναπηρίας, μετά από σχετική γνωμοδότηση της αρμόδιας Επιτροπής Πιστοποίησης Αναπηρίας.
- Η έκδοση πιστοποιητικών οικονομικής αδυναμίας.
- Η καταβολή επιδομάτων σε τυφλούς, κωφάλαλους, ανασφάλιστους παραπληγικούς, τετραπληγικούς και ακρωτηριασμένους, διανοητικά καθυστερημένους, ανίκανους προς εργασία, υποφέροντες από εγκεφαλική παράλυση (σπαστικούς), απροστάτευτους ανήλικους, υποφέροντες από αιμολυτική αναιμία και βαριά ανάπηρους, καθώς και σε λοιπά άτομα δικαιούμενα παροχής κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 57/1973 (ΦΕΚ 149 Α'), της σχετικής νομοθεσίας, καθώς και των οικείων κανονιστικών ρυθμίσεων.
- Η δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων λόγω απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους.
- Η αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής.

Η υλοποίηση:

α) προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου,

β) εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση,

γ) προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.

Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας δημοτικών και ιδιωτικών παιδικών ή βρεφονηπιακών σταθμών.

Η χορήγηση αδειών διενέργειας λαχειοφόρων αγορών, εράνων και φιλανθρωπικών αγορών.

Η έκδοση τοπικών υγειονομικών διατάξεων και η λήψη μέτρων σε θέματα δημόσιας υγιεινής.

Η πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας.

Η χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.

Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς, οι οποίοι πωλούν φάρμακα χωρίς άδεια, καθώς και σε βάρος ιατρών και φαρμακοποιών για κατοχή ή πώληση δειγμάτων φαρμάκων.

Η οργάνωση αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικών προγραμμάτων για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, κατά τις ρυθμίσεις της παρ. 7 του άρθρου 14 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α').

Η εφαρμογή προγραμμάτων για την καταπολέμηση λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων ζώων.

Η επιβολή ή άρση υγειονομικών μέτρων, λόγω εμφάνισης βαριάς επιζωοτίας για την έκδοση πιστοποιητικών προς μεταφορά ζώων.

Ο ορισμός ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. για τα Ν.Π.Δ.Δ. του νομού.

Ο ορισμός μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των Ταμείων Πρόνοιας και Προστασίας Πολυτέκνων, από το δήμο όπου εδρεύουν τα ταμεία.

Η εφαρμογή, οργάνωση και εποπτεία της τεχνητής σπερματέγχυσης και του συγχρονισμού του οίστρου των ζώων.

Η παροχή γνωμάτευσης από τον αρμόδιο κτηνίατρο για υγειονομική καταλληλότητα των ζώων όταν πρόκειται για πλανόδια έκθεση ζώων».

Οι ανωτέρω αρμοδιότητες θα υλοποιούνται από τις υπό ίδρυση μονάδες «Άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικών Ισότητας των Φύλων».

Μετά την εφαρμογή του Καλλικράτη, η καταβολή των προνοιακών επιδομάτων έχει πλέον ανατεθεί στους Δήμους, από τα προνοιακά τμήματα των οποίων χορηγούνται τα εξής επιδόματα:

1. Διατροφικό Επίδομα Νεφροπαθών
2. Διατροφικό Επίδομα Μεταμοσχευμένων Νεφροπαθών
3. Επίδομα Ενίσχυσης Κωφάλαλων Ατόμων
4. Επίδομα για Απροστάτευτα Παιδιά
5. Επίδομα παρα-Τετραπληγίας Ασφαλισμένων του Δημοσίου ή Υπαλλήλων ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ
6. Επίδομα Χανσενικών
7. Επίδομα Βαριάς Νοητικής Καθυστέρησης
8. Επίδομα Τυφλών
9. Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας
10. Επίδομα για Ομογενείς Πρόσφυγες
11. Επίδομα Κωσίων
12. Επίδομα Μεσογειακής Αναιμίας- Αιμολυτικής Αναιμίας - Αιμοροφιλίας – AIDS
13. Επίδομα παρα-Τετραπληγίας Ανασφαλιστών
14. Επίδομα Στεγαστικής Συνδρομής
15. Επίδομα Σπαστικής Εγκεφαλοπάθειας
16. Επίδομα Μητρότητας

17. Εφάπαξ βοήθημα σε άτομα ή οικογένειες

18. Επίδομα σε άτομα ή οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα ένδειας λόγω έκτακτης ανάγκης

19. Επίδομα σε πληγέντες από θεομηνίες για την κάλυψη άμεσα βιοτικών αναγκών

20. Επίδομα σε άτομα που λόγω τραυματισμού τους εξαιτίας φυσικής καταστροφής υπέστησαν μόνιμη βλάβη με ποσοστό 67% και άνω.

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΕΤΑΑ, για τις κοινωνικές δομές των δήμων που πραγματοποιήθηκε, με βάση ερωτηματολόγιο, τον Οκτώβριο - Δεκέμβριο του 2012 και στην οποία συμμετείχαν 250 δήμοι, οι κοινωνικές δημοτικές δομές πλησιάζουν τις 3.400. Από αυτές οι περισσότερες είναι άτυπες. Κάποιες υλοποιούνται από τα Νομικά Πρόσωπα του Δήμου (κοινοφελείς επιχειρήσεις ή ΝΠΔΔ), κάποιες κατευθείαν από την κοινωνική υπηρεσία του. Κατά μέσο όρο κάθε δήμος παρεμβαίνει σε κοινωνικά θέματα, με 10 δομές. Από τις κοινωνικές αυτές δομές παρουσιάζεται να εξυπηρετούνται σε σταθερή βάση 556.000 πολίτες. Η κοινωνική προσφορά των δήμων παρουσιάζει μεγάλη βιοποικιλότητα που επηρεάζεται από τις ιδιαίτερες κοινωνικές & οικονομικές συνθήκες κάθε τύπου. Είναι χαρακτηριστικό ότι έχουν καταγραφεί, παρά την κωδικοποίηση, 380 διαφορετικές κοινωνικές παρεμβάσεις μέσω δημοτικών δομών. Από τις βασικές δραστηριότητες των δομών αυτών είναι τα κοινωνικά φαρμακεία & η παροχή φαρμακευτικής υποστήριξης. Η δραστηριότητα συνδυάζεται με ιατρική περίθαλψη, νοσηλευτική φροντίδα, ψυχολογική υποστήριξη με αποτέλεσμα να παρέχεται μία ολοκληρωμένη βοήθεια. Οι προσπάθειες αυτές καλύπτουν το 38% περίπου του συνόλου των κοινωνικών παρεμβάσεων των δήμων. Ως σημαντική δραστηριότητα των δήμων καταγράφεται η διανομή τροφίμων & τα κοινωνικά παντοπωλεία. Η δραστηριότητα αυτή καλύπτει το 23% περίπου των συνολικών κοινωνικών δραστηριοτήτων των δήμων. Η υποστήριξη των αστέγων (παροχή στέγης, ένδυση υπόδηση, καθαριότητα) καλύπτει το 7% των συνολικών δημοτικών κοινωνικών δομών. Οι προσπάθειες που καταβάλλονται είναι πολύ μεγάλες ιδιαίτερα εάν υπολογίσουμε ότι οι «νέες» & πολύ δημοφιλείς κοινωνικές παρεμβάσεις (κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά παντοπωλεία, υποστήριξη αστέγων) δεν έχουν κανενός είδους (κρατική ή κοινοτική) χρηματοδότηση. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν δυνατότητες βελτίωσης & αποτελεσματικότερης παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο.

4.3.3 Αρμοδιότητες του Τομέα Κοινωνικής Προστασίας των Περιφερειών

Σύμφωνα με το Άρθρο 186 «Αρμοδιότητες Περιφερειών» του Ν.3852/2010 «Ια. Τα όργανα των Περιφερειών ασκούν τις αρμοδιότητές τους σύμφωνα με τις αρχές της διαφάνειας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας» και β. «κατά την άσκησή τους θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

II. Η ανάγκη συνεργασίας και συντονισμού με άλλες τοπικές ή δημόσιες αρχές και οργανισμούς.

III. Οι διαθέσιμοι πόροι για την κάλυψη των αρμοδιοτήτων και η ανάγκη να διασφαλισθεί η επωφελής και αποτελεσματική χρήση τους, καθώς και η ισόρροπη κατανομή τους.

IV. Η ανάγκη οργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, κατά τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητά τους, η διαφάνεια και η ισονομία, με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών».

Οι αρμοδιότητες των Περιφερειών αναφέρονται κυρίως στους παρακάτω τομείς:

Δ. Απασχόλησης – Εμπορίου – Τουρισμού, στους οποίους περιλαμβάνεται:

1. Η συμμετοχή και η υλοποίηση σε προγράμματα δράσεων και πρωτοβουλιών προώθησης της απασχόλησης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης διαφόρων κατηγοριών ανέργων στο πλαίσιο των Εθνικών και Ευρωπαϊκών πολιτικών.

Z. Υγείας:

I. Οι περιφέρειες ασκούν τις αρμοδιότητες των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Π.Ε.) της χώρας, οι οποίες τους μεταβιβάζονται σύμφωνα με τα επόμενα εδάφια.

II. Στον ανωτέρω τομέα (ΥΓΕΙΑΣ) περιλαμβάνονται ιδίως:

1. Η χορήγηση και ανάκληση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας, καθώς και αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, ιδιωτικών προνοιακών επιχειρήσεων, ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων και πάσης φύσεως χώρων άσκησης ιδιωτικού επαγγέλματος υγείας και πρόνοιας.

2. Η άσκηση αρμοδιοτήτων που αφορούν θέματα διακρατικών υιοθεσιών.

3. Η έκδοση άδειας εισαγωγής εγκατάστασης και λειτουργίας μηχανημάτων παραγωγής ιοντιζουσών ακτινοβολιών για ιατρικούς σκοπούς, γενικά, όπως και εγκατάστασης και λειτουργίας εργαστηρίων ραδιοϊσοτόπων για ιατρικές εφαρμογές.

4. Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς και οδοντίατρους, κατά τις προβλέψεις της κείμενης νομοθεσίας.
5. Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς και οδοντίατρους, οι οποίοι αναγράφουν ναρκωτικά σε απλές συνταγές και όχι στις ειδικές για το σκοπό αυτόν, καθώς και στους φαρμακοποιούς, που πωλούν ναρκωτικά με απλές και όχι με ειδικές συνταγές.
6. Η υλοποίηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας, κατά τις ρυθμίσεις του άρθρου 12 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α΄).
7. Ο καθορισμός των όρων και της διαδικασίας παραχώρησης ακινήτων σε δικαιούχους, η έκδοση και ανάκληση παραχωρητηρίων, η ρύθμιση των δόσεων και η βεβαίωση των χρεών παλαιών και νέων προσφύγων, η νομιμοποίηση ανωμάλων αγοραπωλησιών και τα σχετικά με την ανταλλαγή και μεταβίβαση παραχωρηθέντων ακινήτων.
8. Η επιχορήγηση αστικών εταιρειών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τις οποίες είχε ιδρύσει η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση ή μετείχε σε αυτές, εφόσον ο σκοπός τους αναφέρεται στην αντιμετώπιση προβλημάτων, που απορρέουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και εφόσον η πραγματοποίηση του σκοπού τους ασκείται, κατά διαδοχή, από την περιφέρεια.
9. Η χορήγηση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
10. Η έκδοση αδειών εμπορίας κτηνιατρικών φαρμάκων.
11. Ο έλεγχος της τήρησης των διατάξεων για την ηλεκτρονική συμβατότητα σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. 50268/5137/3.9.2007 (ΦΕΚ 1853 Β΄) και ο καθορισμός των οργάνων τήρησης αυτών.
12. Η εποπτεία Ιατρικών, Οδοντιατρικών και Φαρμακευτικών Συλλόγων των νομών της περιφέρειας.
13. Η ανάληψη χορηγούμενων οικονομικών ενισχύσεων σε φορείς κοινωνικής αντίληψης που εποπτεύονται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας που αποτελούν προίον των Ειδικών Κρατικών Λαχείων.
14. Η χορήγηση αδειών διενέργειας εράνων, λαχειοφόρων και φιλανθρωπικών αγορών σε υπερτοπικό επίπεδο.
15. Η διενέργεια κοινωνικών ερευνών για την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόνοιας, καθώς και θέματα άσκησης κοινωνικής εργασίας.

16. Ο καθορισμός των προϋποθέσεων και τρόπου άσκησης του αντικειμένου της κοινωνικής εργασίας σε όλους τους τομείς εφαρμογής, καθώς και η εκπαίδευση σπουδαστών κοινωνικής εργασίας κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης.

17. Η χορήγηση και η ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού και της άδειας άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και η τήρηση σχετικού μητρώου με διαρκή ενημέρωση.

18. Η άσκηση αρμοδιοτήτων σχετικών με τον Κοινωνικό Σύμβουλο, κατ' εφαρμογή της παρ. 4 του άρθρου 1 του ν. 2345/1995, καθώς και αρμοδιοτήτων ελέγχου του ιδρύματος ή της Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) και των Φορέων παιδικής προστασίας, περιλαμβανομένης της σύνταξης σχετικών εκθέσεων και διατύπωσης αντίστοιχων προτάσεων.

19. Η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας της μητέρας και των παιδιών προσχολικής ηλικίας.

20. Η χορήγηση άδειας λειτουργίας Μονάδων Αδυνατίσματος μετά από εισήγηση της αρμόδιας επιτροπής που συγκροτείται στην έδρα της οικείας περιφέρειας.

21. Ο υγειονομικός έλεγχος καταστημάτων, βιοτεχνιών και βιομηχανιών παρασκευής και επεξεργασίας τροφίμων ζωικής προέλευσης, καθώς και οι λοιποί υγειονομικοί έλεγχοι, που προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία σε περιφερειακό επίπεδο.

22. Η χορήγηση αδειών για την καταλληλότητα ζωικών τροφίμων.

23. Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των κάθε είδους δημόσιων και ιδιωτικών εργαστηρίων, τα οποία πραγματοποιούν μικροβιολογικές εξετάσεις ελέγχου νερού, τροφίμων ή ποτών, με εξαίρεση τα εργαστήρια του Γενικού Χημείου του Κράτους, το κλείσιμο όσων λειτουργούν χωρίς τη νόμιμη άδεια και η επιβολή προστίμου σε βάρος αυτών.

Από την παράθεση των ανωτέρω ρυθμίσεων προκύπτουν τα κάτωθι:

- μεταφορά αρμοδιοτήτων κυρίως προνοιακού χαρακτήρα στους Δήμους
- ανάθεση αρμοδιοτήτων σε θέματα απασχόλησης, κοινωνικής ενσωμάτωσης και Υγείας στις Περιφέρειες

- ανάθεση των αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών, που καταργούνται, στις Περιφέρειες.

Ειδικά για την πιστοποίηση αναπηρίας, από 1η Σεπτεμβρίου 2011 καταργήθηκαν όλες οι υγειονομικές επιτροπές πιστοποίησης αναπηρίας που λειτουργούσαν στους Φ.Κ.Α., στις Νομαρχίες και το Δημόσιο, με εξαίρεση τις Ανώτατες Υγειονομικές Επιτροπές, Στρατού (Α.Σ.Υ.Ε.), Ναυτικού (Α.Ν.Υ.Ε.), Αεροπορίας (Α.Α.Υ.Ε.) και την Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή της Ελληνικής Αστυνομίας, οι οποίες εξακολουθούν να ασκούν τις αρμοδιότητές τους.

Σύμφωνα με τον Νόμο 3863/2010 δημιουργήθηκε το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), υπαγόμενο στη Διεύθυνση Αναπηρίας και Ιατρικής της Εργασίας της Διοίκησης ΙΚΑ.ΕΤΑΜ, για την εξασφάλιση της ενιαίας υγειονομικής κρίσης όσον αφορά στον καθορισμό του βαθμού αναπηρίας των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών φορέων, συμπεριλαμβανομένου του Δημοσίου, καθώς και των ανασφάλιστων, για τους οποίους απαιτείται η πιστοποίηση της αναπηρίας.

Έργο των Υγειονομικών Επιτροπών (του ΚΕ.Π.Α.) είναι:

- α) Ο καθορισμός του ποσοστού αναπηρίας για σύνταξη αναπηρίας.
- β) Ο χαρακτηρισμός ατόμων ως ΑμεΑ.
- γ) Ο καθορισμός ποσοστού αναπηρίας για όλες τις κοινωνικές και οικονομικές παροχές ή διευκολύνσεις, για τις οποίες απαιτείται γνωμάτευση αναπηρίας και τις οποίες δικαιούνται από την πολιτεία τα άτομα με αναπηρία.

Στόχος του νομοθέτη ήταν να πιστοποιείται η αναπηρία με μεγαλύτερες εγγυήσεις αντικειμενικότητας και επιστημονικής τεκμηρίωσης, οι δε γνωματεύσεις που θα εκδίδουν οι υγειονομικές επιτροπές να καλύπτουν τους δικαιούχους για κάθε παροχή ώστε να μη χρειάζεται ξεχωριστή εξέταση. Ενώ δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η ορθότητα της προσέγγισης αυτής, στην πράξη παρουσιάζονται σοβαρές αδυναμίες στη λειτουργία του ΚΕΠΑ.

Ο χρόνος αναμονής για εξέταση από τις υγειονομικές επιτροπές συχνά υπερβαίνει τους 6 μήνες, με ενδεχόμενο αποτέλεσμα τη στέρηση προνοιακού επιδόματος, αναπηρικής σύνταξης και βιβλιαρίου υγείας για αντίστοιχο διάστημα.

Η ετήσια έκθεση (2012) του Συνηγόρου του Πολίτη καταγράφει ως αδυναμίες του συστήματος: την υποχρέωση των πολιτών να υποβάλλονται σε νέες ιατρικές εξετάσεις,

που συνεπάγονται πρόσθετο κόστος για τους ίδιους και τα ασφαλιστικά ταμεία, την έκδοση γνωματεύσεων με ελλιπή αιτιολογία και με περιορισμένο χρόνο ισχύος, τη μη συνεκτίμηση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τη βιοποριστική ικανότητα, όπως η ηλικία και το σύνθηες επάγγελμα του ενδιαφερομένου, την έλλειψη ενημέρωσης και συντονισμού των συναρμόδιων υπηρεσιών, την επιβάρυνση πολλών κατηγοριών πολιτών με το κόστος εξέτασης.

Ενώ για την εξυπηρέτηση των αλλοδαπών ιδρύθηκαν με τον Ν.4018/2011 οι Υπηρεσίες Μιας Στάσης στις Υπηρεσίες Αλλοδαπών και Μετανάστευσης των αποκεντρωμένων διοικήσεων, στις οποίες μεταφέρθηκε η αρμοδιότητα των δήμων για την παραλαβή των αιτήσεων. Η συμβολή τους στην απλοποίηση των διοικητικών διαδικασιών κρίνεται από την ετήσια έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη (2012) ως ικανοποιητική, καθώς, «μετά την έναρξη της λειτουργίας τους, επήλθαν σημαντικές βελτιώσεις στη χρονική διάρκεια της διαδικασίας έκδοσης ή ανανέωσης των αδειών διαμονής σε πολλές περιοχές της χώρας».

4.3.4 Ο ρόλος της διοίκησης και του προσωπικού των φορέων υγείας

Οι Οδηγίες 2000/43/EK και 2000/78/EK της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως ενσωματώθηκαν στην ελληνική νομοθεσία με το νόμο 3304/2005, απαγορεύουν τις διακρίσεις λόγω εθνικής καταγωγής στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης.

Στο πλαίσιο αυτό και με βάση τα συμπεράσματα προηγούμενων ερευνών και αναλύσεων, όπως αυτών που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος & Ανθρώπινου Δυναμικού στα πλαίσια του προγράμματος «Equality in Health», 2004-2006, προτείνονται μια σειρά μέτρων που μπορεί να ακολουθήσει η Διοίκηση και τα στελέχη των φορέων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ώστε να ενισχυθεί και να προαχθεί η αρχή της ίσης μεταχείρισης. Προτείνεται λοιπόν η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας να λάβει μια σειρά από θετικά μέτρα, με στόχο τόσο να διευκολυνθεί η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις κοινωνικές υπηρεσίες όσο και να αποτραπεί οποιασδήποτε διακριτική μεταχείριση σε βάρος τους. Στο πλαίσιο αυτό (Άρθρο συγγραφικής ομάδας Ι.Α.Π.Α.Δ., «Ισότητα στην υγεία: μετανάστες και υπηρεσίες υγείας», Τα Κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα, Εθνικό

Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008) μπορούν να υλοποιηθούν μια σειρά από θετικές δράσεις όπως:

- Να διευκολύνεται η ομαλή επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών. Χρήσιμη προς αυτή την κατεύθυνση είναι η πρόσληψη «συνοδών» με γνώση των βασικών γλωσσών επικοινωνίας των μεταναστών και προσφύγων.
- Να γίνεται σεβαστή η θρησκευτική και πολιτισμική ταυτότητα των ασθενών. Για παράδειγμα, τα περιστατικά μουσουλμάνων γυναικών θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από γυναίκα γιατρό ή νοσηλεύτρια.
- Να ενημερώνεται το προσωπικό για την ισχύουσα νομοθεσία και να ευαισθητοποιείται σε θέματα διακρίσεων με τη διεξαγωγή σεμιναρίων και ενημερωτικών εκδηλώσεων.
- Να παρέχεται επαρκής σήμανση και σαφείς πληροφορίες αναρτημένες σε εμφανή σημεία εντός των φορέων για τα δικαιώματα των μεταναστών και των προσφύγων στις βασικές γλώσσες επικοινωνίας τους ή τουλάχιστον στα αγγλικά.
- Να επιδιώκεται διάλογος με υπηρεσίες και μη κυβερνητικές οργανώσεις που έχουν εμπειρία στη διαχείριση ζητημάτων μεταναστών και προσφύγων.

5 Δικαιώματα των ευπαθών κοινωνικών ομάδων για πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας

"Θυμήσου το πρόσωπο του πιο φτωχού και αδύναμου ανθρώπου που είδες ποτέ και ρώτησε τον εαυτό σου αν η πράξη που σκέφτεσαι να κάνεις πρόκειται να έχει κάποια αξία γι' αυτόν. Θα τον ωφελήσει άραγε σε κάτι; Θα του δώσει κάποιον έλεγχο πάνω στη ζωή του και στο πεπρωμένο του; Μ' άλλα λόγια, θα οδηγήσει στην αυτοδυναμία των εκατομμυρίων που πεινούν και λιμοκτονούν; Θα δεις τότε τις αμφιβολίες σου και το εγώ σου να διαλύονται".

– Μαχάτμα Γκάντι

5.1 Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ)

Η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ εξήγγειλε το 1975 τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Αναπηρία, που αποτελεί συνέπεια της εγγύησης των κρατών-μελών του ΟΗΕ να δραστηριοποιηθούν για να προάγουν το επίπεδο ζωής των ΑμεΑ.

Στη Διακήρυξη αυτή ο όρος «ανάπηρο άτομο» σημαίνει κάθε άτομο μη ικανό να επιβιώσει από μόνο του, ολικά ή μερικά, τις αναγκαιότητες για μια κανονική ατομική και κοινωνική ζωή, εξαιτίας μειωμένων σωματικών ή πνευματικών δυνατοτήτων που έχει, εκ γενετής ή όχι.

Επιπλέον, σύμφωνα με τη διεθνή κατάταξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2001), ΑμεΑ είναι τα άτομα που αντιμετωπίζουν κινητική αναπηρία (παραπληγία, τετραπληγία, σκλήρυνση κατά πλάκας κτλ.), αισθητηριακή (κώφωση, τύφλωση) αλλά και διανοητική (άτομα με προβλήματα αντίληψης και ομιλίας κτλ).

5.1.1 Οι Διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις και Κανονισμοί Προστασίας σχετικά με την Αναπηρία

Η νομοθεσία σχετικά με την αναπηρία, σε διεθνές επίπεδο, έχει σημαντικά επηρεαστεί από Διακηρύξεις και Διεθνείς Συμβάσεις, οι οποίες επιχειρούν να θέσουν ρυθμιστικούς κανόνες που να βελτιώνουν και να προστατεύουν τη ζωή των ΑμεΑ με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Από ουσιαστική άποψη, η κοινωνική προστασία των ΑμεΑ πρέπει να ενταχθεί στο διεθνές πλαίσιο κατοχύρωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων, το οποίο εγκαινιάστηκε με την Οικουμενική Διακήρυξη του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, και

συμπληρώθηκε με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, καθώς επίσης και με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα (ΟΗΕ, 1966).

Εξίσου σημαντικές με τις προαναφερόμενες αποφάσεις είναι και οι παρεμβάσεις που έχουν γίνει στο επίπεδο του Συμβουλίου της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Κοινωνική και Ιατρική Αντίληψη είναι ο πρώτος μηχανισμός που υιοθετήθηκε από διεθνή οργανισμό και αναφέρεται αποκλειστικά στα συστήματα κοινωνικής και ιατρικής βοήθειας, εισάγοντας τη θεμελιώδη αρχή της ίσης μεταχείρισης μεταξύ των ημεδαπών και αλλοδαπών πολιτών των συμβαλλομένων κρατών στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας.

Επιπλέον, ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του 1961 αποτελεί τον πιο ολοκληρωμένο μηχανισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης στον τομέα της προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων, διευρύνοντας έτσι το πεδίο παρέμβασης του Οργανισμού, που μέχρι την υιοθέτησή του περιοριζόταν στην προστασία των ατομικών ελευθεριών, μέσω της προαναφερόμενης Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών.

Στο πλαίσιο αυτό της περαιτέρω ανάπτυξης και εμπέδωσης της φιλοσοφίας του κοινωνικού κράτους και της προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ εξήγγειλε το 1975 τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των ΑμεΑ. Στη Διακήρυξη αυτή προκηρύσσονται τα ακόλουθα:

1. Ο όρος “ανάπηρο άτομο” σημαίνει κάθε άτομο ανίκανο να επιβεβαιώσει από μόνο του, ολικά ή μερικά, τις αναγκαιότητες για μια κανονική ατομική και κοινωνική ζωή, εξαιτίας μειωμένων σωματικών ή πνευματικών δυνατοτήτων που έχει εκ γενετής ή όχι.
2. Τα ανάπηρα άτομα θα απολαμβάνουν όλα τα δικαιώματα που προβάλλονται σε αυτή τη Διακήρυξη. Αυτά τα δικαιώματα θα αποδοθούν σε όλα τα ανάπηρα άτομα, χωρίς οποιαδήποτε εξαίρεση και χωρίς θρησκείας, πολιτικών ή άλλων γνώμων, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, οικονομικής κατάστασης, γέννησης ή όποιας άλλης κατάστασης που αφορά στο ίδιο το ανάπηρο άτομο ή την οικογένειά του.
3. Τα ανάπηρα άτομα έχουν το κληρονομικό δικαίωμα σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς τους. Τα ανάπηρα άτομα, οποιαδήποτε κι αν είναι η προέλευση, η φύση και η σοβαρότητα των μειονεκτημάτων και ανικανοτήτων τους, έχουν τα ίδια θεμελιώδη δικαιώματα με τους συμπλήρωτες της ίδιας ηλικίας, που συνεπάγεται πρώτα

και κύρια το δικαίωμα να απολαμβάνει μια καθώς πρέπει ζωή, όσο το δυνατό κανονική και πλήρη.

4. Τα ανάπηρα άτομα έχουν τα ίδια πολιτικά δικαιώματα όπως οι άλλοι άνθρωποι. Η παράγραφος 7 της Διακήρυξης των δικαιωμάτων των πνευματικά καθυστερημένων ατόμων που αφορά σε κάθε πιθανό περιορισμό ή καταστολή των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, εφαρμόζεται και για τα πνευματικά ανάπηρα άτομα.

5. Τα ανάπηρα άτομα δικαιούνται να απολαμβάνουν τα μέτρα που σχεδιάστηκαν για να τα καταστήσουν ικανά να γίνουν όσο το δυνατόν αυτοδύναμα.

6. Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα για ιατρική, ψυχολογική και λειτουργική μεταχείριση, συμπεριλαμβανομένων προσθετικών και υποβοηθητικών συσκευών, για ιατρική και κοινωνική αποκατάσταση, για εκπαίδευση, για επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση για βοήθεια, για συμβουλευτική, για υπηρεσίες τοποθέτησης σε εργασία και για άλλες υπηρεσίες που θα τα καταστήσουν ικανά να αναπτύξουν τις ικανότητες και δεξιότητές τους στο ανώτατο όριο και θα επισπεύσουν τη διαδικασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης ή επανενσωμάτωσής τους.

7. Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα για οικονομική και κοινωνική ασφάλιση και για ένα καθώς πρέπει επίπεδο ζωής. Έχουν το δικαίωμα, σύμφωνα με τις ικανότητές τους, να εξασφαλίσουν και να διατηρήσουν την εργασία ή να ενασχοληθούν με ένα επάγγελμα που να ανταμείβεται, χρήσιμο και παραγωγικό, και να συμμετέχουν σε εμπορικές ενώσεις.

8. Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα οι ειδικές ανάγκες τους να λαμβάνονται υπόψη σε όλα τα επίπεδα του οικονομικού και κοινωνικού προγραμματισμού.

9. Τα ανάπηρα άτομα έχουν το δικαίωμα να ζουν με τις οικογένειές τους ή τους θετούς γονείς και να λαμβάνουν μέρος σε όλες τις κοινωνικές, δημιουργικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Κανένα ανάπηρο άτομο δε θα υπόκειται, όσο αφορά στην κατοικία του, σε διαφορετική μεταχείριση άλλη από εκείνη που απαιτείται από την κατάσταση του ή από τη βελτίωση αυτής. Εάν η παραμονή ενός αναπήρου ατόμου σε ένα ειδικό ίδρυμα είναι απαραίτητη, το περιβάλλον και οι συνθήκες ζωής σε αυτό θα είναι όσο το δυνατό πλησιέστερες με εκείνες της κανονικής ζωής ενός συνομηλίκου του.

10. Τα ανάπηρα άτομα θα προστατεύονται από κάθε εκμετάλλευση, κάθε κανονισμό και κάθε μεταχείριση διακριτικής, υβριστικής ή υποβαθμισμένης φύσης.

11. Τα ανάπηρα άτομα θα μπορούν να δεχτούν νόμιμη βοήθεια, όταν τέτοια βοήθεια αποδειχθεί απαραίτητη για την προστασία των ατόμων τους και της περιουσίας τους. Εάν δικαστικές διαδικασίες έχουν θεσπισθεί εναντίον τους, η νομική διαδικασία που ακολουθείται θα λάβει πλήρως υπόψη τη σωματική και την πνευματική κατάστασή τους.

12. Για κάθε θέμα που αφορά στα δικαιώματα των αναπήρων ατόμων είναι χρήσιμο να ζητείται η συμβουλή των οργανισμών των αναπήρων ατόμων.

13. Τα ανάπηρα άτομα, οι οικογένειές τους και οι κοινότητες θα πληροφορηθούν πλήρως με όλα τα κατάλληλα μέσα για τα δικαιώματα που περιέχονται σε αυτή τη Διακήρυξη.»

Στις νομοθετικές ρυθμίσεις υπέρ των ατόμων με αναπηρία σε διεθνές επίπεδο συγκαταλέγεται και η Διακήρυξη SUNDBERG του 1981, με βασικές αρχές τη συμμετοχή, ένταξη και ανάπτυξη της προσωπικότητας των ΑμεΑ, την αποκέντρωση και τον διεπαγγελματικό συντονισμό.

Η Διεθνής αυτή Διάσκεψη, έχοντας υπόψη την Παγκόσμια Διακήρυξη του ΟΗΕ για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (ΟΗΕ 1948), όπως και άλλες σχετικές αποφάσεις των Ηνωμένων Εθνών και συγκεκριμένα τη Σύμβαση για την Κατάργηση κάθε μορφής Διακρίσεων σε βάρος των Γυναικών (ΟΗΕ 1979), τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (ΟΗΕ 1989), τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Αναπήρων Ατόμων (ΟΗΕ 1975) και τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Πνευματικά Καθυστερημένων Ατόμων (ΟΗΕ 1971), υπογραμμίζει ότι: «...θα πρέπει να εξασφαλιστούν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό η επαναπροσαρμογή και η ένταξη των αναπήρων ατόμων. Θα πρέπει ΟΛΑ τα ανάπηρα άτομα να επωφελούνται των υπηρεσιών επανεκπαίδευσης και άλλων μορφών υποστήριξης και συμπαράστασης που είναι αναγκαίες για τη μείωση των αποτελεσμάτων της αναπηρίας, έτσι που η ένταξή τους στην κοινωνία να είναι όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη και ο ρόλος τους εποικοδομητικός.»

Σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης SUNDBERG:

1) Θα πρέπει να εξασφαλιστεί η πλήρης συμμετοχή των αναπήρων ατόμων και των οργανώσεών τους σε όλες τις αποφάσεις και τις δράσεις που τα αφορούν.

2) Τα ανάπηρα άτομα θα πρέπει να επωφελούνται από όλες τις Υπηρεσίες και να συμμετέχουν στις δραστηριότητες της κοινότητας. Επίσης, οι στρατηγικές και οι

δραστηριότητες που προορίζονται για το σύνολο θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα ανάπηρα άτομα.

3) Η κοινότητα θα πρέπει να παρέχει στα ανάπηρα άτομα υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες του καθενός από αυτά.

4) Η αποκέντρωση και τομεοποίηση των υπηρεσιών θα επιτρέψει ώστε οι ανάγκες των αναπήρων ατόμων να ληφθούν υπόψη και να ικανοποιηθούν μέσα στα πλαίσια της κοινότητάς τους.

5) Ο συντονισμός των διαφόρων επαγγελματικών οργανώσεων και των δραστηριοτήτων των ειδικών που ασχολούνται με τα ανάπηρα άτομα θα ευνοήσει την ολοκληρωμένη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους.

Τα δικαιώματα των ΑμεΑ ενισχύθηκαν ακόμη περισσότερο με τον Κοινοτικό Χάρτη των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων, που αποτελεί ένα κείμενο μεγάλης ιστορικής και κοινωνικής σημασίας για όλους τους εργαζομένους των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε σχέση με τα ΑμεΑ άμεση σχέση παρουσιάζουν οι ακόλουθες αρχές:

Αρχή 13: Κάθε πρόσωπο, που δεν έχει επαρκείς πόρους, έχει δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη.

Αρχή 14: Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να απολαμβάνει εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες.

Αρχή 15: Κάθε άτομο με αναπηρία έχει δικαίωμα για επαγγελματική εκπαίδευση, αποκατάσταση και επανένταξη, ανεξάρτητα από την αιτία και τη φύση της αναπηρίας του.

Ειδικότερα, όμως, για τα ΑμεΑ έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί το άρθρο 26 του Χάρτη αναφέρεται στα πρόσθετα ευεργετήματα που πρέπει αυτά να απολαμβάνουν και στα μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν τα κράτη μέλη για την κοινωνική τους ένταξη: *«Κάθε ανάπηρο άτομο, ανεξάρτητα από την προέλευση και τη φύση της αναπηρίας του, πρέπει να απολαύει συγκεκριμένων πρόσθετων ευεργετημάτων με σκοπό να ευνοηθεί η επαγγελματική και κοινωνική ένταξή του. Τα ευεργετήματα αυτά πρέπει να αφορούν, ανάλογα με τις ικανότητες των ενδιαφερομένων, την επαγγελματική εκπαίδευση, την εργονομία, τη δυνατότητα πρόσβασης, την κινητικότητα, τα μεταφορικά μέσα και την κατοικία.»*

Εξάλλου, το άρθρο 13 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΕΕ), σχετικά με την άρση των διακρίσεων σε βάρος ατόμων ή ομάδων λόγω φύλλου, φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού, προβλέπει την ανάληψη δράσης για την καταπολέμηση των διακρίσεων, συμπεριλαμβανόμενων των διακρίσεων λόγω αναπηρίας.

Άξια ξεχωριστής μνείας είναι η θεσμοθέτηση από τον ΟΗΕ των “Πρότυπων Κανόνων για την Εξίσωση των Ευκαιριών για τα ΑμεΑ”. Οι συγκεκριμένοι Κανόνες αποτελούν ένα σύνθετο μηχανισμό του ΟΗΕ, που τυποποιεί ένα ευρύτατο πλαίσιο υποδείξεων/ κανόνων προς τα κράτη-μέλη αναφορικά με την προστασία των ατόμων με αναπηρία, αξιοποιώντας την επεξεργασία των σχετικών ζητημάτων κατά τη διάρκεια της Δεκαετίας του Ο.Η.Ε. για τα ΑμεΑ (1983-1992). Αποβλέπουν ουσιαστικά στην προώθηση διεθνών αρχών και κανόνων εθιμικού χαρακτήρα, για την εξομοίωση των ευκαιριών υπέρ των ΑμεΑ, επιδιώκοντας την ηθική και πολιτική δέσμευση των κρατών προς την κατεύθυνση εφαρμογής των συγκεκριμένων αρχών. Αντιστοιχούν, έτσι, σε ένα σημαντικό εργαλείο τεχνικής υποστήριξης των εθνικών σχεδιαστών κοινωνικής πολιτικής για την υλοποίηση προγραμμάτων προστασίας των ΑμεΑ.

Σύμφωνα με τον Πρότυπο Κανόνα 5 του ΟΗΕ, για την εξίσωση των ευκαιριών για τα ΑμεΑ, η πρόσβαση αφορά τόσο το φυσικό περιβάλλον όσο και τους τομείς της πληροφόρησης και της επικοινωνίας. Με τον Κανόνα αυτό για την “πρόσβαση” τα κράτη καλούνται να αναγνωρίσουν τη σημασία της πρόσβασης στη διαδικασία εξίσωσης των ευκαιριών σε όλες τις πλευρές της κοινωνίας. Ειδικότερα, ο Κανόνας αναφέρει τα εξής: «Τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειές τους και οι υποστηρικτές τους, πρέπει να έχουν πλήρη πρόσβαση σε πληροφορίες για τη διάγνωση, τα δικαιώματα και τις διαθέσιμες υπηρεσίες και προγράμματα, σε όλα τα στάδια. Οι πληροφορίες αυτές πρέπει να παρουσιάζονται σε μορφή προσβάσιμη για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.»

Στο πλαίσιο της περαιτέρω κατοχύρωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Κολωνίας αποφάσισε τον Ιούνιο του 1999, την κατάρτιση ενός “Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων για την Ευρώπη”. Η υποστήριξη του εγχειρήματος της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης διακυβεύτηκε από τις κοινωνικές συνέπειες της εισαγωγής του ενιαίου νομίσματος και της οριστικοποίησης της ενιαίας αγοράς. Οι πολίτες είχαν χάσει την εμπιστοσύνη στην Ευρώπη. Ήταν λοιπόν σημαντικό, να δοθεί μια νέα ώθηση στην κοινωνική διάσταση της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης με την προβολή της σημασίας

που έχει η προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων σε ευρωπαϊκή κλίμακα. Στο πλαίσιο αυτό, ο Χάρτης των Θεμελιωδών Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της ΕΕ θα προσέφερε για πρώτη φορά σε όλους τους κατοίκους της ΕΕ ένα κοινό πλαίσιο που θα περιλάμβανε ένα ευρύ φάσμα νομικώς δεσμευτικών δικαιωμάτων. Εις επίρρωση των αποφάσεων της Κολωνίας, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, στη σύνοδο του Οκτωβρίου 1999, που πραγματοποιήθηκε στο Tampere της Φιλανδίας, αποφάσισε να συγκαλέσει Διάσκεψη, η οποία θα αποτελούνταν από βουλευτές των Εθνικών Κοινοβουλίων και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, καθώς και εκπροσώπους των κυβερνήσεων και θα αναλάμβανε να καταρτίσει τον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων. Μετά την περαίωση των προκαταρκτικών διασκέψεων, τον Δεκέμβριο του 2000, σε πανηγυρική Διακήρυξη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, του Συμβουλίου και της Επιτροπής, θεσμοθετήθηκε ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Μεταξύ των σημαντικότερων διατάξεων του Χάρτη ήταν και οι ακόλουθες, που αφορούν, άμεσα, τα ΑμεΑ:

Άρθρο 1 – Ανθρώπινη αξιοπρέπεια

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Πρέπει να είναι σεβαστή και να προστατεύεται.

Άρθρο 21 – Απαγόρευση διακρίσεων:

1. Απαγορεύεται κάθε διάκριση ιδίως λόγω φύλου, φυλής, χρώματος, εθνοτικής καταγωγής ή κοινωνικής προέλευσης, γενετικών χαρακτηριστικών, γλώσσας, θρησκείας ή πεποιθήσεων, πολιτικών φρονημάτων ή κάθε άλλης γνώμης, ιδιότητας μέλους εθνικής μειονότητας, περιουσίας, γέννησης, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού.

2. Απαγορεύεται κάθε διάκριση λόγω ιθαγενείας, εντός του πεδίου εφαρμογής της συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και της συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση και με επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων των εν λόγω συνθηκών.

Άρθρο 26 – Ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες

Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ατόμων με ειδικές ανάγκες να επωφελούνται μέτρων που θα τους εξασφαλίζουν την αυτονομία, την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στον κοινοτικό βίο.”

Εξάλλου, με βάση το άρθρο 23 της ΣΕΕ εκδόθηκε, επίσης, η Οδηγία του Συμβουλίου 2000/78/ΕΚ, δυνάμει της οποίας απαγορεύεται οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση διάκριση

λόγω θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού ως προς την πρόσβαση στην εργασία. Όσον αφορά στην αναπηρία, η εν λόγω οδηγία αναγνωρίζει ότι η μη πρόβλεψη “εύλογων προσαρμογών” στο χώρο εργασίας δύναται να συνιστά διάκριση. Στο άρθρο 1 της Οδηγίας αναφέρονται ρητά τα ακόλουθα: «...τη θέσπιση γενικού πλαισίου για την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω θρησκείας ή πεποιθήσεων, ειδικών αναγκών, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας». Η Οδηγία αναφέρει, ιδίως, ότι: «Πρέπει να προβλέπονται κατάλληλα μέτρα, δηλαδή μέτρα αποτελεσματικά και πρακτικά, για τη διαμόρφωση της θέσης εργασίας ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες, παραδείγματος χάριν με τη διαμόρφωση του χώρου ή με προσαρμογή του εξοπλισμού...».

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, επωφελούμενη από την ώθηση που δόθηκε το 2003 με το “Ευρωπαϊκό Έτος των ατόμων με ειδικές ανάγκες”, αποφάσισε να αξιοποιήσει τα αποτελέσματα εφαρμόζοντας ένα πολυετές Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για την περίοδο 2004-2010. Πρωτοβουλία «e-Europe – ΚτΠ για όλους»

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί τον κυριότερο μοχλό πίεσης για την προσαρμογή τουλάχιστον των δημόσιων ιστοτόπων στα Διεθνή Πρότυπα Προσβασιμότητας. Μία πρώτη σημαντική δράση σχετίζεται με την Πρωτοβουλία « e-Europe –ΚτΠ για όλους», με την οποία επιδιωκόταν η διάχυση των ωφελειών της ΚτΠ στο σύνολο των πολιτών των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι τρόποι με τους οποίους επρόκειτο να πραγματοποιηθούν οι σκοποί της Πρωτοβουλίας αποτυπώθηκαν στα Σχέδια Δράσης e-Europe 2002 και e-Europe 2005. Πιο συγκεκριμένα, στους τρεις πρωταρχικούς στόχους της Πρωτοβουλίας e-Europe περιλαμβάνεται η εξασφάλιση της διαδικασίας διάδοσης της ΚτΠ που δεν αποκλείει τη συμμετοχή κανενός και ενισχύει την κοινωνική συνοχή.

Ο στόχος αυτός συμπληρώνεται με την ομάδα πρωτοβουλιών υπό τον τίτλο «e-Accessibility» που αφορά τη συμμετοχή των ΑμεΑ στην e-Europe. Η Πρωτοβουλία βασίστηκε στην πεποίθηση ότι η ανάπτυξη της ΚτΠ στην Ευρώπη προσφέρει μία σημαντική ευκαιρία για την βελτίωση της ποιότητας ζωής της ευπαθούς ομάδας των ατόμων αυτών. Η ίδια προωθεί την εισαγωγή μεθόδων στη βάση της «Καθολικής Σχεδίασης», ενώ ταυτόχρονα αποτελεί ανασχετικό παράγοντα για την επικράτηση της πανσπερμίας των βιομηχανικών προτύπων που χαρακτηρίζει τον ευρωπαϊκό χώρο και δυσχεραίνει την προσαρμογή σε κοινά για όλους πρότυπα.

Το Σχέδιο Δράσης e-Europe 2002 που υιοθετήθηκε στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Φερέιρα επιβεβαιώνει το ενδιαφέρον της Ένωσης για το θέμα της προσβασιμότητας. Σε συνδυασμό μάλιστα με τους διακηρυγμένους στόχους της Λισσαβόνας, οι δράσεις eParticipation προσλαμβάνουν βαρύνουσα σημασία καθώς συντείνουν στην προώθηση του στόχου της κοινωνικής ένταξης. Σύμφωνα με τη διακήρυξη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Λισσαβόνας ιδιαίτερη προσοχή έπρεπε να δοθεί στα ΑμεΑ και την καταπολέμηση του πληροφορικού /ψηφιακού αποκλεισμού.

Οι στόχοι που τέθηκαν με το συγκεκριμένο Σχέδιο Δράσης ήταν οι εξής:

1. Αποτελεσματικός συντονισμός σε ευρωπαϊκό επίπεδο των πολιτικών αποφυγής του πληροφορικού αποκλεισμού χάρη στην συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων και την ανταλλαγή βέλτιστης πρακτικής μεταξύ των κρατών-μελών(2001)
2. Δημοσίευση προτύπων «Σχεδιασμός για όλους» για την προσβασιμότητα των προϊόντων της τεχνολογίας πληροφορικής ιδίως για τη βελτίωση της απασχολησιμότητας και της κοινωνικής ένταξης ΑμεΑ(2002)
3. Αναθεώρηση συναφούς νομοθεσίας και προτύπων για την εξασφάλιση της συμμόρφωσής τους με τις αρχές της προσβασιμότητας(2002)
4. Υιοθέτηση των Κατευθυντήριων Γραμμών της WAI όσον αφορά τις δημόσιες ιστοθέσεις (2001)
5. Εξασφάλιση της ίδρυσης και δικτύωσης εθνικών κέντρων αριστείας για «Σχεδιασμό για όλους» και συστάσεις για ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα σπουδών για σχεδιαστές και μηχανικούς(2002)

Υποστηρικτικός προς την κατεύθυνση αυτή ήταν ο ρόλος της Ομάδας Εμπειρογνομώνων (eAccessibility Group) για θέματα προσβασιμότητας, με αποστολή να συνεπικουρεί την Ομάδα Υψηλού Επιπέδου για την απασχόληση και την κοινωνική διάσταση της ΚτΠ (HighLevelGrouponEmploymentandSocialDimensionoftheInformationSociety-ESDIS).

Η ίδια παρακολουθεί τις εξελίξεις όσον αφορά την έγκριση των ΚΓ από τα κράτη-μέλη, τη διαδικασία πρακτικής εφαρμογής τους και διευκολύνει τη διακρατική ανταλλαγή τεχνογνωσίας, μεθοδολογίας και βέλτιστων πρακτικών.

Παράλληλα, κρίσιμη υπήρξε και η δημιουργία ενός Δικτύου Κέντρων Αριστείας (Centresof Excellence), απαρτιζόμενο από ευρωπαϊκούς ερευνητικούς φορείς, οι οποίοι

ασχολούνται με την ανάπτυξη της «Σχεδίασης για όλους». Κάποιοι από αυτούς ορίστηκαν ως Εθνικά Σημεία Επαφής (National Contact Points) και είχαν την υποχρέωση της διάχυσης της τεχνογνωσίας που αναπτύσσεται στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας καθώς και την ενημέρωση των αρμόδιων κοινοτικών οργάνων σχετικά με την οποιαδήποτε πρόοδο. Το EDeAN27, όπως ονομάστηκε, περιλαμβάνει σήμερα περισσότερα από 100 ερευνητικά κέντρα. Το Εθνικό Δίκτυο GR-DeAN αποτελεί τη συμμετοχή της Ελλάδος στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο EDeAN και έχει ως στόχο την ενίσχυση δράσεων που προάγουν την ισότιμη συμμετοχή ατόμων με αναπηρία στην Κοινωνία της Πληροφορίας, καθώς συμβάλλει ουσιαστικά στην διαμόρφωση της ευρωπαϊκής πολιτικής με στόχο την επίτευξη της καθολικής προσβασιμότητας.

Με το Σχέδιο Δράσης e-Europe 2005, το οποίο εγκρίθηκε στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Σεβίλλης, ενσωματώθηκαν στο σχεδιασμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης τεχνολογικές εξελίξεις όπως η ευρυζωνική τεχνολογία και η πολυπλατφορμική πρόσβαση. Παρέμεινε, δηλαδή σε ισχύ ο στόχος του e Europe 2002 για μια ΚτΠ προσιτή σε όλους και, επιπλέον, προστέθηκαν νέες δυνατότητες για την επίτευξή του.

Πρόγραμμα i2010

Από τα πλέον βασικά κείμενα στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τον τομέα των ΤΠΕ είναι το κείμενο στρατηγικής i2010- Ευρωπαϊκή Κοινωνία της Πληροφορίας 2010 που προετοιμάστηκε κατά το 2005 ως συνέχεια του αντίστοιχου της πρωτοβουλίας e Europe 2005. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στις 13 Απριλίου 2005, απέστειλε στις χώρες κράτη μέλη της ΕΕ ένα ερωτηματολόγιο, με στόχο να καταγράψει τις υπάρχουσες συνθήκες σχετικά με τα ΑμεΑ και της ηλικιωμένους. Από τα δημογραφικά στοιχεία του Ερωτηματολογίου προέκυψε ότι μέχρι το 2020, το 27% του πληθυσμού της ΕΕ θα είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών και το 9% θα είναι πάνω από 75 χρονών. Περίπου το 10-15% του ευρωπαϊκού πληθυσμού σήμερα εκτιμάται ότι είναι άτομα με κάποιου είδους ειδικές ανάγκες. Συνολικά τα άτομα με ειδικές ανάγκες μαζί με τα άτομα τρίτης ηλικίας ανέρχονται σήμερα στα περίπου 90 εκατομμύρια. Οι απαντήσεις από το ερωτηματολόγιο συνεισέφεραν σημαντικά στην αναθεώρηση του πλάνου δράσης e Europe 2005 σε i2010 μιας και ήταν έντονη η θέση ότι «Η ψηφιακή σύγκλιση δίνει νέες δυνατότητες στην ηλεκτρονική συμμετοχή στην Ευρώπη». Με βάση αυτή τη λογική έγινε και η αναθεώρηση της Οδηγίας για Καθολικές Υπηρεσίες.

Με το i2010, η Επιτροπή αντιμετωπίζει κατά ενοποιημένο τρόπο την κοινωνία της πληροφορίας και της πολιτικές στον οπτικοακουστικό τομέα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αποσκοπεί στο συντονισμό της δράσης των κρατών μελών για να διευκολυνθούν η ψηφιακή σύγκλιση και η αντιμετώπιση των προκλήσεων που συνδέονται με την κοινωνία της πληροφορίας με βάση την ένταξη. Για τη διαμόρφωση αυτού του στρατηγικού πλαισίου, η Επιτροπή εμπνεύστηκε από μια ευρεία διαβούλευση των εμπλεκόμενων φορέων σχετικά με τις παλαιότερες πρωτοβουλίες “Europe” και την “Ανακοίνωση για το μέλλον της ευρωπαϊκής κανονιστικής πολιτικής στον οπτικοακουστικό τομέα”. Περαιτέρω, η ΕΕ με τη συνεργασία των κρατών-μελών διαμόρφωσαν το Σχέδιο Δράσης: «i2010 egon: Επιτάχυνση της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης στην Ευρώπη προς όφελος όλων» το οποίο πήρε την τελική του μορφή με την απόφαση “COM(2006) 173 FINAL/25-4-2006”. Το παρόν Σχέδιο Δράσης περιλαμβάνει 5 στρατηγικούς στόχους και επιμέρους θεματικές προτεραιότητες για τον κάθε ένα από της, ως εξής:

- 1.Κανένας Πολίτης δεν θα μείνει στο περιθώριο, για την προώθηση της κοινωνικής ένταξης για το σύνολο των πολιτών
2. Επίτευξη της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, ώστε η ηλεκτρονικοποίηση των υπηρεσιών της ΔΔ να συμβάλει στην καλύτερη ικανοποίηση των χρηστών, στη βελτίωση της διαφάνειας και της λογοδοσίας, στη μείωση των διοικητικών εμποδίων και στην αύξηση της αποδοτικότητας
3. Ψηφιοποίηση νευραλγικών υπηρεσιών σημαντικού ενδιαφέροντος για της πολίτες και της επιχειρήσεις, με παράλληλη δυνατότητα ηλεκτρονικής διεξαγωγής όσο το δυνατόν υψηλότερου ποσοστού των προμηθειών των Δημόσιων Διοικήσεων μέχρι το 2010
4. Δημιουργία καταλυτικών παραγόντων, για ασφαλή και εύκολη ταυτοποίηση με ηλεκτρονικά μέσα των Ευρωπαίων πολιτών και των επιχειρήσεων μέχρι το 2010
5. Ενίσχυση της συμμετοχής των Πολιτών και ενδυνάμωση των δημοκρατικών διαδικασιών, ώστε η διαβούλευση να είναι δυνατή με τη χρήση πρακτικών ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.

Η Στρατηγική 2020

Η σταδιακή έξοδος της ΕΕ από τη χρηματοπιστωτική κρίση καθώς και η ανάγκη αντιμετώπισης των παγκόσμιων προκλήσεων έχουν καταστήσει την καινοτομία περισσότερο σημαντική παρά ποτέ. Προκλήσεις όπως η κλιματική αλλαγή, η ενέργεια,

η επισιτιστική ασφάλεια, η υγεία και η δημογραφική γήρανση μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά μόνο με καινοτόμες, νέες ιδέες. Τα είκοσι τελευταία χρόνια η πολιτική της ΕΕ στον τομέα της καινοτομίας πέτυχε αξιοσημείωτα αποτελέσματα και συνέβαλε στη συνεχή βελτίωση των επιδόσεων της Ευρώπης σε αυτόν τον τομέα. Ο κόσμος, όμως, όπως και η καινοτομία, μεταβάλλεται με γρήγορους ρυθμούς. Η "Ευρώπη 2020" είναι η αναπτυξιακή στρατηγική της ΕΕ για την ερχόμενη δεκαετία.

Στο πλαίσιο της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" η Ένωση έθεσε πέντε αντιπροσωπευτικούς πρωταρχικούς στόχους – για την απασχόληση, την καινοτομία, την εκπαίδευση, την κοινωνική ένταξη και το κλίμα/την ενέργεια – προς επίτευξη μέχρι το 2020. Κάθε κράτος μέλος έχει υιοθετήσει τους δικούς του εθνικούς στόχους σε κάθε έναν από αυτούς τους τομείς.

Συγκεκριμένες δράσεις τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και σε εθνικό επίπεδο στηρίζουν τη στρατηγική αυτή. Ένας από τους στόχους είναι και η μείωση του πληθυσμού που εκτίθεται σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού κατά 20 εκατ. σε αριθμό ατόμων για το σύνολο των Ευρωπαίων πολιτών. Η ίδια μείωση, λαμβάνοντας υπόψη και την προσθήκη εθνικών στόχων, προβλέπεται για την Ελλάδα κατά 450.000. Κομβικό σημείο στην προσπάθεια αυτή αναμένεται να διαδραματίσει η «Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την καταπολέμηση της φτώχειας» η οποία θα έχει ως στόχο τη διασφάλιση της οικονομικής, κοινωνικής και εδαφικής συνοχής.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου η Στρατηγική 2020 καλείται να υλοποιήσει τη διασφάλιση ενός επιπέδου μακροοικονομικής σταθερότητας με την περαιτέρω ώθηση σε νέες ΤΠΕ, υψηλά ποσοστά απασχόλησης και κοινωνικής συνοχής.

Επίσης, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, με τις Αποφάσεις της 56/168 του 2001 και 60/232 του 2005, αποφάσισε την συγκρότηση μιας Ad Hoc Επιτροπής για τη σύνταξη μιας "Περιεκτικής και Ολοκληρωμένης Διεθνούς Σύμβασης για την Προστασία και Προαγωγή των Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας των Ατόμων με Αναπηρία". Πρόσφατα, η Ad Hoc Επιτροπή, στην 8η Σύνοδό της τον Αύγουστο του 2006, συνέταξε ένα Σχέδιο (Draft Report) για μια νέα Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των αναπήρων ατόμων, η οποία, αφού υιοθετηθεί και από τη Γενική

Συνέλευση του ΟΗΕ, θα υποβληθεί για κύρωση από τα κράτη-μέλη του Οργανισμού στο άμεσο προσεχές μέλλον.

Στο άρθρο 1 για τον ορισμό των προσώπων που θεωρούνται ανάπηροι, επιτεύχθηκε η διατύπωση ότι δεν θα πρέπει να μετακυλύεται το βάρος της απόδειξης της αναπηρίας σε κάθε πρόσωπο που προβάλλει την ιδιότητα αυτή (του αναπήρου), προκειμένου να επιδιώξει την απόλαυση των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται στη Σύμβαση.

Στο άρθρο 11 (καταστάσεις κινδύνου για τον πληθυσμό) υιοθετήθηκε διατύπωση με την οποία το Κράτος έχει υποχρέωση προστασίας και σεβασμού των προσώπων με αναπηρία σε περιπτώσεις ενόπλων συγκρούσεων και φυσικών καταστροφών.

Επίσης, στο άρθρο 17 (προστασίας της ακεραιότητας του προσώπου) προκρίθηκε διατύπωση, η οποία αναφέρεται στην υποχρέωση προστασίας της σωματικής ακεραιότητας, όπως εκείνης της 'διανοίας' ('physical and mental integrity') του προσώπου σε ισότιμη βάση με τους άλλους.

Στο άρθρο 32 (διεθνής συνεργασία) προστέθηκε διάταξη με τη οποία αποσυνδέεται η εκπλήρωση των υποχρεώσεων του Κράτους (στο πλαίσιο της Σύμβασης) από την προηγούμενη ύπαρξη διεθνούς συνεργασίας, καθώς επίσης και ένας νέος αποτελεσματικότερος 'Μηχανισμός Παρακολούθησης' της νέας Σύμβασης.

5.1.2 Εθνικό πλαίσιο

Η ελληνική νομοθεσία (αρ. 32 του Ν. 1566/85), ορίζει ως ΑμεΑ όσους «πάσχουν από ειδικές ανεπάρκειες ή δυσλειτουργίες οφειλόμενες σε φυσικούς, διανοητικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, σε τέτοιο βαθμό, που είναι πολύ δύσκολο γι' αυτούς να συμμετάσχουν στη γενική και επαγγελματική κατάρτιση, να εξεύρουν εργασία ή να έχουν πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία».

Σύμφωνα με έρευνες, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα ΑμεΑ ανέρχονται στο 10-15% του γενικού πληθυσμού, ποσοστό που φαίνεται να ισχύει και για την Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία από την Π.Ο.Υ. και τους επίσημους φορείς του κράτους, αφού επίσημη καταγραφή δεν έχει γίνει στη χώρα μας. Η αναπηρία κάθε αυτή αποτελεί πτωχογόνο παράγοντα, επειδή αφενός το άτομο δεν έχει, συχνά, ίσες ευκαιρίες συμμετοχής στην αγορά εργασίας, και αφετέρου επειδή το κόστος για την εξυπηρέτηση των αναγκών του είναι υψηλότερο σε σχέση με τους άλλους.

Από έρευνα του «Χαμόγελου του Παιδιού» του 2009 σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για το παιδί, προκύπτει ότι το 2007, 95 υπηρεσίες που ασχολούνται με τα παιδιά με αναπηρία, παρείχαν κοινωνική φροντίδα σε 11.385 άτομα. Από τις έρευνες ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης της ΕΛ.ΣΤΑΤ. προκύπτει ότι από 10.933 παιδιά που φοιτούσαν στα εν λόγω ιδρύματα το 2009, το 62% στο σύνολο των βαθμίδων είναι αγόρια και το 38% κορίτσια. Όσον αφορά στο είδος της μειονεξίας, τα παιδιά με πνευματική καθυστέρηση αποτελούν το 50% και ακολουθούν εκείνα με αυτισμό (15%) και με πολλαπλές αναπηρίες (11%). Στην ειδική αγωγή έχει σημειωθεί την τελευταία δεκαετία αύξηση 50% των μαθητών και στην αναλογία μαθητών/ διδασκόντων, 3,3 μαθητές ανά εκπαιδευτικό, από 5,1 που ήταν το 1999. Είναι αξιοσημείωτη, επίσης, η ενίσχυση των Εργαστηρίων Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης, τα οποία από 8 που ήταν το 2001 έφθασαν τα 66 το 2009, ενώ ο αριθμός των παιδιών σε αυτά αντιστοίχως ανήλθε από 683 σε 2.482.

Το Ελληνικό Σύνταγμα ορίζει στο άρθρο 4 ότι οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου και ότι οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις. Με το άρθρο αυτό καθιερώνεται η αρχή της ισότητας των ΑμεΑ έναντι του νόμου, όπως και η αρχή της ισότητας των δύο φύλων. Η συνταγματική αυτή κατοχύρωση της αρχής της ισότητας έναντι του νόμου αποτελεί το θεμέλιο λίθο του ρυθμιστικού πλαισίου για τα ΑμεΑ και την αντιμετώπισή τους από το κράτος, ενώ η αρχή της ισότητας των δύο φύλων εξασφαλίζει ότι οι γυναίκες με αναπηρία αποτελούν ισότιμα μέλη της κοινωνίας και προστατεύονται από το κράτος όπως και οι άνδρες με αναπηρία.

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 2 του Συντάγματος, οι πολύτεκνες οικογένειες, οι ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, τα θύματα πολέμου, οι χήρες και τα ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το κράτος, ενώ σύμφωνα με την παράγραφο 3, το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.

Στο άρθρο αυτό, θεμελιώνεται το κοινωνικό κράτος δικαίου και η κοινωνική πολιτική του κράτους, η οποία ασκείται μέσω των ειδικότερων νόμων που εκτελούν αυτή τη συνταγματική επιταγή. Επίσης, το άρθρο 21 παρ. 6, αναφέρεται ρητά στα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, ορίζοντας τα εξής: «Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα

να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας.»

Με τη διάταξη αυτή, το Σύνταγμα της Χώρας εναρμονίζεται με τα πιο προοδευτικά Συντάγματα άλλων χωρών και υιοθετείται το κοινωνικό μοντέλο για την αναπηρία. Συγκεκριμένα, η διάταξη αυτή σε συνδυασμό με την αρχή της αναλογικής ισότητας (άρθρο 4 παρ.1) αλλά και με τη διάταξη του άρθρου 116 παρ. 2, που επιτρέπει την λήψη θετικών μέτρων υπέρ των ομάδων, οι οποίες τελούν υπό συνθήκες πραγματικής ανισότητας, επιτρέπει στο νομοθέτη να λάβει όλα τα μέτρα που είναι αναγκαία για την προστασία ή για τη διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρία. Συγκεκριμένα, το άρθρο 116 παρ. 2, ορίζει τα εξής: «Δεν αποτελεί διάκριση λόγω φύλου η λήψη θετικών μέτρων για την προώθηση της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το Κράτος μεριμνά για την άρση των ανισοτήτων που υφίστανται στην πράξη, ιδίως σε βάρος των γυναικών.» Με το άρθρο 22 του Συντάγματος, θεμελιώνεται επίσης, το δικαίωμα των ΑμεΑ στην εργασία και η προστασία της εργασίας που παρέχουν. Εν γένει, ρυθμίζεται η παροχή της εργασίας, οι συνθήκες απασχόλησης, η αμοιβή, οι προαγωγές, η εκπαίδευση στην εργασία και όλο το καθεστώς της παροχής εργασίας από τα ΑμεΑ, υπό την έννοια ότι απαγορεύονται διακρίσεις στα παραπάνω θέματα σε βάρος των ΑμεΑ εξαιτίας της αναπηρίας τους και αναφέρει τα εξής:

Η εργασία αποτελεί δικαίωμα και προστατεύεται από το Κράτος, που μεριμνά για τη δημιουργία συνθηκών απασχόλησης όλων των πολιτών και για την ηθική και υλική εξύψωση του εργαζόμενου αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Όλοι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από φύλο ή άλλη διάκριση, έχουν δικαίωμα ίσης αμοιβής για παρεχόμενη εργασία ίσης αξίας. Το Κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει.

Με το άρθρο 25 του Συντάγματος, προστατεύονται τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και γίνονται σεβαστά αυτά από το κράτος. Τα ΑμεΑ, ως δικαιούχοι των παραπάνω δικαιωμάτων, τελούν υπό την προστασία και την εγγύηση του κράτους και απολαμβάνουν όλες τις πλευρές της πολιτικής, κοινωνικής, οικονομικής και πολιτιστικής ζωής. Βέβαια, απαγορεύεται η κατάχρηση δικαιώματος, δηλαδή η άσκηση του δικαιώματος δεν επιτρέπεται να ξεπερνά τα όρια του οικονομικού και κοινωνικού σκοπού του δικαιώματος και τα όρια που θέτει το ίδιο το δικαίωμα. Στο πλαίσιο αυτό, το άρθρο 25 του Συντάγματος

αποτελεί κατευθυντήρια αρχή του κράτους δικαίου, προστατεύει τα ΑμεΑ και αναφέρει τα εξής:

Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους.

Η τελευταία συνταγματική αναθεώρηση του 2001 προσέθεσε επίσης ένα νέο δικαίωμα, εξαιρετικά σημαντικό αναφορικά με το αίτημα της ηλεκτρονικής προσβασιμότητας. Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 5Α παρ. 2 του Συντάγματος: «Καθένας έχει δικαίωμα συμμετοχής στην Κοινωνία της Πληροφορίας. Η διευκόλυνση της πρόσβασης στις πληροφορίες που διακινούνται ηλεκτρονικά, καθώς και της παραγωγής, ανταλλαγής και διάδοσής τους αποτελεί υποχρέωση του Κράτους, τηρουμένων πάντοτε των εγγυήσεων των άρθρων 9, 9Α και 19».

Ωστόσο η Αναπηρία δημιουργεί ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση η ψυχαγωγία και γενικότερα η κοινωνική συμμετοχή (Π.Ο.Υ. 2002).

Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, επισημαίνει τον κοινωνικό αποκλεισμό σε αυτούς τους τομείς και συγκεκριμένα:

- στην εκπαίδευση, καθώς είναι δύσκολο να συμμετάσχουν ισότιμα και ομαλά στην εκπαιδευτική διαδικασία. Η ειδική αγωγή συρρικνώνεται με το κλείσιμο των ειδικών σχολείων, ενώ τα κέντρα διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι περιορισμένα και πολλά από αυτά δυσλειτουργούν.
- στην προσβασιμότητα, όπου, αν και υπάρχει σχετική νομοθεσία, στην πράξη το περιβάλλον που κινούμαστε και τα μέσα μαζικής μεταφοράς, δεν είναι πάντα προσβάσιμα.
- στον πολιτισμό και την ψυχαγωγία, όπου απαιτούνται ειδικές συνθήκες για τη συμμετοχή των ΑμεΑ σε σχετικές δραστηριότητες.
- στην υγεία, διότι εκ των πραγμάτων κινούνται σε νοσοκομεία και άλλους φορείς υγείας και αντιμετωπίζουν προβλήματα προσβασιμότητας, κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης. Επιπλέον, μεγάλος αριθμός ατόμων που χρίζουν φυσικής αποκατάστασης

δεν βρίσκουν δημόσιο κέντρο αποκατάστασης διότι ο αριθμός των κέντρων αυτών είναι μικρός, όπως και ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών.

- στην πρόνοια και την κοινωνική φροντίδα, καθώς είναι ορατές οι ελλείψεις στις κρατικές δομές πρόνοιας με αποτέλεσμα η οικογένεια να επωμίζεται τη φροντίδα τους ή τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.
- στην εργασία, καθώς σύμφωνα με μελέτες, το 84% των ατόμων με αναπηρία βρίσκεται εκτός εργατικού δυναμικού.

Ο Αστικός Κώδικας (Π.Δ. 456/1984) όπως τροποποιήθηκε με τον νόμο 2447/1996, προβλέπει διατάξεις για τις δικαιοπρακτικές ικανότητες, (άρθρα 129 – 133, 172), τις αδικοπραξίες (άρθρα 929 – 931), τη δικαστική συμπαράσταση (άρθρα 1666 – 1688) και τις σχετικές διατάξεις του κληρονομικού Δικαίου, που αφορούν τη σύνταξη διαθήκης (άρθρα 1719, 1720, 1735, 1736, 1745).

Επιπλέον ο Ποινικός Κώδικας, προβλέπει ρυθμίσεις σχετικά με τα Α.Μ.Ε.Α. στις διατάξεις για τον ελαττωμένο καταλογισμό. Ο νόμος δεν καθορίζει με θετικό τρόπο τι είναι “ικανότητα προς καταλογισμό”, αλλά απαριθμεί τις περιπτώσεις εκείνες, οι οποίες όταν συντρέχουν συνεπάγονται την ανυπαρξία αυτής της ικανότητας (άρθρα 33, 34, 36 – 41, 56, 69), ενώ στον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας προβλέπονται επίσης ρυθμίσεις που αναφέρονται στην ειδική νομική μεταχείριση των κατηγορουμένων και των μαρτύρων, που χαρακτηρίζονται ως άτομα με ειδικές ανάγκες (άρθρα 80, 200, 210, 227).

Επιπρόσθετα αξίζει να αναφερθεί ότι στον Υπαλληλικό Κώδικα, (Νόμος 3528/2007), υπάρχουν διατάξεις και ρυθμίσεις, που αναφέρονται ειδικότερα στα Α.Μ.Ε.Α., και αφορούν το διορισμό τους, το δικαίωμα λήψης ειδικής άδειας, αναρρωτικής άδειας και τις λοιπές διευκολύνσεις, όπως η θέση σε διαθεσιμότητα και η δυνατότητα απόλυσης αυτών των ατόμων.

Μετά από πολυάριθμους αγώνες, επίπονες και επίμονες διεκδικήσεις του αναπηρικού κινήματος, το Φεβρουάριο του 1989 συγκροτήθηκαν οι υγειονομικές επιτροπές πιστοποίησης της αναπηρίας, οι οποίες είχαν ως στόχο την απόδοση κοινωνικών παροχών (επιδόματα, συντάξεις, φοροαπαλλαγή, ελεύθερη μετακίνηση με τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς κ.ο.κ.) στα άτομα εκείνα που ήταν «ανασφάλιστα ή έμμεσα ασφαλισμένα και λόγω σοβαρής σωματικής, νοητικής ή ψυχικής ασθένειας ή αναπηρίας ήταν ανίκανα, σε ποσοστό τουλάχιστον 67%, για άσκηση βιοποριστικού επαγγέλματος». Οι παροχές αυτές προσφέρονταν υπό αυστηρές ρυθμίσεις, όρους και

προϋποθέσεις. Οι τομείς στους οποίους το κράτος στο πλαίσιο της Κοινωνικής Προστασίας παρέχει διευκολύνσεις είναι:

1. Εκπαίδευση
2. Εργασία και η Απασχόληση
3. Υγεία, Κοινωνική Πρόνοια και Ασφάλιση
4. Μεταφορές και Επικοινωνίες

Τα κύρια δικαιώματα είναι τα ακόλουθα:

1. Έκπτωση 2.400,00 € στη φορολογική δήλωση (ανεξαρτήτως εισοδήματος).
2. Απόκτηση Δωρεάν Δελτίου Μετακίνησης ΑΜΕΑ (που σας δίνει τη δυνατότητα – εφόσον το εισόδημά σας δεν ξεπερνά το ποσό που ορίζεται με εγκύκλιο κάθε χρόνο- να μετακινήστε δωρεάν με όλα τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς της Αθήνας και να έχετε έκπτωση 50% σε όλα τα ΚΤΕΛ της Ελλάδας καθώς και όλα τα δρομολόγια του ΟΣΕ).
3. Επίδομα από την Πρόνοια (το οποίο δίνεται αν δεν εργάζονται και αν έχουν εισοδήματα που δεν ξεπερνούν το ποσό που ορίζεται ανά διαστήματα από το αρμόδιο υπουργείο).
4. Δωρεάν Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή Κάλυψη από την Πρόνοια (η οποία παρέχεται αν δεν εργάζονται, αν έχουν εισοδήματα που δεν ξεπερνούν το ποσό που ορίζεται ανά διαστήματα από τον αρμόδιο υπουργείο και δεν καλύπτεστε από κάποιον άλλο Ασφαλιστικό Φορέα – π.χ. ΙΚΑ, ΟΑΕΕ κλπ).
5. Αναπηρική Σύνταξη (η οποία παρέχεται εφόσον έχουν τουλάχιστον 10 χρόνια ασφάλισης στο συγκεκριμένο Ασφαλιστικό Φορέα).
6. Παράταση της Ιατροφαρμακευτικής και Νοσοκομειακής Κάλυψης από το Ασφαλιστικό Ταμείο (σε περίπτωση που λήγει η ισχύς της).
7. Συμμετοχή σε διαγωνισμούς του ΑΣΕΠ για θέσεις στο Δημόσιο Τομέα που αφορούν ΑΜΕΑ.
8. Συμμετοχή σε επιδοτούμενα προγράμματα επιμόρφωσης του ΟΑΕΔ για ΑΜΕΑ.
9. Εύρεση επιδοτούμενης εργασίας στον Ιδιωτικό Τομέα μέσω ΟΑΕΔ για ΑΜΕΑ.
10. Απαλλαγή από την υποχρέωση Στράτευσης (Ι5) ύστερα από αίτηση στο αρμόδιο στρατολογικό γραφείο.

11. Είσοδος στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση χωρίς την υποχρέωση συμμετοχής στις Γενικές Εξετάσεις

Για την κατοχύρωση οποιουδήποτε από τα παραπάνω δικαιώματα βασική προϋπόθεση είναι να χαρακτηριστεί κάποιος-α ως Άτομο Με Αναπηρία (με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω) και ως εκ τούτου να του/της αποδοθεί συγκεκριμένο ποσοστό αναπηρίας.

Τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία χορηγούν ανταποδοτικές παροχές αναπηρίας και αναπηρικές συντάξεις. Οι προϋποθέσεις επιλεξιμότητας, το ύψος και το είδος των παροχών εξαρτάται από το ασφαλιστικό ταμείο.

Οι παροχές κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ σε τρεις κατηγορίες:

1. Αναπηρικές συντάξεις που ανέρχονται κατά μέσο όρο στα 570 ευρώ μηνιαίως και δίδονταν μέχρι το 2009 14 φορές το χρόνο. Σήμερα δίδονται 12 φορές το χρόνο.
2. Επίδομα για άτομο με ειδικές ανάγκες, το οποίο ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 420 ευρώ μηνιαίως και επίσης χορηγούνταν 14 φορές το χρόνο μέχρι το 2009
3. Λοιπά επιδόματα βοηθήματα

Τα μη ανταποδοτικά βοηθήματα αναπηρίας είναι επίσης πολυάριθμα και ανομοιογενή. Σε πολλές περιπτώσεις το επίδομα στοχεύει μια ορισμένη πάθηση. Αυτά τα επιδόματα ομαδοποιούνται ως ακολούθως:

1. Επίδομα φροντίδας συγγενών αναπήρων, το οποίο ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 390 ευρώ μηνιαίως και χορηγούνταν για 12 μήνες το 2009.
2. Διατροφικό επίδομα νεφροπαθών, το οποίο ανέρχεται σε 229 ευρώ μηνιαίως και χορηγούνταν 12 φορές το χρόνο το 2009.
3. Λοιπά επιδόματα-βοηθήματα

Ένα από τα πάγια αιτήματά του αναπηρικού κινήματος υπήρξε η λεγόμενη «Κάρτα Αναπηρίας», με σκοπό κάθε άτομο με αναπηρία και χρόνια πάθηση να έχει την προσωπική του ταυτότητα, ως μέσο πρόσβασης σε κάθε δημόσια υπηρεσία και μη, χωρίς να ταλαιπωρείται διαρκώς μέσα από τις υγειονομικές επιτροπές. Με τον Ν. 2430/1996 θεμελιώθηκε νομικά το εν λόγω αίτημα. Σε πρώτο στάδιο χορηγήθηκε πιλοτικά η κάρτα αναπηρίας σε 8.800 άτομα στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση της Λάρισας, αλλά στη συνέχεια οι διαδοχικές κυβερνήσεις δεν προχώρησαν ποτέ στην καθολική εφαρμογή της.

Επίσης, το 2005 το Υπουργείο Υγείας, μέσω του Ινστιτούτου Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης (ΙΚΠΑ), δημιούργησε επιστημονική ομάδα για την εφαρμογή του μοντέλου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με άξονα τη λειτουργικότητα, του λεγόμενου ICF (International Classification of Functioning). Για το σκοπό αυτό διεξήχθη μελέτη διάρκειας δύο χρόνων, η οποία αποσκοπούσε στην κατάργηση των υγειονομικών επιτροπών, με στόχο τη δημιουργία ενός διαφορετικού μοντέλου αξιολόγησης. Παρόλο που το κόστος της μελέτης ανήλθε σε εκατομμύρια ευρώ- ποτέ δεν εφαρμόσε το προτεινόμενο μοντέλο.

Το αναπηρικό κίνημα εδώ και δεκαετίες έχει υποβάλει ποικίλες προτάσεις βελτίωσης του υπάρχοντος συστήματος στο Υπουργείο Υγείας, που χειριζόταν μέχρι πρότινος τα ζητήματα της Πρόνοιας. Μια από αυτές είναι, για παράδειγμα, η αναγνώριση μη-αναστρέψιμων αναπηριών και χρόνιων παθήσεων με ισόβια χρονική ισχύ, προκειμένου να μη ταλαιπωρούνται ούτε να διασύρονται τα άτομα με αναπηρία μέσα από διαρκή επιτήρηση και επανέλεγχο. Εντούτοις, αν και ορισμένες κατηγορίες αναπηρίας και χρόνιων παθήσεων (σύνδρομο Down, ακρωτηριαστικές βλάβες άνω και κάτω άκρων, φωκομέλειες, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, παραπληγία, τετραπληγία, τυφλότητα, ινώδης κυστική νόσος, μεταμόσχευση νεφρών) έχουν αναγνωριστεί με ισόβια χρονική ισχύ παροχών, στην πράξη η αναγνώριση δεν εφαρμόζεται και τα άτομα με αναπηρία επαναξιολογούνται διαρκώς.

Κατά την περίοδο 1/2/2012 έως 16/3/2012 πραγματοποιήθηκε απογραφή των δικαιούχων προνοιακών επιδομάτων. Το αποτέλεσμα αυτής της απογραφής δεν κοινοποιήθηκε ποτέ αναλυτικά και λεπτομερώς στον επίσημο διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Υγείας. Στις 20 Μαρτίου 2012, ο Υφυπουργός Υγείας, με ένα λιτό δελτίο τύπου, χωρίς να αναφέρει το σύνολο των δικαιούχων, τονίζει ότι «36.294 άτομα δεν εμφανίσθηκαν κατά την απογραφή στα Κέντρα Εξυπηρέτησης του Πολίτη», ερμηνεύοντας μονοδιάστατα τη μη προσέλευση αυτών των ατόμων ως «παρατυπία», αφού «αν υπήρχε υπαρκτό πρόβλημα, τα άτομα θα προσέρχονταν». Την ίδια στιγμή ομολόγησε ότι «η έξαρση των παρανομιών ήταν πιο εμφανής σε προεκλογικές περιόδους για την Τοπική Αυτοδιοίκηση». Βέβαια, δεν έλαβε υπόψη του τις καταγγελίες τόσο πρωτοβάθμιων σωματείων όσο και της ίδιας της Ε.Σ.Α.μεΑ., που ανέφεραν ότι «υπήρχαν άτομα που προσήλθαν για απογραφή και δεν τους δόθηκε το δικαίωμα να απογραφούν διότι έληγαν οι αποφάσεις της πρόνοιας με τις οποίες ελάμβαναν το επίδομα, έως και μία μέρα πριν την ορισθείσα προθεσμία για την απογραφή», ή ακόμη

ότι «υπήρχαν άτομα τα οποία είχαν υποβάλει αιτήσεις και δικαιολογητικά στα Κ.Ε.Π. και δεν κλήθηκαν για απογραφή λόγω της δυσλειτουργίας των εν λόγω Κέντρων».

Από 1η Σεπτεμβρίου 2011 καταργήθηκαν όλες οι υγειονομικές επιτροπές πιστοποίησης αναπηρίας που λειτουργούσαν στους Φ.Κ.Α., στις Νομαρχίες και το Δημόσιο, με εξαίρεση τις Ανώτατες Υγειονομικές Επιτροπές, Στρατού (Α.Σ.Υ.Ε.), Ναυτικού (Α.Ν.Υ.Ε.), Αεροπορίας (Α.Α.Υ.Ε.) και την Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή της Ελληνικής Αστυνομίας, οι οποίες εξακολουθούν να ασκούν τις αρμοδιότητές τους. Σύμφωνα με τον Νόμο 3863/2010 δημιουργήθηκε το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), υπαγόμενο στη Διεύθυνση Αναπηρίας και Ιατρικής της Εργασίας της Διοίκησης ΙΚΑ.ΕΤΑΜ, για την εξασφάλιση της ενιαίας υγειονομικής κρίσης όσον αφορά στον καθορισμό του βαθμού αναπηρίας των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών φορέων, συμπεριλαμβανομένου του Δημοσίου, καθώς και των ανασφάλιστων, για τους οποίους απαιτείται η πιστοποίηση της αναπηρίας.

Έργο των Υγειονομικών Επιτροπών (του ΚΕ.Π.Α.) είναι: α) Ο καθορισμός του ποσοστού αναπηρίας για σύνταξη αναπηρίας, β) Ο χαρακτηρισμός ατόμων ως ΑμεΑ, γ) Ο καθορισμός ποσοστού αναπηρίας για όλες τις κοινωνικές και οικονομικές παροχές ή διευκολύνσεις, για τις οποίες απαιτείται γνωμάτευση αναπηρίας και τις οποίες δικαιούνται από την πολιτεία τα άτομα με αναπηρία.

Ωστόσο ο χρόνος αναμονής από την ημέρα κατά την οποία θα καταθέσουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά τους, προκειμένου να "περάσουν" από επιτροπή αξιολόγησης για να λάβουν τον βαθμό αναπηρίας τους, ο οποίος, με τη σειρά του, θα τους δώσει το δικαίωμα να λαμβάνουν προνοιακό επίδομα ή αναπηρική σύνταξη είναι πολύ μακρύς. Φυσικά, μέχρι να περάσει ο μακρύς χρόνος αναμονής και να "περάσουν" από την επιτροπή αξιολόγησης ή, μάλλον, μέχρι να λάβουν τον οριστικό βαθμό αναπηρίας τους, δεν έχουν δικαίωμα να λαμβάνουν το απαραίτητο για τον βιοπορισμό τους προνοιακό επίδομα ή αναπηρική σύνταξη.

Τις σοβαρές αδυναμίες που παρουσιάστηκαν στη λειτουργία του ΚΕΠΑ, το οποίο έχει ως αρμοδιότητα την ενιαία εκτίμηση αναπηρίας για όλους τους πολίτες και για το σύνολο παροχών που συνδέονται με την αναπηρία, επισημαίνει σε Ειδική Έκθεσή του ο Συνήγορος του Πολίτη.

Ειδικότερα, από την έναρξη λειτουργίας του ΚΕΠΑ, τον Σεπτέμβριο του 2011 και μέχρι τις 11-2-2013 ο Συνήγορος του Πολίτη έχει εξετάσει σημαντικό αριθμό αναφορών πολιτών, που υπερβαίνει τις 350.

Η ανεξάρτητη Αρχή επικροτεί την προσπάθεια ώστε η πιστοποίηση της αναπηρίας να γίνεται με μεγαλύτερες εγγυήσεις αντικειμενικότητας και επιστημονικής τεκμηρίωσης, ωστόσο, διαπιστώνει την αύξηση του χρόνου αναμονής για εξέταση από τις υγειονομικές επιτροπές (συχνά υπερβαίνει τους έξι μήνες), μία δυσλειτουργία που μπορεί να συνεπάγεται τη στέρηση προνοιακού επιδόματος, αναπηρικής σύνταξης και βιβλιάρου υγείας για αντίστοιχο διάστημα.

Επίσης, ως αδυναμίες καταγράφονται ο εξαναγκασμός των πολιτών να υποβάλλονται σε νέες ιατρικές εξετάσεις, με πρόσθετο κόστος για τους ίδιους και τα ασφαλιστικά ταμεία, η έκδοση γνωματεύσεων με ελλιπή αιτιολογία και με περιορισμένο χρόνο ισχύος, η μη συνεκτίμηση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τη βιοποριστική ικανότητα όπως η ηλικία και το σύνηθες επάγγελμα του ενδιαφερόμενου, η έλλειψη ενημέρωσης και συντονισμού των συναρμόδιων υπηρεσιών, καθώς και η επιβάρυνση με το κόστος εξέτασης για πολλές κατηγορίες πολιτών

Πέραν από τις δυσλειτουργίες του συστήματος απονομής βαθμού αναπηρίας, το τρίτο Μνημόνιο (Ν. 4093/2012), προβλέπει ρητώς ότι ο συνολικός αριθμός των αναπηρικών συντάξεων τις οποίες χορηγεί το ελληνικό κράτος θα πρέπει να μειωθεί στο 10% του συνόλου των συντάξεων τις οποίες χορηγεί, προκειμένου η Ελλάδα να φθάσει ακριβώς στο ποσοστό των αναπηρικών συντάξεων το οποίο σημειώνεται και στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., αλλά και διεθνώς.

Σε εφαρμογή της ρύθμισης, παρατηρείται το τελευταίο διάστημα, σύμφωνα με την ΕΣΑμεΑ, μια μεθοδευμένη μείωση των ποσοστών αναπηρίας από τις επιτροπές των ΚΕ.Π.Α., τουλάχιστον σε πρώτο βαθμό, κατά την αρχική δηλαδή αξιολόγηση του αιτήματος των δικαιούχων στην Πρωτοβάθμια Επιτροπή. Σύμφωνα με καταγγελίες πολιτών, υπαλλήλων των ΚΕ.Π.Α. αλλά και ιατρών, έχουν δοθεί «προφορικές» οδηγίες στα μέλη των επιτροπών των ΚΕ.Π.Α., προκειμένου σε πρώτο βαθμό να μειώνονται τα ποσοστά αναπηρίας των αιτούντων. Πληθαίνουν δηλαδή οι περιπτώσεις συνταξιούχων με υψηλά ποσοστά αναπηρίας επί χρόνια, που κρίνονται με μειωμένα ποσοστά από τα ΚΕ.Π.Α. σε πρώτο βαθμό και δικαιώνονται εκ νέου σε δεύτερο βαθμό. Με την πρακτική

αυτή, επιμηκύνεται κατά πολύ το διάστημα μη καταβολής των συντάξεων και των επιδομάτων και το Κράτος κερδίζει σε ρευστότητα, εις βάρος των ατόμων με αναπηρία.

Περαιτέρω, σύμφωνα με καταγγελίες, οι Διευθυντές των ΚΕ.Π.Α. επιδιώκουν μέσω της τακτικής αυτής την αύξηση των εσόδων από το παράβολο (46,14 €) που εισπράττεται για την υποβολή ένστασης, η νομιμότητα του οποίου αμφισβητείται έντονα από τους νομικούς. Όμως, από τον Ν. 3863/2010 δεν προκύπτει ότι για την καταβολή του παραβόλου επιβαρύνεται ο εξεταζόμενος. Ως εκ τούτου η μέχρι σήμερα αξίωση καταβολής του ποσού αυτού εκ μέρους των ιδίων των εξεταζομένων, σε όσες περιπτώσεις δεν διαθέτουν παραπεμπτικό από ασφαλιστικό φορέα, στερείται νομοθετικού και νομίμου ερείσματος.

Ακόμα όμως και σε περιπτώσεις θετικών για τους ασφαλισμένους γνωματεύσεων παρατηρείται το πρωτοφανές φαινόμενο υποβολής ενστάσεων από τους ασφαλιστικούς φορείς. Συγκεκριμένα στην Ειδική Έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη, τον Φεβρουάριο του 2013, αναφέρεται ότι: «πολλές φορές οι αρμόδιοι Διευθυντές Παροχών προβαίνουν σε ενστάσεις, σε περιπτώσεις που έχει διαπιστωθεί οριακό ποσοστό αναπηρίας που δίνει δικαίωμα σε μερική σύνταξη αναπηρίας. Οι ενστάσεις αυτές γίνονται χωρίς ειδική επισήμανση της διαφωνίας με την τεχνική κρίση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής του ΚΕ.Π.Α. Επίσης, δεν συγκεκριμενοποιούνται οι λόγοι για τους οποίους ο Διευθυντής προβαίνει στην άσκηση ένστασης, ούτε γίνεται παραπομπή σε συγκεκριμένα ιατρικά στοιχεία, τα οποία πιθανώς να θέτουν σε αμφισβήτηση την κρίση της υγειονομικής επιτροπής. Το ίδιο έχει παρατηρηθεί και σε περιπτώσεις όπου ποσοστό απόλυτης αναπηρίας (100%) θεμελιώνει δικαίωμα σε μεγάλη προσαύξηση των χορηγούμενων συντάξεων, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ασφαλισμένων του ΟΓΑ. Η άκριτη άσκηση ένστασης σε συνδυασμό με τις καθυστερήσεις στη λειτουργία των δευτεροβάθμιων υγειονομικών επιτροπών έχει οδηγήσει σε πολύμηνη στέρηση των ασφαλισμένων από κοινωνικές παροχές που δικαιούνται και από παροχές ασθένειας για τους ίδιους και για τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς τους».

Τα επίσημα στοιχεία που παραθέτουν τα αρμόδια Υπουργεία δείχνουν ότι οι καθυστερήσεις στην απονομή των συντάξεων είναι τεράστιες. Οι υποψήφιοι συνταξιούχοι του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα αναγκάζονται να περιμένουν από 10 μήνες έως και 3 χρόνια για να λάβουν τη σύνταξή τους, ενώ οι αιτούντες σύνταξης αναπηρίας παραμένουν όμηροι αρχικά των Ταμείων τους για την ανακεφαλαίωση των ενσήμων τους και έπειτα των ΚΕ.Π.Α., όπου η αναμονή για ραντεβού με επιτροπή

φτάνει τον ένα χρόνο. Χωρίς πόρους αναγκάζονται να ζήσουν και οι συνταξιούχοι αναπηρίας που πρέπει να επανεξετασθούν προκειμένου να παραταθεί η σύνταξή τους. Η καθυστέρηση συνεχίζεται για άλλους 10 μήνες με ένα έτος, προκειμένου να δικαιωθούν οι συνταξιούχοι σε δεύτερο βαθμό, τουλάχιστον όσοι έχουν την οικονομική ευχέρεια να πληρώσουν παράβολα και δικηγόρο.

Από τον Μάιο 2012 ισχύει ο Νέος Ενιαίος Πίνακας Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας, κύριο εργαλείο πιστοποίησης και αξιολόγησης της αναπηρίας, που χρησιμοποιούν οι αρμόδιες Επιτροπές του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ). Σύμφωνα με την ΕΣΑμΕΑ ο νέος Πίνακας Προσδιορισμού Ποσοστών Αναπηρίας διατηρεί σε πολλά κεφάλαιά του την αντιεπιστημονικότητα και προχειρότητα του αντικατασταθέντος ΚΕΒΑ έτους 1993, και χρησιμοποιείται ως εργαλείο δημοσιονομικής περικοπής δαπανών (επιστολή ΕΣΑμΑ προς Γεν. Γραμματέα Κοινωνικών Ασφαλίσεων 31-10-2011Αρ Πρωτ. 3143).

Οι κατηγορίες αναπηρίας που δικαιούται προνοιακό επίδομα είναι οι εξής:

1. Τυφλοί
2. Κωφοί
3. Βαριά Νοητική Καθυστέρηση
4. Πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία
5. AIDS-Αιμορροφιλία
6. Βαριά Αναπηρία (εδώ εντάσσονται διάφορες κατηγορίες όπως επιληψία, σακχαρώδης διαβήτης, Ερυθρωματώδης Λύκος κ.α. και ισχύει για ποσοστό αναπηρίας από 67% και άνω)
7. Σπαστικά 9άτομα με εγκεφαλική παράλυση από 0-18 ετών)
8. Επίδομα καυσίμων (δικαιούνται τα άτομα που πάσχουν από κινητική αναπηρία κάτω άκρων σε ποσοστό 80% και άνω ή ακρωτηριασμό δύο ποδιών)
9. Χανσενικοί

Η κατηγορία των νεφροπαθών υπό αιμοκάθαρση λαμβάνουν διατροφικό επίδομα ίσο με το ύψος του χαμηλότερου προνοιακού επιδόματος. Δικαιούχοι του επιδόματος είναι επίσης οι μεταμοσχευθέντες καρδιάς, ήπατος, πνευμόνων και μυελού των οστών.

Το προνοιακό επίδομα δικαιούνται οι ανασφάλιστοι και έμμεσα ασφαλισμένοι. Σε περίπτωση που το άτομο με αναπηρία ενταχθεί στην αγορά εργασίας, το προνοιακό επίδομα διακόπτεται.

Η διακοπή του επιδόματος όταν ο δικαιούχος εργάζεται δεν ισχύει για τους Τυφλούς (λαμβάνουν χαμηλότερο επίδομα) και τους παραπληγικούς-τετραπληγικούς (το εξωιδρυματικό επίδομα παρέχεται κανονικά).

Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις στο Νέο Πίνακα, έχουν μειωθεί ποσοστά ή περιέχεται ένα μεγάλο εύρος ποσοστών αναπηρίας σε νευρολογικές ή ορθοπεδικές παθήσεις, δίνοντας περιθώρια για υποκειμενικές κρίσεις στα μέλη των Υγειονομικών Επιτροπών. Με βάση τον Πίνακα, ακόμα και για καταστάσεις μη-αναστρέψιμες εκδίδονται γνωματεύσεις βραχείας ισχύος, με αποτέλεσμα σε μικρό χρονικό διάστημα από την παραλαβή της γνωμάτευσης να απαιτείται η υποβολή αιτήματος εκ νέου. Τεράστια προβλήματα επίσης δημιουργεί η εξέταση των αιτούντων ανά ιατρική ειδικότητα, ενώ θα έπρεπε στις περιπτώσεις πολυαναπήρων να μετέχουν σε μία επιτροπή οι αντίστοιχες ειδικότητες ιατρών. Η υπ' αριθ. Π51/12/18-4-2013 οδηγία που έχει δοθεί από την Υποδιοίκηση του ΙΚΑ για τη σύσταση μεικτών επιτροπών δεν έχει εφαρμογή έως και σήμερα, όπως προκύπτει από τις παρεμβάσεις των σωματείων των αναπήρων για μέλη τους με πολλαπλές αναπηρίες.

Η υποστελέχωση τόσο των Κ.Ε.Π.Α. όσο και των Επιτροπών από ιατρούς, έχει σαν αποτέλεσμα χιλιάδες άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις ειδικά των λιγότερο ευνοούμενων περιοχών, όπως των νησιών, παραμένουν εγκλωβισμένοι στη λίστα αναμονής για να αξιολογηθούν με αποτέλεσμα να μην έχουν καθ' όλη τη διάρκεια της αναμονής ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, να μην τους χορηγούνται κοινωνικές παροχές και να απειλούνται με οικονομική εξαθλίωση.

Συμπερασματικά η απλοποίηση της νομοθεσίας που αφορά τα ΑμεΑ, η αναμόρφωση του Ενιαίου Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας, ο οποίος αυτή τη στιγμή μέσω της μείωσης των ποσοστών αναπηρίας αποκλείει χιλιάδες δικαιούχους προνοιακών παροχών, η αύξηση μη-αναστρέψιμων αναπηριών και χρόνιων παθήσεων για τις οποίες προβλέπεται ισόβια αναπηρία κατ' εφαρμογή του άρθρου 16 § 1 του Ν. 3846/2010, η έκδοση κάρτας αναπηρίας, η βελτίωση των συνθηκών παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και των διαδικασιών πιστοποίησης της αναπηρίας εξακολουθούν να αποτελούν ζητούμενα για το αναπηρικό κίνημα.

Τέλος, ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι, το ότι η απονομή ενός επιδόματος αναπηρίας εξετάζεται να συνδυάζεται από αυστηρά περιουσιακά κριτήρια με τρόπο ώστε η στήριξη της αναπηρίας να γίνεται στήριξη μόνο της φτωχής αναπηρίας. Ακόμα προβληματικότερη είναι η εξεταζόμενη σύνδεση των επιδομάτων από την τεκμαιρόμενη περιουσία όλης της οικογένειας, θεσμοθετώντας και ενισχύοντας την εξάρτηση των ευπαθών αυτών κοινωνικών κατηγοριών –ακόμα περισσότερο- από τον οικογενειακό τους κύκλο και ενισχύοντας την άτυπη φροντίδα έναντι των δημόσιων υποδομών που θα προωθούσαν αποτελεσματικότερα την ένταξή τους στην κοινωνία με καλύτερους όρους.

Σύμφωνα με έρευνα-μελέτη του Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης που εκπόνησε κατόπιν αίτησης του υπουργείου Εργασίας το 2011. και ολοκληρώθηκε στο τέλος του 2012, Το σύνολο της προνοιακής πολιτικής που αφορά τα ΑμΕΑ, θα πρέπει να αναθεωρηθεί και να «οικοδομηθεί» σε νέες βάσεις

Σύμφωνα με την έρευνα τα επιδόματα αναπηρίας: είναι περίπλοκα και αναποτελεσματικά, ελέγχονται πλημμελώς και η δαπάνη γι αυτά αυξάνεται σταθερά. Ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας λαμβάνει αναπηρικές συντάξεις. Η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ατόμων με αναπηρία εκτός του εργατικού δυναμικού ενδέχεται να εγείρει σοβαρές προκλήσεις,

Η μελέτη προτείνει την αντικατάσταση των υπαρχόντων επιδομάτων αναπηρίας με ένα επίδομα που θα χορηγείται με βάση εισοδηματικά κριτήρια σύμφωνα με τους ισχύοντες νομικούς και πρακτικούς περιορισμούς και εξάρτηση των επιδομάτων αναπηρίας και των επιπέδων των συντάξεων κατά το δυνατόν από την ικανότητα προς εργασία προκειμένου να ενθαρρυνθεί η δραστηριότητα.

5.2 Αλλοδαποί

Ως αλλοδαποί χαρακτηρίζονται τα πρόσωπα που δεν έχουν ελληνική ιθαγένεια και τα οποία ή έχουν την ιθαγένεια ενός ή περισσότερων κρατών (πολυιθαγενείς) ή δεν έχουν καμία ιθαγένεια (ανιθαγενείς). Ο όρος «αλλοδαπός» μπορεί να γίνει αντιληπτός με δύο έννοιες, την ευρεία και τη στενή έννοια . Με την ευρεία έννοια ως αλλοδαπός χαρακτηρίζεται κάθε φυσικό πρόσωπο που δεν έχει ελληνική ιθαγένεια, οι ομογενείς, οι κοινοτικοί αλλοδαποί (υπήκοοι των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης) και οι πρόσφυγες. Ενώ με τη στενή έννοια αλλοδαπός είναι κάθε πρόσωπο που δεν έχει ελληνική ιθαγένεια εκτός από τους ομογενείς, κοινοτικούς αλλοδαπούς και πρόσφυγες , οι οποίοι έχουν άλλη νομική μεταχείριση .

Κατά τη σύγχρονη εποχή υποστηρίχθηκε συστηματικά η άποψη ότι οι αλλοδαποί δικαιούνται ενός ελάχιστου επιπέδου μεταχειρίσεως οποιαδήποτε και αν ήταν η μεταχείριση που το κράτος επεφύλασσε στους ιδίους του τους υπηκόους.

Το δίκαιο των αλλοδαπών αφορά κυρίως τους μη ευρωπαίους-πολίτες καθώς η ευρωπαϊκή ιθαγένεια που διαθέτουν όλοι οι πολίτες των κρατών –μελών, σύμφωνα με τη Συνθήκη της Ε.Ε., κατοχυρώνει δικαίωμα ελεύθερης εγκατάστασης και εργασίας στο έδαφος όλων των κρατών μελών.

Έτσι τα διεθνή κείμενα περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Οικουμενική Διακήρυξη, Διεθνή Σύμφωνα των Ηνωμένων Εθνών, Ευρωπαϊκή Σύμβαση, κ.λπ.) καλύπτουν ομοίως ημεδαπούς και αλλοδαπούς αφήνοντας ωστόσο στην ευχέρεια των κρατών να ορίζουν διαφορετικά σε μερικές περιπτώσεις, ως προς τους αλλοδαπούς.

Στο Σύνταγμα της Ελλάδας προστατεύονται αγαθά που αφορούν την ανθρώπινη υπόσταση όπως η ζωή, η υγεία, η κοινωνική ασφάλιση, το περιβάλλον και ο αθλητισμός.

Στο άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος κατοχυρώνεται το δικαίωμα στη προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας. Η διάταξη που κατοχυρώνει το ατομικό δικαίωμα στην υγεία, απαγορεύει ουσιαστικά τόσο τις σκόπιμα βλαπτικές της υγείας του ατόμου ενέργειες τρίτων, όσο και, κατ' αρχήν, την ιατρική επέμβαση ή περίθαλψη χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Φορείς του δικαιώματος είναι όλα τα φυσικά πρόσωπα, Έλληνες και αλλοδαποί γιατί συνιστά ανθρώπινο δικαίωμα.

Στο άρθρο 21 παρ. 3 κατοχυρώνεται το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Το κράτος οφείλει να παράσχει τις απαραίτητες υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Φορέας του δικαιώματος της υγείας καταρχήν είναι κάθε Έλληνας σύμφωνα με τη διατύπωση της διάταξης. Ωστόσο για καθαρά ανθρωπιστικούς λόγους δεν θα ήταν δυνατή η διάκριση των αλλοδαπών από την παροχή άμεσης ιατρικής βοήθειας σε επείγουσες περιπτώσεις και στους αλλοδαπούς (ΣτΕ2724/1964, ΑΠ97/1972 Εφαρμογή του Σ21παρ3).

Το δικαίωμα στην υγεία των αλλοδαπών μπορεί να θεμελιωθεί και στο άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος το οποίο ορίζει ότι «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας των ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας». Όπως αναφέρεται στην Απόφαση της ΕΕΔΑ του 2007 «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής»: «Η εκδοχή ότι οι αλλοδαποί θα μπορούσαν να αφεθούν χωρίς την αναγκαία άμεση βοήθεια προσβάλλει την ίδια την έννοια της αξίας του

ανθρώπου, προς την οποία συναρτάται άλλωστε η προστασία της υγείας. Συνεπώς, ούτε και αυτοί μπορούν να αποκλεισθούν του δικαιώματος στην υγεία.»

«Η προστασία της υγείας εκ μέρους του Κράτους αποτελεί αναγκαίο όρο για την πραγμάτωση του περιεχομένου της αρχής του σεβασμού και της προστασίας της αξίας του ανθρώπου.» Σύμφωνα με την άποψη αυτή, που δύσκολα μπορεί να αμφισβητηθεί, το δικαίωμα στην υγεία συνιστά μία από τις σημαντικότερες εξειδικεύσεις της ανωτέρω αρχής, η οποία δε μπορεί παρά να καθιστά φορείς και τους αλλοδαπούς μετανάστες. Μπορεί, λοιπόν, η διατύπωση του άρθρου 21 παρ. 3 να επιτρέπει κατ' αρχήν στον κοινό νομοθέτη να θεσπίζει διακρίσεις προς όφελος των Ελλήνων πολιτών, ωστόσο, αυτές οφείλουν «να μην υπερβαίνουν τα κανονιστικά όρια που επιβάλλει η αρχή της αξίας του ανθρώπου». Ένα τόσο περιορισμένο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη, όπως το ισχύον, με τις αναπόφευκτες συνέπειές του, δηλαδή το να πρέπει η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου να χειροτερέψει σε τέτοιο βαθμό ώστε να θεωρηθεί επείγον περιστατικό και να δικαιολογείται η έκτακτη νοσηλεία του, δε συνάδει με την υποχρέωση προστασίας της αξίας του ανθρώπου.

«Το δικαίωμα στην υγεία, ως καθολικό δικαίωμα ανεξάρτητο από το *status civitatis*, έχει ως αντικείμενο τη διασφάλιση ενός ελάχιστου περιεχομένου κρατικής παρέμβασης για την προστασία της υγείας.» Κριτήριο του δικαιώματος της δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν χρήσης των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Κράτος δεν είναι η οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική κατάσταση του πολίτη, δηλαδή π.χ. η ιδιότητά του ως εργαζομένου που καλύπτεται από ασφάλιση ασθενείας ή η κατάστασή του ως κοινωνικά και οικονομικά αδύνατου μέλους της κοινωνίας (π.χ. απόρου), αλλά απλώς και μόνο η πραγματική του ανάγκη για υγειονομική φροντίδα. Πράγματι, η ύπαρξη και η έκταση της ανάγκης για ιατρική φροντίδα ενός ατόμου πρέπει να συνιστά, αν όχι το μόνο, τουλάχιστον το σημαντικότερο κριτήριο.

Όπως έχει παρατηρηθεί, «τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα, και ιδίως αυτά στην υγεία και σε ένα ελάχιστο όριο αξιοπρεπούς διαβίωσης, συναρτώνται τόσο στενά με την προστασία της ανθρώπινης αξίας που είναι αδιανόητη η άρνησή τους σε οποιοδήποτε ανθρώπινο ον, ανεξάρτητα από την νομιμότητα της εισόδου του στην επικράτεια.» Από τα παραπάνω είναι προφανές ότι το Σύνταγμα επιτάσσει ένα ευρύτερο δικαίωμα πρόσβασης στη ιατρική περίθαλψη για τους μετανάστες» (Απόφαση ΕΕΔΑ «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής» 2007)

Δεδομένου του σημαντικού αριθμού μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής που βρίσκονται στην Ελλάδα και της ολοένα και αυξανόμενης έλευσης νέων, το ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για δύο λόγους: α) η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ίδια την επιβίωση του ατόμου και β) μακροπρόθεσμα αλλά και μεσοπρόθεσμα τίθενται ζητήματα δημόσιας υγείας.

Ο κύριος νόμος για τη μεταναστευτική πολιτική είναι ο νόμος 1975/1991, «Είσοδος-έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις». Έχει υποστηριχτεί ότι πολλά σημεία του νόμου αυτού αποτελούν αντιγραφή του παλαιότερου ν. 4310/1929 και, γενικά, τον διακρίνει «αστυνομική λογική». Βασικές αρχές του αποτελούν η απαγόρευση εργασίας, όταν δεν υπάρχει άδεια εργασίας, η απέλαση -ως τιμωρία για τους αλλοδαπούς- και ο περιορισμός των κινήσεων ακόμη και των νόμιμων αλλοδαπών για λόγους «ασφαλείας του κράτους» (άρθρα 14 του ν. 4310 και 26 του ν. 1975). Η έμφαση που δίδεται στην κατασταλτική πολιτική και στον κοινωνικό έλεγχο αντανακλά τη στάση της πολιτείας απέναντι στη μετανάστευση και αναδεικνύει τη βασική φιλοσοφία που είναι «η προσωρινότητα της παραμονής του αλλοδαπού στη χώρα», γεγονός που καθιστά δυσμενή τη θέση του αλλοδαπού και την εξαρτά τόσο από την εργασία του, όσο και από τον εργοδότη του.

Σήμερα, το νομικό καθεστώς για τους αλλοδαπούς διέπεται από τον πιο πρόσφατο Νόμο 2910/2001 με τίτλο «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις», που αντικατέστησε το Νόμο 1975/1991. Ο Νόμος 2910/2001, αν και κινείται στα ίδια πλαίσια με τον προγενέστερο, επιχειρεί την αντιμετώπιση της παράνομης μετανάστευσης, περιλαμβάνοντας διατάξεις σχετικά με:

- α) τις γενικές προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής αλλοδαπών,
- β) την είσοδο αλλοδαπών για λόγους σπουδών,
- γ) την είσοδο και παραμονή αλλοδαπών για την παροχή εξαρτημένης εργασίας,
- δ) την άσκηση ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας καθώς και
- ε) την οικογενειακή συνένωση αλλοδαπών, νόμιμα εγκατεστημένων στη χώρα.

Άλλες διατάξεις αφορούν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών, τη δυνατότητα πρόσβασης των ανήλικων αλλοδαπών στην εκπαίδευση, καθώς και τις διαδικασίες κτήσης της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση.

Σημαντικό μέρος του νόμου 2910/2001 αναφέρεται στους περιορισμούς-ανάκληση άδειας και παραμονής και στις απελάσεις των ανεπιθύμητων αλλοδαπών. Σχετικά με τους «μη νόμιμα εισερχόμενους αλλοδαπούς» στη χώρα προβλέπονται και πάλι αυστηρές πειθαρχικές κυρώσεις, ποινές, απελάσεις κ.λπ. Εισήγαγε μικρές αλλαγές και νεωτερισμούς σε θέματα της μεταναστευτικής πολιτικής. Θεσμοθετήθηκε η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων στο Υπουργείο Εσωτερικών από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, ενώ παραχωρείται στους δήμους η εξουσία για την έκδοση αδειών εργασίας και διαμονής. Περιλαμβάνει, επίσης, μια δεύτερη ευκαιρία νομιμοποίησης των παράνομα εγκατεστημένων, γεγονός που αποσκοπεί στον περιορισμό της παράνομης μετανάστευσης και στη μείωση των εισροών, ενώ προβλέπει ενίσχυση της αστυνόμευσης των συνόρων και αυστηρότερο εσωτερικό έλεγχο. Λόγω της ύπαρξης διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών (νόμιμοι και παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες ομογενείς και πρόσφυγες), θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί ένας ενιαίος τρόπος ρύθμισης των ζητημάτων σχετικά με τους αλλοδαπούς.

Γίνεται σαφής διαχωρισμός μεταξύ προσφύγων και οικονομικών μεταναστών. Το πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής για τους πρόσφυγες ορίζεται από τα άρθρα 24 και 25 του Ν. 1975/1991, όπως αυτά συμπληρώθηκαν από τα άρθρα 1 και 2 του Ν. 2452/1996 σε συμφωνία με τις διεθνείς συμβάσεις για το καθεστώς των προσφύγων. Έτσι, οι χαρακτηρισμένοι ως πρόσφυγες απολαμβάνουν αυξημένα προνόμια σε σχέση με τους λοιπούς αλλοδαπούς (παροχή άμεσων μέτρων βοήθειας και προστασίας, εθελοντικός επαναπατρισμός, έκδοση ταξιδιωτικού εγγράφου, δικαίωμα επανασύνδεσης με τις οικογένειές τους μετά το χαρακτηρισμό, προτεραιότητα στο δικαίωμα εργασίας κ.λπ.).

5.2.1 Χρήση των υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς

Από ελέγχους για την τήρηση των θεσμοθετημένων διαδικασιών σχετικά με την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης σε αλλοδαπούς, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαπίστωσε ποικίλες παράνομες και παράτυπες διαδικασίες σε βάρος των Ελλήνων φορολογούμενων από τα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Είχαν δημιουργηθεί παράνομα δίκτυα και παρεχόταν περίθαλψη από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. σε ασθενείς αλλοδαπούς εκτός Ε.Ε. και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, οι οποίοι δεν διέθεταν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα και δεν καλύπτονταν από διακρατικές συμφωνίες για την παροχή νοσηλείας. Πολλοί αλλοδαποί, που είχαν έρθει στην Ελλάδα με τουριστική βίζα ή βρίσκονταν παράνομα στη χώρα, εισάγονταν ως επείγοντα περιστατικά για δωρεάν περίθαλψη στα νοσοκομεία, ενώ δεν υπήρχε κανένας κίνδυνος για τη ζωή τους. Ακόμη, μ' αυτή τη διαδικασία, μεγάλος αριθμός αλλοδαπών γυναικών χρησιμοποιούσε τις μαιευτικές κλινικές των νοσοκομείων για τοκετό. Επιπλέον, εντοπίστηκαν πλαστά βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας, καθώς και βιβλιάρια ασφαλιστικών φορέων, με τα οποία παρεχόταν δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη από νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Για να εξαιρεθούν τα φαινόμενα παράνομης παροχής δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης σε ασθενείς που δεν νομιμοποιούνται να την λαμβάνουν, εκδόθηκε η εγκύκλιος Υ4α/οικ.8992/13-7-2000 του Υπουργείου Υγείας, με οδηγίες για παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης σε κάθε κατηγορία αλλοδαπών. Συνοπτικά, οι διατάξεις της εγκυκλίου ορίζουν τα εξής:

- α) Για την είσοδο για νοσηλεία σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., αλλοδαπών εκτός χωρών μελών της Ε.Ε., σε περίπτωση που έχει υπογραφεί διακρατική συμφωνία με τη χώρα από την οποία προέρχονται, απαιτείται εγκριτική απόφαση του Υπουργού Υγείας.
- β) Δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στους ομογενείς και στους υπηκόους των χωρών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, στους οποίους έχει χορηγηθεί βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας (δεν προβλέπεται έκδοσή του για άλλες κατηγορίες αλλοδαπών), καθώς και στους αναγνωρισμένους πολιτικούς πρόσφυγες.

γ) Στους αλλοδαπούς, οι οποίοι βρίσκονται προσωρινά στην χώρα (τουρίστες), δεν παρέχεται δωρεάν περίθαλψη ακόμη και στην περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εκτός αν προέρχονται από τις χώρες του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη.

δ) Φαρμακευτικής περίθαλψης δικαιούνται: οι κάτοχοι βιβλιαρίων ασφαλιστικών φορέων, οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες και οι κάτοχοι βιβλιαρίων οικονομικής αδυναμίας.

ε) Στους μη-νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα αλλοδαπούς παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους.

Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 84 του ν. 3386/2005 οι άτυποι μετανάστες δεν δικαιούνται πρόσβαση στο σύστημα υγείας με εξαίρεση τις περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. (εξαιρούνται οι ανήλικοι). Η μόνη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που δικαιολογείται από το νόμο είναι επομένως μόνο η περίθαλψη στα ΤΕΠ. Εκτιμάται ότι το ποσοστό των αλλοδαπών χωρίς τα νόμιμα έγγραφα αγγίζει το 35% του μεταναστευτικού πληθυσμού.

Ο νόμος λαμβάνει πρόνοια και για ειδικότερες περιπτώσεις ατόμων που χρήζουν προστασίας, όπως τα θύματα νάρκης και όσους έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS ή άλλα λοιμώδη νοσήματα.

Όσοι αλλοδαποί είναι θύματα νάρκης ή είχαν ατύχημα κατά την είσοδο τους στη χώρα, το οποίο οδήγησε σε ακρωτηριασμό, δικαιούνται περίθαλψη, νοσηλεία και τοποθέτηση τεχνητών μελών (ΥΑ Π2α/Γ.Π. οικ. 10532).

Όλοι όσοι έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS ή άλλα λοιμώδη νοσήματα δικαιούνται δωρεάν θεραπευτική αγωγή, εφόσον στη χώρα προέλευσής τους δεν μπορεί να τους χορηγηθεί η αγωγή αυτή (α.11 παρ.8 εδ. ε' Ν.2955/2001).

Με την αρ. πρωτ. Υ4α/οικ.45610 2/5/2012 εγκύκλιο του υπουργού Υγείας, επαναλαμβάνεται η παραπάνω εξαίρεση που αφορά τα επείγοντα περιστατικά και τα λοιμώδη νοσήματα και τονίζεται ότι σε κάθε άλλη περίπτωση καταβάλλεται η προβλεπόμενη κατά περίπτωση δαπάνη από τους ίδιους τους άτυπους μετανάστες με βάση την εκάστοτε ισχύουσα ΚΥΑ.

Η υγειονομική διάταξη (ΥΑ ΓΥ39α/2012«Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων»), όριζε τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται

από μετανάστες που θέλουν να εισέλθουν ή να εργαστούν στην Ελλάδα. Έκανε λόγο για υποχρεωτικό έλεγχο και νοσηλεία για τα παρακάτω νοσήματα: Πανδημική γρίπη, SARS, ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί χολέρα, διφθερίτιδα, ενεργός φυματίωση, πανώλη, ευλογιά, κίτρινος πυρετός, ενεργός φυματίωση, ελονοσία πολιομυελίτιδα από φυσικού τύπου ιού, ενεργός σύφιλη, ενεργός λέπρα, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί.

Μεταξύ άλλων προέβλεπε: «Όσοι έχουν κάποιο από τα παραπάνω νοσήματα δεν θα εισέρχονται στη χώρα. Σε περίπτωση δε που βρίσκονται ήδη παράνομα, θα τίθενται υπό περιορισμό-καραντίνα ούτως ώστε να προστατευθεί η δημόσια υγεία. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας όλης της χώρας υποχρεούνται να δημιουργήσουν χώρους απομόνωσης που να πληρούν τις ιατρικές προδιαγραφές νοσηλείας.

Όσον αφορά στους ιδιοκτήτες που νοικιάζουν οποιοδήποτε χώρο διαμονής σε συνθήκες που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για την ασφάλεια της δημόσιας υγείας θα έχουν ποινικές ευθύνες. Σε περίπτωση που οποιοδήποτε κτίριο ή χώρος έχει καταληφθεί από τρίτους σε συνθήκες επικίνδυνες για τη δημόσια υγεία, οι κύριοι ή οι νομείς των κτιρίων αυτών θα πρέπει να ενεργήσουν άμεσα για την αποβολή των καταληψιών, αλλιώς θα θεωρούνται υπεύθυνοι και θα έχουν συνέπειες».

Η Υγειονομική Διάταξη είχε δώσει τη δυνατότητα στην Αστυνομία να συλλαμβάνει αυθαίρετα, να κρατεί και να εξαναγκάζει πολίτες σε εξέταση ανίχνευσης λοιμωδών νοσημάτων. Η πρακτική αυτή είχε εφαρμοστεί το 2012 σε βάρος των οροθετικών γυναικών και είχε ως αποτέλεσμα το στιγματισμό της ασθένειας, για λόγους προεκλογικής εκμετάλλευσης. Με τον τρόπο αυτό, γενικότερα, δινόταν το ελεύθερο στους κρατικούς μηχανισμούς να διαπομπεύουν τις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες –και κυρίως μετανάστες, αιτούντες άσυλο, διαβιούντες σε φτωχές συνθήκες, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών και εκδιδόμενα πρόσωπα–, τη στιγμή που, αντιθέτως, για λόγους όχι μόνο ευαισθησίας και ανθρωπισμού, αλλά και στοιχειώδους κοινωνικής συνοχής, οι ομάδες αυτές θα πρέπει να προστατεύονται.

Η εν λόγω υγειονομική διάταξη έπειτα από τη διεθνή κατακραυγή για το σκάνδαλο παραβιάσεων σε βάρος οροθετικών προσώπων, και μετά τις σοβαρότατες καταγγελίες από Διεθνή και Εθνικά Όργανα, καταργήθηκε με την Αριθμ. Γ.Π. οικ. 39728 (ΦΕΚ 1085/Β/2013) ως αντισυνταγματική, αφ' ενός λόγω υπέρβασης της νομοθετικής

εξουσιοδότησης της, αφ' ετέρου διότι στην πράξη λειτούργησε ως εργαλείο για την καταπάτηση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων κατοχυρωμένων συνταγματικά.

Επανήλθε όμως στις 2/7/2013.

5.2.2 Ζητήματα κοινωνικής προστασίας των αλλοδαπών

Ενώ στο άρθρο 39, §2 του Ν. 2910/2001 αναφέρεται ότι: «Οι διατάξεις του Νομ. Διατάγματος 57/1973 "περί λήψεως μέτρων κοινωνικής προστασίας των οικονομικώς αδυνάτων και καταργήσεων των διεπυσών τον θεσμόν της απορίας διατάξεων", όπως κάθε φορά ισχύει για την κοινωνική προστασία, εφαρμόζονται και στους αλλοδαπούς που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα», στην πράξη δεν καλύπτονται όλες οι κατηγορίες αλλοδαπών, αλλά τα κριτήρια για την παροχή διαφόρων επιδομάτων εξειδικεύονται με εγκυκλίους, οι οποίες ορίζουν τους δικαιούχους κατά περίπτωση.

Στη διάταξη αυτή, με βάση την εγκύκλιο Υ4α/οικ.8992/13-7-2000 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, υπάγονται μόνο οι αλλοδαποί υπήκοοι (των συμβαλλομένων μερών στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη 1961, στον Αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη 1996 και στη Σύμβαση για την Ιατρική Κοινωνική Αντίληψη του 1953 του Συμβουλίου της Ευρώπης) που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, καθώς και οι ομογενείς, εφόσον πληρούν τις εξής προϋποθέσεις: είναι άνεργοι, ανασφάλιστοι, ευρίσκονται σε κατάσταση οικονομικής αδυναμίας και δεν έχουν οικείους που να μπορούν να τους ασφαλίσουν.

Σε αυτές τις δύο κατηγορίες παρέχεται απόφαση οικονομικής αδυναμίας από τις κατά τόπους Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών, με βάση την οποία εκδίδεται βιβλιάριο περίθαλψης ανασφάλιστων, με το οποίο καλύπτεται η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. Για τους ομογενείς, το βιβλιάριο περίθαλψης πρέπει υποχρεωτικά να συνοδεύεται από το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας ομογενούς (εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με αριθμ. Υ4α/οικ.8992/13-7-2000).

Απόφαση οικονομικής αδυναμίας μπορεί να εκδοθεί και για κάλυψη άλλων αναγκών, όπως εισαγωγή σε παιδικούς σταθμούς, σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, στο Γηροκομείο Αθηνών καθώς και για την κάλυψη νοσηλίων εξωτερικού, σε περίπτωση που δεν μπορεί να γίνει θεραπεία στην Ελλάδα. Όσον αφορά τη χορήγηση προνοιακών επιδομάτων, δικαιούχοι επιδόματος τετραπληγίας– παραπληγίας, βαριάς νοητικής

υστέρησης καθώς και επιδόματος εγκεφαλικής παράλυσης, είναι οι παλιννοστούντες ομογενείς καθώς και οι υπήκοοι των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ενιαίου Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου και των κρατών που υπάγονται στην κυρωμένη με το Ν.Δ. 4017/59 ΦΕΚ 246 τ. Α' 1959 Ευρωπαϊκή Σύμβαση, εφόσον κατοικούν νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα. Επίσης, οι ομογενείς που διαθέτουν «Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς» δικαιούνται τα επιδόματα τυφλότητας και κωφλαλίας.

Προβλέπεται η παροχή επιδόματος μητρότητας σε γυναίκες, που ευρίσκονται νόμιμα στη χώρα και έχουν πιστοποιητικό οικονομικής αδυναμίας (Ν.Δ. 57/1973), επειδή αδυνατούν να αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα τις βασικές βιοτικές τους ανάγκες. Σύμφωνα με το άρθρο 2 της 103/82 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας, που κυρώθηκε με το Ν. 1302/82, κάθε άτομο που ανήκει στο γυναικείο φύλο ανεξάρτητα από ηλικία, ιθαγένεια, φυλή ή θρησκεία, εφόσον έχει άδεια νόμιμης παραμονής στη χώρα, δικαιούται να λάβει επίδομα μητρότητας. Προϋποτίθεται ότι είναι:

1. εργαζόμενες ανασφάλιστες που βρίσκονται σε κατάσταση μητρότητας και δεν έχουν δικαίωμα να αξιώσουν τις παροχές αυτές από ασφαλιστικό φορέα
2. μητέρες που έχουν οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα 587 €, σύμφωνα με το έγγραφο Π2Β/3904/96 του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας.

5.3 Ειδικές κατηγορίες αλλοδαπών

5.3.1 Οικονομικοί Μετανάστες

Migration is the oldest action against poverty. It selects those who most want help. It is good for the country to which they go; it helps break the equilibrium of poverty in the country from which they come. What is the perversity in the human soul that causes people to resist so obvious a good? J. K. Galbraith

Οικονομικός μετανάστης είναι κάποιος που εγκαταλείπει τη χώρα καταγωγής του, με τη θέληση του, συνήθως για οικονομικούς, επαγγελματικούς, προσωπικούς ή άλλους λόγους, προς αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης για τον ίδιο ή/και την οικογένειά του, και για μια ορισμένη χρονική περίοδο (συνήθως για τουλάχιστον ένα χρόνο). Υπάρχουν βέβαια και οικονομικοί μετανάστες που επιλέγουν να μείνουν μόνιμα σε μια ξένη χώρα. Όσον αφορά στην Ελλάδα, ο όρος χρησιμοποιείται μόνο για τους υπηκόους τρίτων χωρών, εξαιρώντας, για παράδειγμα, τους υπηκόους κρατών-μελών της Ε.Ε.

Οι μεταναστευτικές εισροές αποτελούν ένα διαρκές φαινόμενο. Ο μεγάλος αριθμός μεταναστών από τρίτες χώρες συνεπάγεται τόσο προκλήσεις όσο και ευκαιρίες για την ευρωπαϊκή κοινωνία. Σε περιόδους οικονομικής στασιμότητας και ανεργίας, όπως αυτή που διανύουμε, αποτελεί πολύ σοβαρό ζήτημα για τις εθνικές πολιτικές απασχόλησης και κοινωνικής πολιτικής αλλά και για τις πρωτοβουλίες σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Κατά τον Laszlo Andor, Ευρωπαϊό Επίτροπο Απασχόλησης, οι μετανάστες εκτός χωρών της ΕΕ είναι «σημαντική πηγή για την ανανέωση του ηλικιακού προφίλ του εργατικού δυναμικού και μπορεί να βοηθήσουν να περιοριστεί η έλλειψη εργατικού δυναμικού μακροπρόθεσμα.... Η Ευρωπαϊκή Ένωση προβλέπει ότι έως το 2015 θα υπάρχει έλλειψη 384.000-700.000 εργαζομένων στον τομέα της πληροφορικής και μεταξύ 1-2 εκατομμυρίων εργαζομένων στον τομέα της υγείας έως το 2020. «Είναι απίθανο να βρεθούν όλοι αυτοί εντός της Ένωσης».

Ενώ σύμφωνα με την Ευρωπαϊά Επίτροπο Εσωτερικών Υποθέσεων Cecilia Malmström «Οι μετανάστες είναι απαραίτητοι, δεδομένης μάλιστα της δημογραφικής εξέλιξης στις περισσότερες από τις χώρες μας». Η ίδια προσθέτει: «Υπολογίζεται ότι το 2030, χωρίς νέα μετανάστευση, ο ευρωπαϊκός πληθυσμός που είναι σε ηλικία να εργαστεί θα έχει

μειωθεί κατά 12%. Διευθυντές επιχειρήσεων μου λένε κάθε τόσο πόσο δυσκολεύονται να βρουν ειδικευμένους ανθρώπους - κι ας είναι η ανεργία σε τόσο υψηλά επίπεδα. Η Γερμανία χρειάζεται μηχανικούς. Μέχρι το 2020, ο τομέας της υγείας στην Ευρώπη θα χρειαστεί 2 εκατομμύρια ανθρώπους. Κι όμως, μια έκθεση του ΟΟΣΑ δείχνει ότι άνθρωποι που σκέπτονται να μεταναστεύσουν στρέφονται λιγότερο προς την Ευρώπη και περισσότερο προς τη Βραζιλία, τον Καναδά, την Αυστραλία, ή ακόμα την Αγκόλα και τη Μοζαμβίκη. Αυτό μπορεί να μας δημιουργήσει μακροπρόθεσμα μεγάλες δυσκολίες».

Το 2004 με αφορμή την έκδοση εγχειριδίου για την ένταξη των μεταναστών ο Jonathan Faull Γενικός Διευθυντής της Γ.Δ. Δικαιοσύνης, Ελευθερίας και Ασφάλειας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, έγραφε στον πρόλογο: «Η γήρανση του πληθυσμού και το δημογραφικό πρόβλημα καθιστούν πιθανή και ταυτόχρονα αναγκαία την είσοδο περισσότερων μεταναστών στην Ευρώπη κατά τα προσεχή έτη. Η ένταξη των μεταναστών έχει ζωτική σημασία για την κοινωνική συνοχή και την οικονομική ανάπτυξη. Για να τους επιτρέψουμε να αισθανθούν μέρος της κοινωνίας μας, πρέπει να τους εξασφαλίσουμε ισότιμη μεταχείριση, καθώς και τα κατάλληλα μέσα για την πλήρη συμμετοχή τους. Η ένταξη αποτελεί μια διαρκή, αμφίδρομη διεργασία που βασίζεται στα αμοιβαία δικαιώματα και υποχρεώσεις των μεταναστών και της κοινωνίας υποδοχής.

Για την υποστήριξη των κρατών-μελών της Ε.Ε. στην προσπάθειά τους για την ομαλή ένταξη των υπηκόων τρίτων χωρών στις ευρωπαϊκές κοινωνίες, συστάθηκε το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης Υπηκόων Τρίτων Χωρών στο πλαίσιο του προγράμματος της Ευρωπαϊκής Ένωσης «Αλληλεγγύη και Διαχείριση των Μεταναστευτικών Ροών» για τη περίοδο 2007-2013.

Οι οικονομικοί μετανάστες διακρίνονται σε αυτούς που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα και έχουν άδεια παραμονής και εργασίας (μετανάστες με τα απαραίτητα έγγραφα) και σε αυτούς που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα παράνομα, χωρίς άδεια παραμονής ή εργασίας σε ισχύ (μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα» ή «παράτυποι» μετανάστες).

Ο συνολικός αριθμός όσων βρίσκονται χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα σήμερα στην Ελλάδα και που συλλήβδην αποκαλούνται «λαθρομετανάστες», δεν είναι δυνατό να υπολογιστεί. Κάτι τέτοιο θα απαιτούσε μια σοβαρή και συντονισμένη προσπάθεια

καταγραφής και ταυτοποίησης. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι δεν αποτελούν μια ενιαία κατηγορία. Μέσα στο σύνολο των όσων έχουν εισέλθει και διαμένουν παράτυπα στη χώρα, υπάρχουν τελείως ξεχωριστές και διακριτές ομάδες προσώπων, που κάθε μια έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά, διαφορετικές ανάγκες, διαφορετικά δικαιώματα και, συνεπώς, δημιουργούνται διαφορετικές προοπτικές ή υποχρεώσεις για την Ελλάδα αναφορικά με τη μεταχείρισή τους. Ανάμεσα στους «χωρίς χαρτιά» υπάρχουν εξάλλου και αιτούντες άσυλο που δεν μπόρεσαν να υποβάλουν το σχετικό τους αίτημα (χαρακτηριστικό το παράδειγμα της περιορισμένης πρόσβασης στην Πέτρου Ράλλη), πρόσφυγες που δεν ζήτησαν άσυλο (μη εμπιστευόμενοι το προβληματικό σύστημα), ευάλωτες ομάδες όπως θύματα βασανιστηρίων, θύματα εμπορίας ανθρώπων ή ασυνόδευτα παιδιά, ή και μετανάστες που απώλεσαν τη νομιμότητα από διοικητικές ή γραφειοκρατικές αγκυλώσεις της ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής. Η ανομοιογένεια του στερούμενου νομιμοποιητικών εγγράφων μεταναστευτικού πληθυσμού, επιβάλλει την αναγκαιότητα καταγραφής και ταυτοποίησής του, γεγονός που απαιτεί μια συντονισμένη και συστηματική προσπάθεια, που δεν μπορεί να εξαντλείται σε εφαρμογή κατασταλακτικών μέτρων. Η καταγραφή αυτή αποτελεί το πρώτο βήμα, προκειμένου να εντοπιστούν τα άτομα που ανήκουν σε ξεχωριστές ομάδες και, στη συνέχεια, να αντιμετωπιστούν με διαφορετικές πολιτικές, με βάση τα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας (π.χ. διαφορετική προσέγγιση και μέτρα ανάλογα με το αν πρόκειται για μετανάστες που εξέπεσαν της νομιμότητας ή αδυνατούν να ρυθμίσουν τα της διαμονής τους λόγω ανελαστικών διοικητικών ρυθμίσεων και της ελληνικής γραφειοκρατίας, που έχουν ή αντίθετα δεν έχουν εργασιακούς ή άλλους βιοτικούς δεσμούς με τη χώρα, που έχουν ή όχι ορατές πιθανότητες κοινωνικής ένταξης, που μπορούν να απελαθούν ή των οποίων η απέλαση είναι προσωρινά ανέφικτη, που εμπλέκονται σε κυκλώματα εγκληματικότητας ή είναι θύματα των κυκλωμάτων κλπ.) Εξάλλου, μόνο τότε θα ήταν δυνατό να συνεκτιμηθούν μια σειρά παράγοντες, κριτήρια και προϋποθέσεις για την ενδεχόμενη εγκαθίδρυση ενός μηχανισμού προσωρινής τακτοποίησης και διαμονής, που θα επέτρεπε έξοδο από την αφάνεια και δημιουργία προοπτικών κοινωνικής ένταξης, ως συστατικό βελτίωσης του κλίματος ασφάλειας στις υποβαθμισμένες περιοχές της Αθήνας (με δεδομένο πως οι συνθήκες εξαθλίωσης, αποκλεισμού και περιθωριοποίησης αποτελούν τον καλύτερο σύμμαχο της παραβατικότητας). Για την αντιμετώπιση, βέβαια, των υπαρκτών και σύνθετων προβλημάτων ασφάλειας και δημόσιας τάξης, χρειάζονται παράλληλα μέτρα πάταξης των κυκλωμάτων εγκληματικότητας, σε συνδυασμό με παρεμβάσεις κοινωνικής

πολιτικής για την αναβάθμιση των βεβαρημένων περιοχών και ανακούφιση των κατοίκων τους.

Η ανεργία, επακόλουθο της οικονομικής κρίσης, έχει επιπτώσεις και σε μετανάστες που επί σειρά ετών ζούσαν και εργάζονταν στη χώρα μας αλλά οι οποίοι πλέον βρίσκονται σε αδυναμία να ανταποκριθούν στις προϋποθέσεις που απαιτούνται ώστε να μπορέσουν να διατηρήσουν το καθεστώς νόμιμης διαμονής των ιδίων και των μελών της οικογένειάς τους.

Ειδικότερα, η ανανέωση της άδειας διαμονής εξαρτημένης εργασίας γίνεται ολοένα δυσκολότερη λόγω μη συμπλήρωσης του απαιτούμενου αριθμού ημερομισθίων, που είναι αποτέλεσμα είτε της μη εύρεσης θέσης εργασίας είτε της ανασφάλιστης εργασίας. Σε περίπτωση που δεν ανανεωθεί η απαιτούμενη άδεια διαμονής τους, αναγκάζονται να επιστρέψουν στη χώρα προέλευσής τους με απόφαση που εκδίδει η αποκεντρωμένη διοίκηση. Η απόφαση προσδιορίζει συγκεκριμένη προθεσμία αναχώρησης και σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα ο ενδιαφερόμενος έχει προσωρινό δικαίωμα νόμιμης διαμονής και πρόσβασης στην εργασία, εφόσον αυτό προβλεπόταν από την άδεια διαμονής που κατείχε.

Επιπλέον, η νομοθεσία απαιτεί ως προϋπόθεση για την ανανέωση της άδειας να αποδείξει ο ενδιαφερόμενος ότι διαθέτει επαρκές εισόδημα. Όταν αυτό δεν είναι δυνατόν, ο αλλοδαπός δεν έχει τη δυνατότητα να ανανεώσει την άδεια διαμονής και μαζί με αυτόν τη χάνουν και τα μέλη της οικογένειάς του.

Αλλοδαποί οι οποίοι ευρίσκονται παράνομα στην Ελλάδα, στερούνται ασφαλιστικών δικαιωμάτων, δεν γίνονται δεκτοί σε νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές και δεν έχουν δυνατότητα παροχής ιατροφαρμακευτικής στήριξης.

Για την κοινωνική ασφάλιση των μη νόμιμων αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών υπάρχει διάταξη στο νόμο 2910/2001 (άρθρο 51, §1) σύμφωνα με την οποία «τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο ελληνικό έδαφος, αν δεν είναι κάτοχος άδειας παραμονής ή δεν έχει θεώρηση εισόδου ή γενικά δεν αποδεικνύει ότι παραμένει νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία». Στην παραπάνω διάταξη προβλέπεται ότι εξαιρούνται και τα ανήλικα παιδιά.

Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι διευθυντές των κλινικών και θεραπευτηρίων υποχρεούνται να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και αναχώρηση αλλοδαπών, που νοσηλεύονται στα ιδρύματα αυτά (Ν. 2910 άρθρο 54). Όσοι παραβαίνουν τις διατάξεις αυτές, διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα για παράβαση καθήκοντος.

Αξίζει εδώ να αναφερθούν ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα απόφασης γαλλικού δικαστηρίου: Στη Γαλλία λοιπόν, μία από τις πλέον εθνοκεντρικές χώρες της Ευρώπης, το Συνταγματικό Συμβούλιο ανέτρεψε το 1990 την μέχρι τότε νομολογία του.

Με την απόφαση C.C. 89-289 “Κοινωνική ασφάλεια και υγεία” της 22/1/1990 το Δικαστήριο έκρινε ότι φορείς του δικαιώματος στην υγεία είναι και οι ξένοι, ακόμα και εάν βρίσκονται παράνομα στο γαλλικό έδαφος. Η γενναία τούτη απόφαση βρήκε τη συνέχεια της, σε ότι αφορά την κοινωνική ασφάλιση, στην απόφαση για τον “Έλεγχο της Μετανάστευσης”, C.C. 93-325 της 13-8-93. Στο εξής, η ισότητα μεταξύ Γάλλων και αλλοδαπών είναι ο κανόνας. Τυχόν δε κατ’ εξαίρεση διακρίσεις πρέπει να είναι πλήρως αιτιολογημένες και να στηρίζονται σε επαρκή λόγο δημόσιου συμφέροντος και σε ειδική αντίθετη συνταγματική διάταξη.

Συνεπώς, τα θεμελιώδη δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, συναρτώνται τόσο στενά με την προστασία της ανθρώπινης αξίας, ώστε να είναι αδιανόητη η άρνησή τους σε οποιοδήποτε ανθρώπινο ον, ανεξάρτητα από την νομιμότητα της εισόδου του στην επικράτεια.

Εξακολουθούν, πάντως, να υπάρχουν νομοθετικά κενά για τους αλλοδαπούς χωρίς άδεια παραμονής, οι οποίοι, όμως, έχουν καταθέσει αίτηση για ανανέωση άδειας, καθώς και τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους. Αλλοδαποί χωρίς άδεια παραμονής, μεταξύ άλλων, δεν μπορούν να εκδώσουν ή να ανανεώσουν βιβλιάρια υγείας για τους ίδιους ή τα προστατευόμενα μέλη τους και να λάβουν τις παροχές ή τα επιδόματα που δικαιούνται, μέχρι την έκδοση της νέας άδειας. Στη δεύτερη περίπτωση, ενώ η άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρο 37 §4α του Ν. 2910/2001) χορηγείται, κυρίως, όταν υπάρχουν σοβαροί λόγοι υγείας του αιτούντος, δεν προβλέπεται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Επιβάλλεται η πρόβλεψη αυτή και για λόγους ίσης μεταχείρισης με τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους

(Π.Δ. 61/1999, άρθρο 8 §3), που χορηγείται σε αλλοδαπούς των οποίων η αίτηση ασύλου έχει απορριφθεί.

Θα πρέπει, εξάλλου να τονιστεί πως όλα τα ανήλικα παιδιά δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από τον επείγοντα ή μη χαρακτήρα του περιστατικού, είτε διαθέτουν είτε όχι νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής (α.84 παρ.1 εδ. ά Ν.3386/2005).

Ο ν. 4075/2012 περιλαμβάνει διατάξεις για την υπαγωγή μιας σειράς αλλοδαπών στην κατηγορία αυτών που μπορούν να τεθούν υπό διοικητική κράτηση ή να απελαθούν, επειδή αποτελούν «κίνδυνο για τη δημόσια υγεία»

Οι σχετικές διατάξεις, αιτιολογήθηκαν ως αναγκαίες «για την προστασία της δημόσιας υγείας, από τους κινδύνους που εγκυμονούν λόγω της ανεξέλεγκτης ροής παράνομων μεταναστών στα κέντρα των πόλεων.

Καταρχήν, γεννώνται σοβαρά ερωτηματικά ως προς τη συμβατότητα των διατάξεων με τις διεθνείς συμβάσεις αλλά και το Σύνταγμα, λόγω της υποχρεωτικής εξέτασης και θεραπείας ατόμων, στη βάση μιας εικαζόμενης επικινδυνότητας και όχι πραγματικών περιστατικών.

Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι προστίθενται λόγοι, στους ήδη υφιστάμενους, για τους οποίους μπορεί να τεθούν σε διοικητική κράτηση αιτούντες άσυλο, καθώς και να διαταχθεί η απέλαση ενός αλλοδαπού (που μπορεί, κατά τα άλλα, να έχει απολύτως νόμιμη διαμονή στην Ελλάδα). Και στις δυο περιπτώσεις, τα μέτρα επιβάλλονται εάν θεωρηθεί ότι ο υπήκοος τρίτης χώρας συνιστά «κίνδυνο για τη δημόσια υγεία». Για να στοιχειοθετηθεί δε η επικινδυνότητα αυτή, αρκεί να θεωρηθεί ότι ανήκει σε ομάδες ευάλωτες σε λοιμώδεις ασθένειες, «αδίκως λόγω της χώρας προέλευσης, ή της χρήσης ενδοφλέβιων μη σύννομων ουσιών, ή του ότι είναι εκδιδόμενο πρόσωπο, ή του ότι διαμένει υπό συνθήκες που δεν πληρούν τους στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής».

Είναι φανερό ότι η παραπάνω στοιχειοθέτηση του «κινδύνου για τη δημόσια υγεία», με βάση την εθνικότητα ή την ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, που με τη σειρά της συνεπάγεται επαχθή μέτρα, εναπόκειται στην κρίση του αστυνομικού οργάνου που προβαίνει σε συλλήψεις ή αυτού που τις παραγγέλλει. Αυτό που θα έχει πολλαπλάσιο όφελος για τη δημόσια υγεία, είναι η καταγραφή και ο εντοπισμός των ατόμων με ειδικές ανάγκες περίθαλψης, καθώς και η διεξαγωγή του απαραίτητου ιατρικού ελέγχου

για τους παράτυπα νεο-εισερχόμενους αλλοδαπούς κατά τη στιγμή της άφιξής τους στην Ελλάδα. Επίσης, η θέσπιση ελαστικών προϋποθέσεων για την πρόσβαση στις απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις ακόμα και για πρόσωπα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, αντί των απαγορεύσεων και περιορισμών που ισχύουν σήμερα.

Προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

Σημαντικός παράγοντας που δύναται να περιορίσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στην περίθαλψη είναι η συνεπαγόμενη υψηλή ιδιωτική οικονομική δαπάνη (out-of-pocket payments). Τα ποσοστά των ανασφάλιστων μεταναστών παραμένουν υψηλά ακόμα και για αυτούς που έχουν καταφέρει να νομιμοποιήσουν το καθεστώς παραμονής τους. Οι ανασφάλιστοι πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι ολόκληρο το ποσό της περίθαλψης, προκαταβάλλοντας το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας. Το κόστος αυτό όμως μπορεί να είναι πολύ υψηλό για αρκετούς μετανάστες οι οποίοι ταυτόχρονα δεν δικαιούνται του βιβλιαρίου οικονομικής απορίας και αδυνατούν οικονομικά να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Είναι επομένως πιθανό πολλοί από τους μετανάστες να μην είναι σε θέση «να αντιμετωπίσουν το κόστος μιας έκτακτης ανασφάλειας όπως τα προβλήματα υγείας». Την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνουν συνεπώς, το καθεστώς εργασίας πολλών μεταναστών στην «άτυπη» οικονομία που έχει ως συνέπεια να παραμένουν ανασφάλιστοι, τα χαμηλά εισοδήματα των μεταναστών, καθώς και η ιδιαιτερότητα του συστήματος καταβολής «άτυπων αμοιβών» στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως οι αιτούντες άσυλο ή οι πρόσφυγες αποτελεί συχνά σημαντικό εμπόδιο στην προσβασιμότητα τους σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης, οι μεγάλες καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανέωση αδειών παραμονής ή την έκδοση των ειδικών δελτίων του αιτούντος άσυλο αλλοδαπού, έχουν ως συνέπεια την παρεμπόδιση της πρόσβασης πολλών μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Άλλωστε την πρόσβαση στο σύστημα υγείας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές και άλλα χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας που επηρεάζουν αρνητικά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Εμπόδια στην επικοινωνία, όπως η αντικειμενική δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με το ιατρικό προσωπικό λόγω της ελλιπούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας αλλά και η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, επηρεάζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών σε υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η παντελής απουσία διερμηνέων στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και στα κέντρα διοικητικής κράτησης και σε άλλες δομές που απευθύνονται σε μετανάστες περιορίζει τη δυνατότητα του ιατρικού προσωπικού να διασφαλίσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει σε αλλοδαπούς.

Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνογνωσίας και εξειδικευμένων δομών (π.χ. διερμηνέων, διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, ενημερωτικών φυλλαδίων σε γλώσσες διαφόρων εθνικοτήτων) έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή ενημέρωση των μεταναστών, προσφύγων και αιτούντων άσυλο σχετικά με τα δικαιώματά και τις υποχρεώσεις τους και τις σχετικές διαδικασίες για τη διεκδίκηση δικαιωμάτων που απευθύνονται και σε αυτούς.

Σε μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου που δημοσιεύτηκε το 2007, φαίνεται ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Τα στοιχεία για την Ελλάδα αφορούσαν 112 ανθρώπους που επισκέφθηκαν τις δύο πολυκλινικές των Γιατρών του Κόσμου σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Σε ερώτηση αναφορικά με την ενημέρωση για τις υπηρεσίες ελέγχου για τον ιό HIV, το 83,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν έχουν γνώση του δικαιώματος χρήσης αυτών των υπηρεσιών. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με τις υπόλοιπες 8 χώρες της μελέτης. «Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως απόρροια της άρνησης του δικαιώματος στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που κατά μεγάλο μέρος αφορά τους μετανάστες χωρίς χαρτιά: ο γενικός κανόνας είναι ότι δεν έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη, επομένως οι εξαιρέσεις σε αυτόν τον κανόνα (στην προκειμένη περίπτωση, η πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες ελέγχου για HIV) είναι, δυστυχώς εύλογα, ελάχιστα γνωστές». Αντίστοιχα είναι τα συμπεράσματα μελέτης του 2006 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής «Equality in Health: Greek National Report» όπου διαπιστώνεται το έλλειμμα πληροφόρησης και η άγνοια των μεταναστών και προσφύγων σχετικά με τα δικαιώματά τους.

Παράλληλα η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού και δομών δεν διευκολύνει το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό να ανταπεξέλθει στις ιδιαίτερες ανάγκες των

αλλοδαπών ασθενών που προκύπτουν λόγω της γλώσσας, της διαφορετικής κουλτούρας αλλά και ψυχοκοινωνικών δεδομένων που τους χαρακτηρίζουν. Είναι γεγονός ότι οι μετανάστες και ιδιαίτερα οι πρόσφυγες είναι ευάλωτες ομάδες ψυχοκοινωνικά καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τραυματικές εμπειρίες πριν αλλά και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και στη συνέχεια κατά τη βίαιη προσαρμογή τους σε ένα καινούριο περιβάλλον όπου αισθάνονται ξένοι. Έχουν επίσης να αντιμετωπίσουν την κοινωνική απαξίωση, τη φτώχεια, ανασφάλεια και φόβο σχετικά με το καθεστώς παραμονής τους αλλά συχνά και ρατσιστικές συμπεριφορές. Η διαφορετική πολιτισμική καταβολή και η άγνοια των λειτουργιών υγείας για πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενή (π.χ. άρνηση μουσουλμάνας γυναίκας να εξετασθεί από άντρα γιατρό) επίσης μπορεί να περιορίσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα ψυχικής υγείας.

Τέλος, περιπτώσεις κακομεταχείρισης αλλοδαπών από γιατρούς και νοσοκομειακό προσωπικό είναι μάλλον σπάνια και μεμονωμένα περιστατικά. Τα στοιχεία από την έρευνα με ερωτηματολόγια σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό νοσοκομείων της Αττικής, στα πλαίσια της μελέτης «Equality in Health: Greek National Report» παρουσιάζουν επίσης ενδιαφέρον. Έτσι, μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών που μπορούν να οδηγήσουν σε διάκριση η δημοφιλέστερη απάντηση είναι η φυλή ή εθνικότητα με ποσοστό 58,7%. Επίσης σε ποσοστό περίπου 20% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι δεν θεωρούν απαραίτητο οι γυναίκες ασθενείς που τους το επιβάλλει η κουλτούρα ή η θρησκεία τους να εξετάζονται από γυναίκες γιατρούς. Τέλος, το 41,5% υποστηρίζει ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες καταχρώνται το σύστημα κοινωνικών παροχών.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν εν δυνάμει εμπόδια που περιορίζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν τυπικά δικαιούνται την πρόσβαση. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου η προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνεται παρόλο που τυπικά διαπιστώνεται άρνηση πρόσβασης. Η παρατυπία πράγματι φαίνεται να χαρακτηρίζει τις οδούς πρόσβασης των μεταναστών στην περίθαλψη εκτός αλλά και εντός του ΕΣΥ.

Έτσι συχνά είναι τα παραδείγματα όπου μετανάστες "χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα" εξυπηρετούνται από τις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς οι λειτουργοί υγείας αγνοώντας το "γράμμα του νόμου" διευκολύνουν την πρόσβαση των άτυπων

μεταναστών στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Έτσι μια μάλλον κοινή στρατηγική μεταξύ των μεταναστών "χωρίς χαρτιά" που έχουν ανάγκη πρόσβασης σε νοσοκομείο είναι να χρησιμοποιούν τα επείγοντα. Σημαντικός είναι ο ρόλος υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων αλλά και μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) που παρέχουν δωρεάν πρωτοβάθμια υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη σε μετανάστες που δεν έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ. Διευκολύνουν επίσης την πρόσβαση των εξυπηρετούμενων μεταναστών στα Νοσοκομεία για εξειδικευμένες εξετάσεις ή νοσηλεία μέσω της χρήσης ενός άτυπου δικτύου παραπομπών.

Παρά τα πολλά παραδείγματα ανεπίσημης βοήθειας από δίκτυα υποστήριξης, ΜΚΟ, γιατρούς και διοικητικούς υπαλλήλους σε δημόσια νοσοκομεία, καθώς ακόμα και στον ιδιωτικό τομέα, η κατά περίπτωση χρήση άτυπων πρακτικών δεν εγγυάται την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Πολλά είναι και τα παραδείγματα αδυναμίας των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» να εξασφαλίσουν το απαιτούμενο επίπεδο ιατρικής φροντίδας ιδιαίτερα στις περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων. Επιπλέον, η χρήση των επειγόντων περιστατικών δεν προσφέρει τη δυνατότητα παρακολούθησης των περιστατικών και δεν επιλύει το ζήτημα της φαρμακευτικής κάλυψης ασθενών που αδυνατούν οικονομικά να ανταπεξέλθουν στο κόστος. Οι συνέπειες για τη δημόσια υγεία στην περίπτωση λοιμωδών νοσημάτων θα πρέπει σε αυτή την περίπτωση να συνεκτιμηθούν.

Είναι επίσης πιθανό οι άτυποι μετανάστες λόγω φόβου, επιφυλακτικότητας και ανασφάλειας να μην αναζητούν φροντίδα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρά μόνο όταν η κατάσταση της υγείας τους χειροτερεύσει, οπότε και το κόστος περίθαλψης είναι τελικά υψηλότερο.

Οι συνέπειες της περιορισμένης πρόσβασης μίας μεγάλης μερίδας των κατοίκων της χώρας στο σύστημα υγείας μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα δυσμενείς για την υγεία των ίδιων των μεταναστών αλλά και για τη δημόσια υγεία γενικότερα. Το κόστος αυτό θα πρέπει να αξιολογηθεί όπως θα πρέπει να αποτιμηθεί και η επιπλέον πραγματική επιβάρυνση για το σύστημα υγείας στην περίπτωση διεύρυνσης του δικαιώματος πρόσβασης των άτυπων μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Εδώ θα πρέπει να τονισθεί η έλλειψη στατιστικών για τη χρήση του συστήματος υγείας και πρόνοιας από τους αλλοδαπούς καθώς ούτε τα ασφαλιστικά ταμεία ούτε τα νοσοκομεία καταγράφουν συστηματικά και με τρόπο αξιόπιστο τέτοια δεδομένα.

Στην Ελλάδα ελάχιστα είναι τα παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχουν ενταχθεί ακόμη πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης και δεν παρέχονται πληροφορίες σε άλλες γλώσσες εκτός της Ελληνικής αλλά ούτε και η δυνατότητα διερμηνείας.

Το κενό επιχειρούν να καλύψουν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που παρέχουν περίθαλψη και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες «χωρίς έγγραφα», πρόσφυγες και μειονότητες. Οι Γιατροί του Κόσμου, η PRAKSIS, το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, και οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα, συμβουλευτική για ζητήματα υγείας, πρόνοιας και ένταξης και υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης, κυρίως σε μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» και αιτούντες άσυλο οι οποίοι τελούν υπό καθεστώς απέλασης.

Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες υποστηρίζει πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο έχοντας ως σκοπό να διευκολύνει την ανεξαρτητοποίηση και την ένταξή τους στην Ελλάδα. Η κοινωνική υπηρεσία Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες παρεμβαίνει σε φορείς και υπηρεσίες προς όφελος του πρόσφυγα (π.χ. θέματα υγείας, συνοδεία σε νοσοκομεία), παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και υλική αρωγή (επιδόματα, τρόφιμα, παραπομπή για σίτιση). Επίσης, εξυπηρετεί πρόσφυγες κατά την άφιξή τους στην Ελλάδα, κυρίως σε θέματα στέγασης.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες και πρόσφυγες και υλοποιεί προγράμματα για την κοινωνική ένταξη αιτούντων άσυλο και προσφύγων (προώθηση στην απασχόληση, διαμεσολάβηση με κρατικές ή άλλες υπηρεσίες κλπ) σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων.

Η μη κυβερνητική οργάνωση Κλίμακα υλοποιεί πρόγραμμα στήριξης αλλοδαπών γυναικών θυμάτων βίας, διακίνησης και σωματεμπορίας μέσω της δραστηριότητας ενός καταφυγίου, δυναμικότητας 12 ατόμων. Υλοποιεί επίσης προγράμματα «παρέμβασης στο δρόμο» (street work) για τον εντοπισμό και την καταγραφή των αστέγων και των προβλημάτων τους, μεταξύ των οποίων βρίσκονται μετανάστες και πρόσφυγες.

Άλλες πρωτοβουλίες, μετά το 2000, αφορούν προγράμματα ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα «Ψυχαδέλφεια» και «Ψυχαργός», υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, προβλέπουν την ίδρυση και υποστήριξη δομών παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής

υποστήριξης σε ευπαθείς ομάδες. Ειδικότερα στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργούν Κέντρα Ημέρας όπου παρέχονται ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες μεταξύ άλλων ευπαθών ομάδων και σε μετανάστες και πρόσφυγες.

Από τα τέλη του 2007 η ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης « Συν-ειρμός», στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ, στο κέντρο της Αθήνας, το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε μετανάστες και έχει ως στόχο την ενεργητική προσέγγιση των μεταναστών, είτε αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είτε βιώνουν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση-εκδήλωση αυτών των προβλημάτων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ περιλαμβάνουν διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικών διαταραχών, εξατομικευμένη συνοδεία, συμβουλευτική ατόμων, οικογενειών, ομάδων, οργανισμών, ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας και ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των αρμόδιων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, κοινωνιολόγους και νοσηλευτές σε συνεργασία με διερμηνείς - πολιτισμικούς διαμεσολαβητές. Τους πρώτους 10 μήνες του 2008, στη Βαβέλ είχαν εξυπηρετηθεί 197 άτομα, από τα οποία τα 87 ήταν μετανάστες με άδεια παραμονής.

Επίσης, το Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο εξυπηρετώντας μετανάστες δύο φορές την εβδομάδα, με τη βοήθεια μεταφραστών. Εκεί παρακολουθούνται και παράτυποι μετανάστες στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ υπό ειδικές περιστάσεις είναι δυνατή και η νοσηλεία τους στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Η μεγάλη πλειοψηφία των μεταναστών όμως δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από τις προαναφερθείσες δομές και προγράμματα, καθώς οι δυνατότητες αυτών των πρωτοβουλιών δεν είναι ικανές να αντεπεξέλθουν σε μεγάλους αριθμούς εξυπηρετούμενων. Για αυτό το λόγο, ενώ τέτοιες προσπάθειες, εναλλακτικές του ΕΣΥ, πρέπει βεβαίως, να εμψυχωθούν και να στηριχθούν, δεν μπορούν ωστόσο σε καμία περίπτωση να το υποκαταστήσουν. Υπάρχει ανάγκη για συντονισμένα μέτρα ώστε να διευρυνθεί η πρόσβαση των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, να καταπολεμηθεί η γραφειοκρατία, να διαχυθεί η πολιτισμική ευαισθησία στους λειτουργούς υγείας, να εκπαιδευτεί ένα πληροφορημένο και με γλωσσικές δεξιότητες προσωπικό και να εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα της ενημέρωσης γύρω από ζητήματα υγείας.

Παρά τα πολλά κενά και τα επίμονα προβλήματα, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποια βήματα σε όρους έρευνας αλλά και πολιτικής. Το Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, το Εθνικό Κέντρο Ερευνών, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας αλλά και ερευνητικά κέντρα ακαδημαϊκών ιδρυμάτων, όπως το Παρατηρητήριο για τη Μετανάστευση στη Μεσόγειο και το Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου, αλλά και το Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΣΕ-ΑΔΕΔΥ, έχουν υλοποιήσει μελέτες για διάφορες θεματικές του μεταναστευτικού ζητήματος μεταξύ των οποίων και για την υγεία των μεταναστών. Επίσης σταδιακά εμπλουτίζεται και η βιβλιογραφία που διερευνά το επίπεδο υγείας των μεταναστών.

Με την υιοθέτηση του νόμου 3304/2005 η ελληνική νομοθεσία εναρμονίστηκε με το ευρωπαϊκό δίκαιο στα θέματα διακρίσεων και ίσης μεταχείρισης. Στα πλαίσια αυτής της εναρμόνισης προβλέπεται η ανάθεση της υπεράσπισης της αρχής της ίσης μεταχείρισης σε θεσμικά όργανα όπως ο Συνήγορος του Πολίτη, η Επιτροπή για την Ίση Μεταχείριση του Υπουργείου Δικαιοσύνης και στον τομέα της απασχόλησης και εργασίας το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας.

Παρ' όλα αυτά, πολλά θέματα που αφορούν την υγεία και την κοινωνική προστασία των μεταναστών - όπως η πρόσβαση των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» στο σύστημα υγείας, η ιατρική εκτίμηση, κατά την υποδοχή των μεταναστών και αιτούντων άσυλο, η μέριμνα για τους ασυνόδευτους ανηλίκους - παραμένουν ιδιαίτερα πιεστικά και για την αντιμετώπισή τους απαιτείται η υιοθέτηση μέτρων στα πλαίσια μιας συντονισμένης μεταναστευτικής πολιτικής.

5.3.2 Πρόσφυγες-Αιτούντες Άσυλο

«Κάθε άτομο που καταδιώκεται έχει το δικαίωμα να ζητά άσυλο και να του παρέχεται άσυλο σε άλλες χώρες.» Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Η Σύμβαση της Γενεύης (1951) του ΟΗΕ για το καθεστώς των Προσφύγων είναι το βασικό νομικό κείμενο που ορίζει ποιος είναι πρόσφυγας, τα δικαιώματά τους και τις υποχρεώσεις των κρατών απέναντί τους. Σύμφωνα με το άρθρο 1 της Σύμβασης, πρόσφυγες είναι όσοι βρίσκονται εκτός της χώρας καταγωγής ή συνήθους διαμονής τους, και έχουν δικαιολογημένο φόβο δίωξης για λόγους φυλετικούς, θρησκευτικούς, εθνικής καταγωγής, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται εκτός της χώρας της οποίας έχει την ιθαγένεια και δεν μπορεί ή, εξαιτίας αυτού του φόβου, δεν επιθυμεί να απολαμβάνει της προστασίας της χώρας

αυτής. Πρόσφυγες θεωρούνται επίσης γενικά οι άνθρωποι που τρέπονται σε φυγή εξαιτίας συρράξεων ή γενικευμένης βίας – αν και κάποιες φορές βάσει άλλων νομικών μηχανισμών, πέραν της Σύμβασης του 1951. Άνθρωποι που συνεχίζουν την ένοπλη δράση από τη χώρα ασύλου, που έχουν συμμετάσχει σε εγκλήματα πολέμου και παραβιάσεις του διεθνούς ανθρωπιστικού δικαίου και του διεθνούς δικαίου των δικαιωμάτων του ανθρώπου, καθώς και σε τρομοκρατικές ενέργειες, αποκλείονται ρητά από την προστασία που δικαιούνται οι πρόσφυγες.

Συναφείς με την έννοια του όρου «πρόσφυγας», είναι οι όροι του «Διαμένοντος υπό το καθεστώς επικουρικής προστασίας» και του «Διαμένοντος για ανθρωπιστικούς λόγους».

Διαμένων υπό το καθεστώς επικουρικής προστασίας είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας ή ο ανιθαγενής που δεν πληροί τις προϋποθέσεις για να του αναγνωρισθεί η ιδιότητα του πρόσφυγα αλλά στο πρόσωπό του συντρέχουν ουσιώδεις λόγοι από τους οποίους προκύπτει ότι αν επιστρέψει στη χώρα της καταγωγής του ή, στην περίπτωση ανιθαγενούς, στη χώρα της προηγούμενης συνήθους διαμονής του, κινδυνεύει να υποστεί σοβαρή βλάβη που δεν μπορεί ή λόγω του κινδύνου αυτού δεν επιθυμεί να θέσει τον εαυτό του υπό την προστασία της εν λόγω χώρας.

Πιο συγκεκριμένα:

Επικουρική προστασία δικαιούνται τα πρόσωπα τα οποία έχουν υποστεί ή κινδυνεύουν να υποστούν σοβαρή βλάβη.

Η σοβαρή βλάβη συνίσταται σε:

- θανατική ποινή ή εκτέλεση
- βασανιστήρια ή απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία του αιτούντος στη χώρα καταγωγής του
- σοβαρή προσωπική απειλή κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας αμάχου λόγω βίας ασκούμενης αδιακρίτως σε καταστάσεις διεθνούς ή εσωτερικής ένοπλης σύρραξης.

Διαμένων στην Ελλάδα για ανθρωπιστικούς λόγους είναι το πρόσωπο, υπήκοος τρίτης χώρας ο οποίος έχει υποβάλει αίτηση ασύλου στη χώρα, το αίτημα του απορρίφθηκε οριστικά, δηλαδή δεν του χορηγήθηκε η προσφυγική ιδιότητα αλλά η παραμονή του εγκρίθηκε για ανθρωπιστικούς λόγους, λαμβάνοντας υπόψη ιδίως την αντικειμενική αδυναμία απομάκρυνσης ή επιστροφής του αλλοδαπού στη χώρα καταγωγής ή

συνήθους διαμονής του για λόγους ανωτέρας βίας (πχ σοβαροί λόγοι υγείας του ιδίου ή μέλους της οικογένειάς του).

Οι αναγνωρισμένοι αλλοδαποί πολιτικοί πρόσφυγες απολαμβάνουν όλων των παροχών που απολαμβάνουν και οι Έλληνες πολίτες, με τους οποίους εξομοιώνονται ως προς τα δικαιώματα σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης. Συνεπώς, έχουν δικαιώματα πρόσβασης στις παροχές υγείας, ίδια με αυτά των Ελλήνων πολιτών.

Το Προεδρικό Διάταγμα 668/18.5.2005 προβλέπει τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων που δεν είναι ασφαλισμένοι ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν οι ίδιοι τα έξοδα. Για να έχουν δικαίωμα στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι μεν αιτούντες άσυλο πρέπει να έχουν στην κατοχή τους ειδικό δελτίο αιτούντος άσυλο, οι δε πρόσφυγες πρέπει να διαθέτουν το δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα.

Σύμφωνα με το Π.Δ. 266/1999, τα ίδια ισχύουν και για τους αλλοδαπούς των οποίων η παραμονή στην Ελλάδα έχει εγκριθεί για ανθρωπιστικούς λόγους ή έχει οριστεί σε αυτούς προθεσμία η οποία δεν έχει εκπνεύσει ακόμα, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Π.Δ. 61/1999, οι οποίοι πρέπει να κατέχουν το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

Η περίθαλψη περιλαμβάνει:

- Εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των κρατικών περιφερειακών ιατρείων και διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων
- Παροχή φαρμάκων με συνταγή ιατρού υπηρετούντος στα ιδρύματα του προηγούμενου εδαφίου, θεωρημένη από το Διευθυντή της κλινικής
- Νοσηλεία σε κλίνη της Γ' θέσεως των κρατικών νοσοκομείων

Για την παροχή της περίθαλψης απαιτούνται τα εξής κατά περίπτωση δικαιολογητικά:

- Δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα
- Δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού (Οι αιτούντες άσυλο που δεν έχουν εφοδιαστεί με το ειδικό δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού λαμβάνουν επίσης δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη βάσει εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας, 2/2/2005).
- Ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού

Τα βασικά επιδόματα που μπορούν να διεκδικήσουν οι δικαιούχοι από την Περιφέρεια στην οποία ανήκουν είναι τα παρακάτω:

- Διατροφικό επίδομα νεφροπαθών
- Διατροφικό επίδομα μεταμοσχευμένων νεφροπαθών
- Επίδομα ενίσχυσης κωφών ατόμων
- Επίδομα παραπληγίας –τετραπληγίας ασφαλισμένων του Δημοσίου / ΝΠΔΔ / ΟΤΑ
- Επίδομα ατόμων προσβληθέντων από τη νόσο του Χάνσεν

Επίδομα βαριάς νοητικής καθυστέρησης (Δείκτης Νοημοσύνης κάτω από 30)

- Επίδομα τυφλότητας
- Επίδομα βαριάς αναπηρίας (για όσους δεν μπορούν να ενταχθούν στα άλλα προγράμματα και έχουν ποσοστό αναπηρίας 67%)
- Επίδομα καυσίμων (για όσους είναι κινητικά ανάπηροι και διαθέτουν αναπηρικό αυτοκίνητο)
- Επίδομα Μεσογειακής Αναιμίας – Αιμολυτικής Αναιμίας – Αιμορροφιλίας - AIDS
- Επίδομα παραπληγίας – τετραπληγίας ανασφαλιστών
- Επίδομα εγκεφαλικής παράλυσης
- Έκτακτη οικονομική ενίσχυση (ισχύει για όλους τους πολίτες που αντιμετωπίζουν έκτακτες σοβαρές ανάγκες)
- Χορήγηση στεγαστικής συνδρομής (ισχύει για όλους τους πολίτες που αντιμετωπίζουν ανάλογες δυσκολίες)

Αιτών άσυλο είναι το άτομο που δηλώνει ότι είναι πρόσφυγας, αλλά ο ισχυρισμός του δεν έχει ακόμη οριστικά αξιολογηθεί. Τα εθνικά συστήματα ασύλου είναι αυτά που αποφασίζουν ποιοι από τους αιτούντες άσυλο δικαιούνται διεθνή προστασία. Όσοι κρίνονται, μέσω των κατάλληλων διαδικασιών, ότι δεν είναι πρόσφυγες ούτε έχουν ανάγκη οποιαδήποτε άλλη μορφή διεθνούς προστασίας, μπορούν να σταλούν πίσω στην πατρίδα τους. Εδώ πρέπει να τονιστεί, ότι η αποτελεσματικότητα του συστήματος ασύλου είναι καθοριστικής σημασίας. Αν το σύστημα ασύλου είναι και γρήγορο και

δίκαιο, τότε οι άνθρωποι που γνωρίζουν πως δεν είναι πρόσφυγες έχουν πολύ λίγα κίνητρα να ζητήσουν άσυλο, γεγονός που ωφελεί τελικά τόσο τη χώρα υποδοχής όσο και τους πρόσφυγες, για τους οποίους προορίζεται το σύστημα.

Ο Κανονισμός του Δουβλίνου, που είναι μέρος της πολιτικής της ΕΕ για το άσυλο, στοχεύει να προσδιορίζει ποιο κράτος-μέλος είναι υπεύθυνο για ένα αίτημα ασύλου που υποβάλλεται μέσα στην ΕΕ (και σε μερικές άλλες ευρωπαϊκές χώρες για τις οποίες επίσης εφαρμόζεται ο Κανονισμός). Συνήθως απαιτεί οι αιτούντες άσυλο να επιστρέφονται στην πρώτη χώρα στην οποία εισήλθαν φτάνοντας στην ΕΕ. Ο Κανονισμός βασίζεται στην υπόθεση ότι όλα τα κράτη- μέλη διαθέτουν ισοδύναμα πρότυπα προστασίας, κάτι που δεν ισχύει στην πράξη. Μέχρι και το 2011, τα περισσότερα κράτη- μέλη της ΕΕ και οι άλλες χώρες που συμμετέχουν στο σύστημα του Δουβλίνου επέστρεφαν αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα, αντί να διεκπεραιώνουν τα αιτήματά τους για διεθνή προστασία. Το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός αιτούντων άσυλο στην ΕΕ και τις άλλες χώρες του συστήματος του Δουβλίνου είχαν εισέλθει στην ΕΕ μέσω Ελλάδας σήμαινε ότι πολύ μεγάλος αριθμός αιτούντων άσυλο επιστρέφονταν αναγκαστικά σε αυτήν τη χώρα χωρίς να έχουν εξεταστεί οι αιτήσεις τους, κάτι το οποίο, με τη σειρά του, όξυνε τις ήδη πολύ άσχημες συνθήκες για τους αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα. Αυτό ήταν το υπόβαθρο της δικαστικής απόφασης-ορόσημο στην υπόθεση M.S.S. κατά Βελγίου και Ελλάδας τον Ιανουάριο του 2011, στην οποία το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αποφάνθηκε ότι η Ελλάδα δεν διέθετε αποτελεσματικό σύστημα ασύλου. Τα πορίσματα του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων επιβεβαιώθηκαν τον Δεκέμβριο του 2011 από το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην απόφαση N.S. και Άλλοι κατά Ηνωμένου Βασιλείου. Εν όψει αυτών των αποφάσεων, πολλές χώρες που συμμετέχουν στο σύστημα του Δουβλίνου έχουν σταματήσει την επιστροφή αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα. Πρέπει να εξακολουθήσουν να πράττουν το ίδιο. Παρά τη διεθνή καταδίκη, η πρόοδος της Ελλάδας προς την καθιέρωση ενός δίκαιου και αποτελεσματικού συστήματος ασύλου υπήρξε περιορισμένη.

Στη διάρκεια μαζικών μετακινήσεων προσφύγων (συνήθως ως αποτέλεσμα συρράξεων ή γενικευμένης βίας, σε αντίθεση με την ατομική δίωξη), δεν υπάρχει –και δεν θα υπάρξει ποτέ– δυνατότητα πραγματοποίησης προσωπικών συνεντεύξεων με όλους όσους έχουν διασχίσει τα σύνορα. Ούτε είναι πάντα απαραίτητο, αφού σε τέτοιες περιπτώσεις ο λόγος για τον οποίο τράπηκαν σε φυγή είναι συνήθως προφανής. Επομένως, οι ομάδες

αυτές συχνά θεωρούνται πρόσφυγες «εκ πρώτης όψεως» (“prima facie”). Ο Ν. 3907/2011, αποτελεί σημαντικό βήμα για τον εξορθολογισμό της διαχείρισης των μεικτών ροών και τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού και δίκαιου συστήματος ασύλου. Ο νόμος προβλέπει τη λειτουργία, εντός 12 μηνών, της Υπηρεσίας Ασύλου, της Αρχής Προσφυγών, καθώς και της Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής για τη διαχείριση των μεικτών ροών στα σημεία εισόδου της χώρας ή στην ενδοχώρα. Ένα χρόνο μετά τη θέσπιση των νέων κανόνων και διαδικασιών καμία από τις υπηρεσίες που προβλέπει ο νόμος δεν έχει λειτουργήσει, παρά τις αυξημένες ανάγκες και τα σοβαρά προβλήματα που παρατηρούνται, ενώ επιχειρείται η συνεχής και μάλιστα αναδρομική παράταση της σχετικής προθεσμίας. Η καθυστέρηση οφείλεται κυρίως στη δυσκολία στελέχωσης των νέων υπηρεσιών με επαρκές και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, τόσο λόγω του γενικού περιορισμού προσλήψεων όσο και λόγω της βραδύτητας στην ολοκλήρωση των επιχειρούμενων μετατάξεων από άλλες υπηρεσίες. Μέχρις ότου λειτουργήσουν οι νέες υπηρεσίες ισχύει ακόμη το μεταβατικό καθεστώς, το οποίο ρυθμίζεται από το ΠΔ 114/2010.

Στο Ψήφισμα του Συμβουλίου της 20ης Ιουνίου 1995 αναγράφονται αναλυτικά τα δικαιώματα των αιτούντων άσυλο στα πλαίσια των διαδικασιών εξέτασης της προσφυγής και επανεξέτασης, σε περίπτωση απόρριψης. Αρχικά θα πρέπει να παρέχεται στον αιτούντα η δυνατότητα υποβολής αίτησης με τον ταχύτερο δυνατό τρόπο. Από τη στιγμή εκείνη και ύστερα μέχρι και την τελική απόφαση από τις αρμόδιες αρχές ο αιτών έχει δικαίωμα παραμονής στο έδαφος του κράτους στο οποίο υπέβαλε την αίτηση. Ο αιτών άσυλο απολαμβάνει μιας σειράς δικαιωμάτων:

- α) να ενημερώνεται για τη διαδικασία που ακολουθείται, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που έχει, σε γλώσσα κατανοητή σε αυτόν,
- β) να ζητά διερμηνέα που θα αμείβεται από το δημόσιο., εφόσον διορίζεται από αυτό
- γ) να συμβουλευέται δικηγόρο που θα τον επικουρεί καθ’ όλη τη διάρκεια της διαδικασίας
- δ) να έρχεται σε επαφή με την Υπάτη Αρμοστέα του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες ή άλλες οργανώσεις αρωγής προσφύγων που εξουσιοδοτούνται από την Υπάτη Αρμοστέα
- ε) να έχει τη δυνατότητα να ομιλεί ιδιαιτέρως με εξειδικευμένο υπάλληλο αρμόδιο βάσει της εθνικής νομοθεσίας.

στ) να λαμβάνει την απόφαση επαρκώς αιτιολογημένη και να ενημερώνεται για τη δυνατότητα άσκησης ειδικού μέσου,

ζ) να ζητά της επανεξέταση της υπόθεσης του και

η) να μην απομακρύνεται μέχρις ότου εκδοθεί η τελική απόφαση.

Σε περίπτωση αυθαίρετης απομάκρυνσής του και διακοπής της διαδικασίας εξέτασης της αίτησής του με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου

Δημοσίας Τάξης, θα έχει τη δυνατότητα να επανεμφανιστεί στις αρμόδιες αρχές,

δικαιολογώντας την απομάκρυνσή του και να ζητήσει την επανεξέταση της αίτησής του κατ' ουσίαν. Ακόμη σύμφωνα με το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες τα βασικότερα δικαιώματα των αιτούντων άσυλο είναι τα εξής

Το δικαίωμα στην εργασία.

Οι αιτούντες άσυλο που διαθέτουν το ειδικό δελτίο αλλοδαπού που ζήτησε να αναγνωρισθεί ως πρόσφυγας («ροζ κάρτα») έχουν δικαίωμα να εργαστούν νόμιμα στην Ελλάδα. Η άδεια εργασίας εκδίδεται από την Επιθεώρηση Εργασίας της αρμόδιας Νομαρχίας, και για την έκδοσή της απαιτείται, πέρα από την κατοχή της ροζ κάρτας, και πιστοποιητικό από κρατικό νοσοκομείο ότι ο αιτών άσυλο δεν πάσχει από μολυσματική ασθένεια. Η άδεια εργασίας λήγει ένα μήνα μετά τη λήξη της ροζ κάρτας.

Το Προεδρικό Διάταγμα 189/1998 προβλέπει ότι οι αιτούντες άσυλο οι οποίοι διαμένουν σε Κέντρα Διαμονής Αιτούντων Άσυλο Αλλοδαπών και αυτόαναφερέταιστη ροζ κάρτα τους, δεν έχουν δικαίωμα εργασίας. Επίσης, οι αιτούντες άσυλο δεν έχουν το δικαίωμα να ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα, μπορούν δηλαδή να εργάζονται μόνο σαν εργάτες ή υπάλληλοι και όχι να έχουν δική τους επιχείρηση.

Ως προς τις συνθήκες υποδοχής και ιατροφαρμακευτική περίθαλψης προβλέπονται τα εξής:

1. Οι αρμόδιες αρχές υποδοχής και φιλοξενίας μεριμνούν ώστε να εξασφαλιστούν οι υλικές συνθήκες υποδοχής στους αιτούντες άσυλο. Οι συνθήκες αυτές παρέχουν στους αιτούντες επίπεδο διαβίωσης που διασφαλίζει την υγεία, την κάλυψη βιοτικών αναγκών και την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους. Το προαναφερόμενο επίπεδο διαβίωσης εξασφαλίζεται και στην ειδική περίπτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και στην περίπτωση των ατόμων που τελούν υπό κράτηση.

2. Σε περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία 67% και άνω, που βεβαιώνεται με γνωμάτευση της οικείας Υγειονομικής Επιτροπής, το Υπουργείο Υγείας, Διατροφής και Άθλησης χορηγεί επίδομα αναπηρίας για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η εξέταση της αίτησης, εφόσον δεν είναι εφικτή η διαμονή των αιτούντων σε Κέντρα Φιλοξενίας. Το επίδομα αυτό καταβάλλεται από την αρμόδια Υπηρεσία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου διαμονής του αιτούντος.

3. Η παροχή του συνόλου ή μέρους των υλικών συνθηκών υποδοχής και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τελεί υπό την προϋπόθεση ότι οι αιτούντες δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, που να τους εξασφαλίζουν κατάλληλο βιοτικό επίπεδο από απόψεως υγείας και να καθιστούν δυνατή τη συντήρησή τους. Την προϋπόθεση αυτή ελέγχουν οι αρμόδιες αρχές υποδοχής και φιλοξενίας.

Εάν διαπιστωθεί ότι ο αιτών διαθέτει τους επαρκείς κατά τα ανωτέρω πόρους, οι παραπάνω αρχές μπορούν να διακόψουν τις χορηγούμενες παροχές στο μέτρο που οι βιοτικές ανάγκες των αιτούντων καλύπτονται από ίδιους πόρους.

4. Οι αιτούντες καλύπτουν ανάλογα με τους πόρους που διαθέτουν, ολικά ή μερικά το κόστος των υλικών συνθηκών υποδοχής και της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης.

5. Ως προς τα κριτήρια της διάθεσης επαρκών πόρων εκ μέρους του αιτούντος, τον τρόπο απόδειξης και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια, καθώς και το ύψος του βοηθήματος για τα καθημερινά έξοδα που προβλέπεται στο άρθρο 1 περίπτ. ιστ' εφαρμόζονται όσα προβλέπονται από το ν.δ.57/73 (ΦΕΚ Α' - 149) και τις εκάστοτε κατ' εξουσιοδότηση αυτού εκδιδόμενες αποφάσεις. των αιτούντων καλύπτονται από ίδιους πόρους.

Οι αιτούντες άσυλο, εφόσον δεν είναι εφικτή η διαμονή τους σε κέντρα φιλοξενίας, δικαιούνται τα εξής επιδόματα:

- Αναπηρικά για τα άτομα με ειδικές ανάγκες (67% και άνω αναπηρία)
- Επίδομα απροστάτευτων τέκνων.

Υποχρεώσεις Αιτούντων Άσυλο

Οι αιτούντες άσυλο οφείλουν να συνεργάζονται με τις αρμόδιες αρχές στο μέτρο που η υποχρέωση αυτή είναι αναγκαία για τη διεκπεραίωση της αίτησης. Ειδικότερα σε κάθε περίπτωση υποχρεούνται να:

- Εμφανίζονται ενώπιον των αρμόδιων αρχών αυτοπροσώπως χωρίς καθυστέρηση ή σε καθορισμένο χρόνο

- Παραδίδουν τα έγγραφα που έχουν στην κατοχή τους και τα οποία σχετίζονται με την εξέταση της αίτησης, όπως τα διαβατήρια τους
- Ενημερώνουν τις αρμόδιες αρχές παραλαβής και εξέτασης για τον παρόντα τόπο διαμονής τους, όταν διαμένουν εκτός Κέντρου Φιλοξενίας
- Συνεργάζονται με τις αρμόδιες αρχές για τη διενέργεια κάθε νόμιμης έρευνας σχετικά με την αίτηση τους και
- Δακτυλοσκοποούνται εφόσον είναι άνω των 14 ετών(άρθρο 4 του Κανονισμού 2715/2000/ΕΚ του Συμβουλίου της 11ης Δεκεμβρίου 2000, EEL 316/15.12.2000)
- Με αποδεικτικό που συντάσσεται σχετικώς βεβαιώνεται η ενημέρωση του αιτούντος για τις παραπάνω υποχρεώσεις του.

Επιπλέον, ο νόμος (Υ.Α. 139491/2006) προβλέπει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους νόμιμους και μόνιμους μετανάστες που είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύνατοι με την επίδειξη των ακόλουθων πιστοποιητικών:

Βιβλιαρίου Ανασφάλιστου, το οποίο χορηγείται στους

1. πολίτες των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
2. ομογενείς, που κατέχουν το ειδικό δελτίο ταυτότητας ομογενούς και
3. πολίτες των χωρών που έχουν κυρώσει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Κοινωνική και Ιατρική Αντίληψη. Στις χώρες αυτές περιλαμβάνονται οι χώρες μέλη της Ε.Ε. καθώς και η Ισλανδία, Νορβηγία και η Τουρκία.

Πιστοποιητικού Κοινωνικής Προστασίας, το οποίο χορηγείται εφόσον υπάρχει αποδεδειγμένο πρόβλημα υγείας

1. στους πολίτες των χωρών που έχουν κυρώσει τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη. Στις χώρες αυτές περιλαμβάνονται οι χώρες μέλη της Ε.Ε. καθώς και η Κροατία, Ισλανδία, Νορβηγία, Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και η Τουρκία
2. στους αλλογενείς συζύγους Ελλήνων, στους συζύγους ομογενών και στους συζύγους πολιτών χώρας μέλους της Ε.Ε. καθώς και στα παιδιά τους (ΥΑ 139491/2006 περ. 4Αγ και 4Αδ)
3. στους κατόχους άδειας διαμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (α.44 παρ.1 Ν.3386/2005 και ΥΑ 48566/2005 και 139491/2006) καθώς και

4. στους ομογενείς που διαθέτουν βεβαίωση κατάθεσης των δικαιολογητικών για την απόκτηση του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς ή για την απόκτηση της Ελληνικής ιθαγένειας.

Οι μετανάστες που δε διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής δικαιούνται περίθαλψη σε νοσοκομείο μόνο για έκτακτα περιστατικά και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους (α.84 παρ.1 εδ.α' Ν.3386/2005). Σημαντικό, ωστόσο, θεωρείται το γεγονός πως πλέον τα νοσοκομεία δεν υποχρεούνται να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την προσέλευση μη νόμιμων μεταναστών στα επείγοντα περιστατικά.

Επιπλέον, δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη δικαιούνται, σύμφωνα με το Π.Δ. 266/1999, με την άμεση επίδειξη των ακόλουθων δικαιολογητικών:

Δελτίου Ταυτότητας Πρόσφυγα, όσοι έχουν αναγνωρισθεί ως πολιτικοί πρόσφυγες.

Δελτίου Αιτήσαντος Άσυλου Αλλοδαπού, όσοι αλλοδαποί έχουν υποβάλλει αίτηση για αναγνώριση της προσφυγικής ιδιότητας και η αίτηση τους βρίσκεται στο στάδιο εξέτασης.

Ειδικού Δελτίου Παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους, όσων αλλοδαπών η αίτηση χορήγησης ασύλου έχει απορριφθεί οριστικά, αλλά τους έχει χορηγηθεί άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (α.8 παρ.3 Π.Δ. 61/1999).

5.3.3 Ασυνόδετοι ανήλικοι-Ανήλικοι Πρόσφυγες-Ανήλικοι Αιτούντες Άσυλο

«Ασυνόδετος ανήλικος» είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας ή ανιθαγενής, ηλικίας κάτω των 18 ετών, ο οποίος φθάνει στην Ελλάδα χωρίς να συνοδεύεται από ενήλικο υπεύθυνο για τη φροντίδα του, σύμφωνα με το νόμο ή το έθιμο που εφαρμόζεται στον τόπο προέλευσης, και για όσο χρόνο δεν έχει τεθεί υπό την ουσιαστική φροντίδα ενός τέτοιου προσώπου, ή ο ανήλικος που εγκαταλείπεται ασυνόδετος μετά την είσοδό του στην Ελλάδα. Η κατηγορία αυτή των παιδιών αντιμετωπίζει διπλές δυσχέρειες και διπλά προβλήματα. Ως παιδιά είναι εξίσου ευάλωτα και έχουν τις ίδιες ανάγκες με τα υπόλοιπα παιδιά. Παράλληλα, ως πρόσφυγες ή αιτούντες άσυλο έχουν τις ίδιες ανάγκες και παρόμοιες εμπειρίες με τους άλλους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο. Πρόκειται, ως εκ τούτου, για μια διπλά ευάλωτη κατηγορία για τους οποίους ο νομοθέτης οφείλει να θεσπίσει ειδικότερες διατάξεις για ειδική μεταχείριση και νομική και κοινωνική προστασία τους καθώς και σε ό, τι αφορά το υποστηρικτικό τους πλαίσιο. Εκτιμήσεις

της Διεθνούς Οργάνωσης Παρατηρητήριο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα αναφέρουν ότι οι ασυνόδετοι ανήλικοι που εισήλθαν στην Ελλάδα το 2008 μόνο, ανέρχονται σε 1.000, ενώ ο συνολικός αριθμός των ασυνόδετων ανηλίκων που βρίσκονται στην Ελλάδα δεν είναι γνωστός.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ασυνόδετων ανηλίκων που χρήζουν διεθνούς προστασίας και που εισέρχονται στη χώρα χωρίς να θέλουν να ζητήσουν άσυλο, συχνά παρά τις προσπάθειες διάφορων φορέων για να παράσχουν ενημέρωση για το σκοπό αυτό. Οι λόγοι είναι πολλοί και διάφοροι: άγνοια της έννοιας και των συνεπειών του ασύλου, επιθυμία ή επιβολή της ανάγκης για απασχόληση από την οικογένεια που έχει παραμείνει στη χώρα προέλευσης. Ωστόσο είναι αδιαμφισβήτητο ότι όχι μόνο ο αριθμός των ανηλίκων αυτών είναι μεγάλος, αλλά και ότι αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς, ενώ παράλληλα παρατηρείται διαφοροποίηση των εθνικοτήτων. Η συνεχώς αυξανόμενη παρουσία ανηλίκων που δεν ζητούν άσυλο έχει και άλλες διαστάσεις, ιδίως θέματα διακίνησης ανηλίκων και εγκληματικότητας.

Η διαπίστωση και καταγραφή της ομάδας αυτής δυσχεραίνεται περαιτέρω από το γεγονός ότι, αρκετοί ανήλικοι καταγράφονται – στα υπηρεσιακά σημειώματα απέλασης – ως ενήλικοι (με αλλαγή της ημερομηνίας γέννησής τους) ή εμφανίζονται ως ενήλικες είτε με καταγραφή των ανηλίκων ως συνοδευόμενων από ενήλικες.

Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε και του Συνηγόρου του Πολίτη, «τα ασυνόδετα ανήλικα, πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτική ιατρική εξέταση κατά την άφιξη τους στη χώρα, προκειμένου να υπάρχει έγκαιρη διάγνωση τυχόν ασθενειών και κατόπιν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας της υγείας σε ισότιμη βάση με τα παιδιά πολίτες της Ελλάδας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται στις ανάγκες της υγείας τους που οφείλονται στις προηγούμενες σωματικές στερήσεις και στην κακομεταχείριση, στις αναπηρίες και στις ψυχολογικές συνέπειες της βίας, των τραυματικών εμπειριών και της απώλειας, καθώς και στα αποτελέσματα του ρατσισμού και της ξενοφοβίας που μπορεί να βιώνουν στην εξορία. Για πολλά ασυνόδετα παιδιά η πρόσβαση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες είναι ζωτικής σημασίας για την ανάρρωσή τους»

Η ανάγκη ειδικής και πληρέστερης προστασίας του παιδιού περιέχεται σε πολλά εθνικά και διεθνή κείμενα. Εν πρώτοις, η προάσπιση των δικαιωμάτων και του βέλτιστου συμφέροντος των παιδιών κατοχυρώνεται στο Σύνταγμα (ιδίως στο άρθρο 21 παρ. 1 και

3 αλλά και σε πολλά άλλα άρθρα του). Η προστασία της παιδικής ηλικίας, ιδίως, δεν περιορίζεται μόνο στους Έλληνες αλλά σε κάθε παιδί που βρίσκεται στην ελληνική επικράτεια. Το πληρέστερο έως σήμερα νομικό εργαλείο διασφάλισης των ατομικών, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων του παιδιού αποτελεί η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (1989) που, μετά την κύρωσή της με τον ν.192/2.12.92, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ελληνικού εσωτερικού δικαίου και υπερισχύει κάθε άλλης διάταξης νόμου. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων που αναφέρει η Σύμβαση δεν εξαρτάται από την υπηκοότητα ή εθνική καταγωγή των παιδιών: η Σύμβαση δεν διακρίνει μεταξύ ημεδαπών και αλλοδαπών ή μεταξύ νομίμως και παρανόμως ευρισκόμενων στην επικράτεια παιδιών (άρθρο 2). Στην πραγματικότητα, ωστόσο, πολλές επιταγές της Σύμβασης παραμένουν άνευ εφαρμογής στη χώρα μας τόσο για αλλοδαπούς όσο και για ημεδαπούς ανηλίκους κατά παράβαση του άρθρου 4 της ίδιας που ορίζει ότι «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη υποχρεούνται να παίρνουν όλα τα νομοθετικά, διοικητικά και άλλα μέτρα που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των αναγνωρισμένων στην παρούσα Σύμβαση δικαιωμάτων».

Σύμφωνα με το άρθρο 24 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, «Κάθε παιδί δικαιούται να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας» Τα Κράτη υιοθετούν κατάλληλα μέτρα για «να μειώσουν τη βρεφική και παιδική θνησιμότητα», να αναπτύξουν «τη στοιχειώδη περίθαλψη» και να ενημερώνουν «τα παιδιά για θέματα υγείας και διατροφής» Η προστασία και η προαγωγή της υγείας των παιδιών προϋποθέτει την πρόσβαση τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο εθνικό σύστημα υγείας.

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά το άσυλο, η Σύμβαση, στο άρθρο 22 αναφέρει τις σχετικές υποχρεώσεις των κρατών, υπογραμμίζοντας ότι τα τελευταία πρέπει να «παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου ένα παιδί, το οποίο επιζητεί να αποκτήσει το νομικό καθεστώς του πρόσφυγα ή που θεωρείται πρόσφυγας... είτε αυτό είναι μόνο... να χαίρει της κατάλληλης προστασίας και ανθρωπιστικής βοήθειας, που θα του επιτρέψουν να απολαμβάνει τα δικαιώματα που του αναγνωρίζουν η παρούσα Σύμβαση...» ενώ τονίζεται η σημασία της αναζήτησης των γονέων και της καταβολής κάθε προσπάθειας για «την επανένωση του παιδιού με την οικογένειά του». Επίσης τονίζεται η υποχρέωση του κράτους, σε περίπτωση που «..κανένα άλλο μέλος της οικογένειας [δεν] είναι δυνατόν να ανευρεθεί, το παιδί [να] έχει δικαίωμα να τύχει της ίδιας προστασίας που

παρέχεται σε οποιοδήποτε άλλο παιδί στερημένο οριστικά ή προσωρινά του οικογενειακού του περιβάλλοντος για οποιονδήποτε λόγο».

Οι υποχρεώσεις αυτές της χώρας, όπως προκύπτουν από τη Σύμβαση, δεν έχουν ακόμα τύχει ειδικής νομοθετικής αντιμετώπισης, πέραν των εξαιρετικά συνοπτικών διατάξεων της νομοθεσίας περί ασύλου. Ως εκ τούτου το νομοθετικό πλαίσιο για τους ασυνόδευτους ανηλίκους αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα παραμένει ελλιπές. Μέχρι την θέση σε ισχύ του Προεδρικού Διατάγματος 220/2007 η μόνη αναφορά σε ασυνόδευτους ανηλίκους βρισκόταν στο Προεδρικό Διάταγμα 61/1999, άρθρο 1 παρ. 4, που ανέφερε ότι: «Αίτημα ασύλου δύναται να υποβάλλεται και από αλλοδαπό ηλικίας 14 έως 18 ετών που δεν συνοδεύεται από τους γονείς του, εφόσον από τις εν γένει περιστάσεις διαπιστώνεται από τον ενεργούντα την εξέταση ότι η πνευματική του ωριμότητα του επιτρέπει να αντιληφθεί τη σημασία της πράξης του. Σε κάθε άλλη περίπτωση που υποβάλλεται αίτημα ασύλου από αλλοδαπό ηλικίας κάτω των 18 ετών, ο οποίος δεν συνοδεύεται από τους γονείς του ή άλλο κηδεμόνα, η αρμόδια αστυνομική αρχή ενημερώνει τον Εισαγγελέα Ανηλίκων και, όπου δεν υπάρχει, τον κατά τόπο αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών, για να ενεργήσει ως ειδικός προσωρινός επίτροπος του ανηλίκου μέχρι την οριστική κρίση του αιτήματός του». Μετά την θέση σε ισχύ της Συνθήκης του Μάαστριχτ και ακόμα περισσότερο της Συνθήκης του Άμστερνταμ, η Ευρωπαϊκή Ένωση ξεκίνησε μια σταδιακή προσπάθεια εναρμόνισης των εθνικών πολιτικών ασύλου, εν όψει της δημιουργίας, μεσοπρόθεσμα, ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος ασύλου (ΚΕΣΑ). Στο πλαίσιο αυτό, η Ένωση υιοθέτησε μια σειρά νομοθετικών κειμένων, ιδίως την Οδηγία 2003/9/ΕΚ «σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές για την υποδοχή των αιτούντων άσυλο στα κράτη μέλη», την Οδηγία 2003/86/ΕΚ «σχετικά με το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης», την Οδηγία 2004/83/ΕΚ «για τη θέσπιση ελάχιστων απαιτήσεων για την αναγνώριση και το καθεστώς των υπηκόων τρίτων χωρών ή των απατρίδων ως προσφύγων ή ως προσώπων που χρήζουν διεθνούς προστασίας για άλλους λόγους»²³ και την Οδηγία 2005/85/ΕΚ σχετικά με «τις ελάχιστες προδιαγραφές για τις διαδικασίες με τις οποίες τα κράτη μέλη χορηγούν και ανακαλούν το καθεστώς του πρόσφυγα». Τα κείμενα αυτά περιέχουν λεπτομερέστερες ρυθμίσεις για την εξέταση αιτημάτων ασύλου που υποβάλλουν ασυνόδευτοι ανήλικοι και σταδιακά – αν και καθυστερημένα - ενσωματώνονται στην ελληνική έννομη τάξη. Παράλληλα, χαρακτήρα ατελούς δικαίου (softlaw) έχουν παλαιότερα κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ιδίως το ψήφισμα του Συμβουλίου των

Υπουργών της 26ης Ιουνίου 1997 σχετικά με τους ασυνόδευτους ανηλίκους υπηκόους τρίτων χωρών.

Έτσι, μετά την έναρξη ισχύος του Π.Δ. περί «προσαρμογής της Ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2003/9/ΕΚ του Συμβουλίου της 27^{ης} Ιανουαρίου 2003», το νομοθετικό πλαίσιο για τους ασυνόδευτους ανηλίκους τροποποιήθηκε και περιγράφεται στα άρθρα 18 και 19 του εν λόγω Π.Δ. που αναφέρει ότι «το απώτερο συμφέρον του παιδιού αποτελεί πρωταρχικό μέλημα των αρμοδίων αρχών κατά την εφαρμογή των διατάξεων που αφορούν τους ανηλίκους αιτούντες» (άρθρο 18) και ότι «οι αρμόδιες αρχές λαμβάνουν αμέσως τα κατάλληλα μέτρα ώστε να εξασφαλίζεται η αναγκαία εκπροσώπηση [των ασυνόδευτων ανηλίκων]. Προς τούτου οι αρμόδιες αρχές ενημερώνουν τον Εισαγγελέα Ανηλίκων και, όπου δεν υπάρχει, τον κατά τόπο αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών ο οποίος ενεργεί ως προσωρινός επίτροπος και προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες για τον διορισμό επιτρόπου του ανηλίκου». Λεπτομερέστερες διατάξεις για την εξέταση του αιτήματος ασύλου των ασυνόδευτων ανηλίκων περιλαμβάνει η Οδηγία 2005/85/ΕΚ

Πέραν των ειδικών ρυθμίσεων της περί ασύλου νομοθεσίας, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αιτούντες άσυλο καλύπτονται από τις γενικές περί ανηλίκων διατάξεις.

Οι διατάξεις των άρθρων 1589 επ. του Αστικού Κώδικα περί επιτροπείας ανηλίκων ρυθμίζουν και θέματα διορισμού επιτρόπου για αυτούς τους ανήλικους. Ομοίως εφαρμόζονται ανάλογα και για τους ανηλίκους οι περί ανηλίκων διατάξεις του Ποινικού Κώδικα και ιδίως του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Το ίδιο ισχύει και στις ειδικότερες ρυθμίσεις περί ανηλίκων, όπως την νομοθεσία που ρυθμίζει την εργασία των ανηλίκων κ.ο.κ.

Όσον αφορά τα παιδιά πρόσφυγες, το άρθρο 23 της Σύμβασης, προβλέπει ότι: «Τα παιδιά – πρόσφυγες δικαιούνται πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας μας. Κάθε παιδί με αναπηρία δικαιούται ειδικής φροντίδας ώστε να διάγει τη ζωή του με αξιοπρέπεια και να επιτυγχάνεται όσο το δυνατόν πληρέστερη κοινωνική και προσωπική ανάπτυξη.

Σύμφωνα δε με το άρθρο 39, το παιδί «θύμα βασανιστηρίων ή οποιασδήποτε μορφής σκληρής, απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης ή τιμωρίας ή ένοπλης σύρραξης» δικαιούται «σωματική και ψυχολογική ανάρρωση και κοινωνική επανένταξη»

Το Π.Δ. 220/2007 (άρθρο 9) προβλέπει ότι «τα ανήλικα τέκνα των αιτούντων και οι ανήλικοι αιτούντες έχουν πρόσβαση στο εκπαιδευτικό σύστημα υπό προϋποθέσεις ανάλογες με αυτές που ισχύουν για τους Έλληνες πολίτες, εφόσον δεν εκκρεμεί εκτελεστό μέτρο απομάκρυνσης κατά των ιδίων ή των γονέων τους». Επιπλέον, το ίδιο άρθρο προβλέπει ότι η ένταξη στο εκπαιδευτικό σύστημα δεν πρέπει να καθυστερεί πέραν του τριμήνου από την ημερομηνία παραλαβής του αιτήματος. Το διάστημα αυτό μπορεί να φτάσει το ένα έτος εφόσον παρέχονται ειδική γλωσσική εκπαίδευση προκειμένου να διευκολύνεται η πρόσβαση στο εκπαιδευτικό σύστημα. Τέλος, αναφέρει ότι η πρόσβαση στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση δεν μπορεί να περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο λόγω της ενηλικίωσης του ανηλίκου.

5.3.4 Θύματα εμπορίας ανθρώπων

Σύμφωνα με το Διεθνές Ποινικό Δίκαιο (άρθρο 3 παράγραφος α Πρόσθετο Πρωτόκολλο στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διασυννοριακού Οργανωμένου Εγκλήματος για την Πρόληψη, Καταστολή και Τιμωρία της Εμπορίας Ανθρώπων, ιδιαίτερα γυναικών και ανηλίκων), εμπορία ανθρώπων σημαίνει τη συλλογή, τη μεταφορά, τη μετακίνηση, την υπόθαλψη ανθρώπων μέσω απειλής ή χρήση βίας ή άλλων μορφών εξαναγκασμού, απαγωγής, εξαπάτησης, απάτης, κατάχρηση δύναμης ή μιας ευάλωτης κατάστασης, ή της πληρωμής ή λήψης χρημάτων με σκοπό τη συγκατάθεση ενός ατόμου ώστε να ασκήσει εξουσία πάνω σε έναν άλλον άνθρωπο με σκοπό την εκμετάλλευση. Η εκμετάλλευση περιλαμβάνει την εκπόρνευση του άλλου, ή άλλες μορφές σεξουαλικής εκμετάλλευσης, αναγκαστική εργασία ή υπηρεσίες, δουλεία ή πράξεις όμοιες με δουλεία, υποτέλεια ή αφαίρεση οργάνων

Ο ΟΗΕ εκτιμά ότι 500.000 με 2.000.000 άνθρωποι στον κόσμο, κυρίως γυναίκες και παιδιά, διακινούνται παράνομα κάθε χρόνο με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση και την εξαναγκαστική εργασία.

Με το Ν. 3386/2005 «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια» (άρθρα 46 επ.), προβλέπεται η χορήγηση άδειας διαμονής σε θύματα εμπορίας ανθρώπων. Η άδεια διαμονής που χορηγείται είναι ετήσιας διάρκειας χωρίς την υποχρέωση καταβολής παραβόλου και ανανεώνεται έως την έκδοση αμετάκλητης δικαστικής απόφασης. Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για τα ανήλικα θύματα με σκοπό τον ταχύτερο εντοπισμό της οικογένειάς τους και τη νομική εκπροσώπηση και στήριξή τους στην ποινική διαδικασία. Βασική καινοτομία αποτελεί η

καθιέρωση προθεσμίας περίσκεψης, ώστε να μπορέσουν τα θύματα εμπορίας να συνέλθουν και να λάβουν απόφαση, ανεπηρέαστα από τους δράστες των σχετικών αδικημάτων. Παράλληλα, τα θύματα της εμπορίας ανθρώπων, διαρκούσης της προθεσμίας περίσκεψης, πέρα από την προστασία και την ασφάλεια που εγγυώνται οι εισαγγελικές και αστυνομικές αρχές, έχουν δικαίωμα δωρεάν νομικής βοήθειας, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ τους παρέχονται υπηρεσίες μετάφρασης και διερμηνείας.

Στο πλαίσιο του ίδιου νόμου κρίσιμη για την προστασία των γυναικών θυμάτων εμπορίας είναι η απαγόρευση της διοικητικής απέλασης εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης και για έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Η άδεια διαμονής διασφαλίζει δικαίωμα πρόσβασης στην αγορά εργασίας, η οποία ισχύει μόνο κατά τη διάρκεια της, καθώς και στις παροχές και την περίθαλψη του άρθρου 7 του Π.Δ. 233/2003, όπως κάθε φορά ισχύει και στις προϋποθέσεις επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης, σύμφωνα με τις ειδικότερες προβλέψεις του άρθρου 6 του προαναφερόμενου Π.Δ.

Η εμπορία ανθρώπων δεν είναι αποκλειστικά και μόνο γέννημα της φτώχειας και της άνισης κατανομή του πλούτου, αλλά - κατά βάση - είναι γνήσιο τέκνο μιας ιδεολογίας που διαχωρίζει το ανθρώπινο είδος σε ανώτερους και κατώτερους κοινωνικά, φυσικά και πνευματικά ανθρώπους. Η δουλεία ενυπάρχει αιώνες σε όλες σχεδόν τους πολιτισμούς, πλήττει τα ευάλωτα κοινωνικά στρώματα και ομάδες. Σύγχρονη μορφή της δουλείας είναι το trafficking. Οι γυναίκες και τα παιδιά έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά θυματοποίησης τόσο για το σεξουαλικό εμπόριο όσο και για την εξαναγκαστική εργασία αλλά και τις υπόλοιπες μορφές που λαμβάνει το φαινόμενο.

Σύμφωνα με το Ν.3064/2002 και το άρθρο 7 του Π.Δ. 233/2003, όσοι αλλοδαποί έχουν αναγνωριστεί ως θύματα εμπορίας ανθρώπων, σύμφωνα με τις διατάξεις 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα και είναι ανασφάλιστοι, δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη για όσο χρόνο διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής, με την επίδειξη σχετικής βεβαίωσης της οικείας Αστυνομικής Διεύθυνσης.

5.3.5 Παλινοστούντες Ομογενείς (Πόντιοι- Βορειοηπειρώτες)

Ο όρος «ομογένεια» θεμελιώνεται σε κριτήρια ιδεολογικά με αναφορά στη συγγένεια της φυλής ή του γένους. Ωστόσο το κριτήριο δεν είναι ικανό για το νομικό προσδιορισμό των δικαιούχων ειδικών δικαιωμάτων. Το δίκαιο του αίματος *iussanguinis*, καταλαμβάνει μια πρωτεύουσα θέση στο ελληνικό δίκαιο αναφορικά με τους κανόνες απόδοσης της ιθαγένειας σε αλλοδαπούς. (Τσιτσελίκης Κ.),

Έλληνες ομογενείς θεωρούνται τα πρόσωπα που έχουν ελληνική εθνική συνείδηση και κυρίως ελληνική καταγωγή. Εν γένει, οι ομογενείς προέρχονται από:

Τις ελληνικές κοινότητες της Ανατολικής Μεσογείου, κυρίως της Αιγύπτου

Τις ελληνικές μειονότητες της Τουρκίας, Βουλγαρίας, Αλβανίας, Ρουμανίας

Τις ελληνικές μεταναστευτικές κοινότητες σε Αμερική Αυστραλία Ευρώπη

Τις ελληνικές κοινότητες σε χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, που προέρχονται κυρίως από παλιότερες μεταναστεύσεις από την περιοχή του Πόντου, συμπεριλαμβανομένων ρωσσόφωνων και τουρκόφωνων κοινοτήτων

Τις κοινότητες πολιτικών προσφύγων που κατέφυγαν σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης με το τέλος του εμφυλίου πολέμου

Σήμερα, νομικά, οι καίριες κατηγορίες ομογενών μπορούν να διαχωριστούν ως εξής:

1. Από την Αλβανία και τη Βουλγαρία κάτοχοι του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς (ν. 1975/1991, άρθ.17, και τν ΚΥΑ 4000/3/10-ε/2002)
2. Από χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, κάτοχοι του ΕΔΤΟ (ν. 2790/2000, άρθ. 9 και Ν. 2910/2001, αρθ.76)
3. Από χώρες της πρώην ΕΣΣΔ (Ν.2910/2001 ΚΑΙ ΑΡΘ. 2 Κώδικα ελληνικής ιθαγένειας) μέσα από τη διαδικασία διαπίστωσης ιθαγένειας
4. Από χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, κάτοικοι Κύπρου, δικαιούχοι του ΕΔΟΤ (ν. 2790/2000, άρθ. 1 παρ11.2.α και ΚΥΑ 4000/1/13-Α/2002

Η ελληνική Πολιτεία έλαβε από το 1980 μέχρι σήμερα μια πλειάδα ευνοϊκών ρυθμίσεων που είχαν αντικείμενο κυρίως τα ζητήματα απόδοσης της Ελληνικής ιθαγένειας και την εξομοίωση των ομογενών με τους ημεδαπούς σε διάφορα καίρια ζητήματα (κυρίως ασφαλιστικά, επαγγελματικά κλπ).Για τους παλιννοστούντες ομογενείς Ποντίους και για τους Βορειοηπειρώτες, ισχύει ευνοϊκότερο καθεστώς, σε σχέση με τους αλλοδαπούς μετανάστες. Έχει δοθεί έμφαση στην προστασία αυτής της ομάδας, όπως φαίνεται από

τη δημιουργία ειδικών θεσμών, όπως το Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής και Αποκατάστασης Αποδήμων και Παλινοστούντων Ομογενών Ελλήνων, (Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε.), από την ίδρυση και λειτουργία κέντρων φιλοξενίας και από τη δημιουργία Κέντρου Συμπαράστασης Παλινοστούντων Μεταναστών από την Εκκλησία της Ελλάδος.

Οι Ομογενείς μπορούν να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας εφόσον προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα, συμπεριλαμβανομένου για τους ανασφάλιστους που παίρνουν επίδομα πρόνοιας, του σχετικού βιβλιαρίου υγείας. Σε κάθε περίπτωση, το μέλος του νοικοκυριού που είναι ασφαλισμένο ή παίρνει επίδομα πρόνοιας καλύπτει και τα υπόλοιπα (εξαρτημένα) μέλη της οικογένειας.

Οι ομογενείς έχουν τη δυνατότητα αυτασφάλισης στον ΟΓΑ.

Η Πολιτεία χαρακτηρίζει τους Ομογενείς που προσφεύγουν μετά το 1980 στη Ελλάδα από τα Κράτη της Ανατολικής Ευρώπης ως «Παλινοστούντες» και όχι ως πρόσφυγες, όπως χαρακτήριζε τους ομογενείς του διωγμού 1914-1922. Η παλιννόστηση ενός ομογενούς είναι πράξη ατομικής επιλογής και συνάρτηση της εκτίμησής του για τις προοπτικές, που έχει στη χώρα στην οποία ζει, η επάνοδος στην Ελλάδα γίνεται με δική του βούληση και όχι πάντοτε κάτω από τις συνθήκες απειλής ή κινδύνου ζωής.

Οι έννομες ρυθμίσεις που κατά καιρούς ελήφθησαν από την Πολιτεία μετά το 1980 για τους παλινοστούντες ομογενείς αφορούν κυρίως ζητήματα ιθαγένειας αλλά και άλλες ευνοϊκές ρυθμίσεις και ρυθμίζονται από το Ν. 2790/2000 όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 2910/2001 και ερμηνεύθηκε από το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με τις εγκυκλίους 18/17.3.2000 με ΑΠ Φ 79174/10913/17.3.2000 και 10/15.5.2001 με ΑΠ Φ 79174/16211/15.5.2001 και τις γνωμοδοτήσεις του Ν.Σ.Κ 504/2000, 60/2003.

Ο Νόμος 2790/2000 «Αποκατάσταση των παλινοστούντων ομογενών από την τέως Σοβιετική Ένωση και άλλες διατάξεις» τέθηκε σε ισχύ στις 16 Φεβρουαρίου 2000 και στόχευε στην επίλυση χρόνιων προβλημάτων των Ομογενών στην Ελλάδα και στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης.

Συγκεκριμένα με το Ν. 2790/2000 όπως αυτός τροποποιήθηκε με το άρθρο 76 του Ν. 2910/2001 ρυθμίστηκαν τα ζητήματα που σχετίζονται με την κτήση της ελληνικής ιθαγένειας (άρθρο 1), τις αρμοδιότητες του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για θέματα Παλινοστούντων (άρθρο 2), τη στεγαστική αποκατάσταση των παλινοστούντων (άρθρα 3 – 7), την επαγγελματική αποκατάστασή

τους (άρθρα 8 – 10), την εκπαίδευση – πολιτισμό (άρθρο 11), τον συντονισμό – εποπτεία (άρθρο 12) και τέλος περιλαμβάνονται και ορισμένες μεταβατικές διατάξεις.

Επειδή οι Παλινοστούντες αποτελούν μια από τις ομάδες που υφίστανται πολλαπλού τύπου αποκλεισμό για λόγους που σχετίζονται με την ανεπαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας, την ανεργία, την ετεροαπασχόληση, το ανεπαρκές υπάρχον θεσμικό πλαίσιο, τις κοινωνικές προκαταλήψεις και την περιθωριοποίηση από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, η Πολιτεία, όπως προαναφέρθηκε, προέβη σταδιακά σε ορισμένες ευνοϊκές ρυθμίσεις.

Ειδικότερα στην ελληνική νομοθεσία συναντούμε πλήθος διατάξεων και ειδικών νομοθετημάτων που αφορούν την εργασία, την εκπαίδευση, την κοινωνική ασφάλιση, τη φορολογική μεταχείριση, τα στρατολογικά και τα στεγαστικά ζητήματα των παλινοστούτων.

Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί ότι πλέον των ειδικών ευνοϊκών ρυθμίσεων για τους παλινοστούντες που περιέχονται στον Ν. 2434/96 που αφορά μέτρα πολιτικής για την απασχόληση, την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση, έχει ληφθεί και ειδική μέριμνα για την πρόσληψη Παλινοστούτων στο Δημόσιο.

Συγκεκριμένα με το άρθρο 14 παρ. 6 του Νόμου 2190/94 προβλέφθηκε κάλυψη ποσοστού 5% των προκηρυσσομένων θέσεων τακτικού προσωπικού στους νομούς Μακεδονίας (πλην του νομού Θεσσαλονίκης) και Θράκης για πτυχιούχους ΑΕΙ, ΤΕΙ και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ποσοστού 10% για αποφοίτους Δημοτικού και Γυμνασίου, από παλινοστούντες ποντίους ομογενείς. Η ευνοϊκή αυτή ρύθμιση ισχύει εφόσον οι ενδιαφερόμενοι δηλώσουν ότι θα υπηρετήσουν στις περιοχές αυτές επί μια δεκαετία.

Επιπρόσθετα με το άρθρο 8 περ. 15 του Ν. 2225/94 ορίστηκε ότι οι διοριζόμενοι δεν μετατίθενται και δεν αποσπώνται πριν συμπληρωθεί ο χρόνος υποχρεωτικής παραμονής. Κάθε δε απόσπαση ή μετάθεση που θα γίνει είναι αυτοδικαίως άκυρη. Επιπλέον με το άρθρο 5 του Ν. 1735/87 ορίστηκε ότι τα προβλεπόμενα ανώτατα όρια ηλικίας για τις προσλήψεις στο Δημόσιο δεν ισχύουν για τους παλινοστούντες, για τους οποίους ισχύει ως ανώτατο όριο το 55ο έτος, ενώ σύμφωνα με το άρθρο 4 του Ν.2323/95, παρεχόταν η δυνατότητα πώλησης σε παρυφές λαϊκών αγορών κατόπιν αδείας, της οικοσκευής των παλινοστούτων που εισαγόταν στην Ελλάδα, διάταξη όμως που καταργήθηκε στη συνέχεια με το άρθρο 32 του Ν. 3377/05.Τις δεκαετίες του 1980 και

του 1990 λειτούργησαν στο ελληνικό κράτος δημόσιοι οργανισμοί και ιδιωτικοί φορείς που παρείχαν υποστήριξη στις ευάλωτες ομάδες των Ελλήνων Πολιτικών Προσφύγων, των Ποντίων από την πρώην Σοβιετική Ένωση και των Βορειοηπειρωτών. Τις σημαντικότερες αρμοδιότητες είχαν το Υπουργείο Εξωτερικών, στο οποίο υπάγονταν η Γενική Γραμματεία Αποδήμου Ελληνισμού (Γ.Γ.Α.Ε.) και το Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής και Αποκατάστασης Αποδήμων και Παλιννοστούντων Ομογενών Ελλήνων (Ε.Ι.Υ.Α.Α.Π.Ο.Ε.), το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο είχε τη διαχείριση των κοινοτικών πόρων, το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠ.Ε.Π.Θ.) και το Υπουργείο Μακεδονίας-Θράκης στο οποίο υπαγόταν η Γενική Γραμματεία Παλιννοστούντων Ομογενών. Παρά το πλήθος των εμπλεκόμενων φορέων δεν υπήρξε συντονισμένη παρέμβαση, η οποία θα μπορούσε να περιορίσει την αποστέριση των Ποντίων από την πρώην Σοβιετική Ένωση και των Βορειοηπειρωτών από αγαθά που συνιστούν τον εθνικό τρόπο ζωής.

Ο Νόμος 2790/2000 παρέχει στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, την αρμοδιότητα για την υλοποίηση, εποπτεία και συντονισμό της κυβερνητικής πολιτικής για την παλιννόστηση. Ο Νόμος αφορά μόνο τους Έλληνες από την πρώην Ένωση. Είναι λογικό να μην αφορά τους Έλληνες Πολιτικούς Πρόσφυγες, οι οποίοι έχουν πλέον ενταχθεί στην ελληνική κοινωνία. Ο αποκλεισμός των Ελλήνων της Αλβανίας από τις ευεργετικές ρυθμίσεις του συγκεκριμένου νόμου δείχνει την επιθυμία της Πολιτείας να παραμείνουν οι Βορειοηπειρώτες μετανάστες ένας μετακινούμενος πληθυσμός μεταξύ των δύο κρατών.

Πρώτη σημαντική επίπτωση της εφαρμογής του Νόμου 2790/2000 ήταν η κατάργηση στις 14 Νοεμβρίου 2002 της Γενικής Γραμματείας Παλιννοστούντων Ομογενών (Γ.Γ.Π.Ο.). Με το Νόμο 3072/2002 καταργήθηκε στις 4 Δεκεμβρίου 2002 το Ε.Ι.Υ.Α.Α.Π.Ο.Ε Το Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε. υπήρξε Κοινοφελές Ίδρυμα Ιδιωτικού Δικαίου και εποπτευόμενο από τον Υπουργό Εξωτερικών. Το Ίδρυμα ιδρύθηκε κατ' αρχήν με σκοπό την υποδομή και κοινωνική ένταξη των Ελλήνων της τέως Σοβιετικής Ένωσης, που ήδη είχαν αρχίσει να φτάνουν στην χώρα μας από το 1988. Όμως ταυτόχρονα, όταν χιλιάδες Αλβανοί φυγάδες το 1991 κατέφυγαν στην Ελλάδα, τότε με Πρωθυπουργική εντολή, το νεοϊδρυθέν Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε. ανέλαβε παράλληλα με την κύρια αποστολή του α) Την περίθαλψη των Αλβανών φυγάδων στους Βόρειους κυρίως Νομούς της χώρας, β) Την αποστολή και διανομή ανθρωπιστικής βοήθειας (ελληνικής και κοινοτικής) στην Αλβανία και γ) Την ανάπτυξη παράλληλα Προγράμματος βοήθειας για Ομογενείς της

Βορείου Ηπείρου και γενικά της Αλβανίας. Κρατικοί οργανισμοί όπως το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και η Γενική Γραμματεία Αποδήμου Ελληνισμού διατήρησαν τις αρμοδιότητές τους σε θέματα παλιννόστησης.

Οι παλιννοστούντες από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και οι ομογενείς από την Αλβανία απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Η προστατευτική πολιτική, σε σχέση με τα θέματα υγείας, επικεντρώνεται στα εξής:

- Δυνατότητα κοινωνικής ασφάλισης στον Ο.Γ.Α. (για ανασφάλιστους υπερήλικες, άρθρο 48, Νόμος 2084/1992) και ειδικός λογαριασμός αυτασφάλισης στο Ι.Κ.Α. (Νόμος 1902/1990, άρθρο 36).
- Δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας, Υ.Α. Α3β/Φ15/720/7-2-1990).
- Χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από το Υπουργείο Απασχόλησης (Υ.Α. 33155/3012/1985, Υπουργείο Εργασίας) και βοηθήματα επαναπατριsmού από το Υπουργείο Υγείας (Υ.Α. ΦΕΚ 242, τόμος Β', 26/4/1988).

Ωστόσο η ψήφιση του ν. 4093/2012 (ΦΕΚ Α'222) « Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016...», έκανε τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης των ανασφάλιστων υπερηλίκων τόσο αυστηρές, σε σημείο που η σύνταξη σχεδόν καταργείται. Οι αλλαγές στους όρους εκ των πραγμάτων αφορούν κυρίως τους υπερήλικες ομογενείς παλιννοστούντες από τις χώρες της πρώην- ΕΣΣΔ και τη Βόρειο Ήπειρο (Υποπαράγραφος ΙΑ . 6 αρ. 5).

Συγκεκριμένα, κατά την προαναφερόμενη ρύθμιση προκειμένου να καταβληθεί η ως άνω μηνιαία σύνταξη από 1.1.2013 θα πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά στα δικαιούμενα πρόσωπα οι παρακάτω προϋποθέσεις: α) 20ετής μόνιμη και νόμιμη διαμονή στην Ελλάδα πριν την υποβολή της αίτησης για συνταξιοδότηση και β) να μην λαμβάνουν και να μην δικαιούνται οι ίδιοι σύνταξη από οποιονδήποτε ασφαλιστικό φορέα στο εξωτερικό.

Περαιτέρω στο τελευταίο εδάφιο της ως άνω παραγράφου ορίζεται ότι με τα ανωτέρω κριτήρια «επανακρίνονται από 1.1.2013 και όσοι έχουν ήδη καταστεί συνταξιούχοι».

Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περίπου 350.000 ομογενείς υπερήλικες που εγκαταστάθηκαν μόνιμα στην Ελλάδα, κατά την περίοδο 1994-2006, δεν θα πληρούν

πλέον τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Ο Συνήγορος του Πολίτη μετά από τη διερεύνηση αναφορών από Έλληνες ομογενείς τρίτων χωρών, διαπίστωσε προβλήματα σχετικά με τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση της σύνταξης σε ανασφάλιστους υπερήλικες.

Ειδικότερα, όπως σημειώνει η Αρχή, πολλοί παλιννοστούντες ανασφάλιστοι υπερήλικες, είτε συνταξιούχοι που λαμβάνουν μικρή σύνταξη από τις χώρες τους, είτε δεν έχουν συμπληρώσει 20ετία διαμονής στην Ελλάδα, στερούνται πλέον την παροχή σύνταξης από 1/3/2013. Οι αλλαγές του νόμου εφαρμόστηκαν και στις εκκρεμείς αιτήσεις για σύνταξη. Ο Συνήγορος, σε έγγραφο που απηύθυνε προς το υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, τόνισε ότι οι συγκεκριμένες διατάξεις οδηγούν στην πλήρη στέρηση της σύνταξης ανασφάλιστου υπερήλικα σε πρόσωπα τα οποία ανήκουν σε ιδιαίτερος ευπαθή ομάδα του πληθυσμού. Επίσης, βρίσκονται σε αντίθεση με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) και το Σύνταγμα.

Περαιτέρω, η Ανεξάρτητη Αρχή επισήμανε ότι, ενόψει της ιδιαίτερα χαμηλής σύνταξης που λαμβάνουν οι παλιννοστούντες ομογενείς, η στέρηση της σύνταξης ανασφάλιστου υπερήλικα θα δημιουργήσει ζητήματα αξιοπρεπούς διαβίωσής τους. Συγκεκριμένα, η Αρχή επισημαίνει ότι το ποσόν της σύνταξης που χορηγείται από τη χώρα προέλευσης, το οποίο μειώνεται ακόμη περισσότερο μετά την αφαίρεση της εισφοράς για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, είναι ανεπαρκές ακόμη και για την εξασφάλιση τροφής. Τονίζει δε ότι το μέτρο είναι επαχθές, καθώς οι δικαιούχοι αδυνατούν να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση, λόγω του προχωρημένου της ηλικίας τους, και προσθέτει ότι η 20ετής διάρκεια διαμονής που απαιτείται μπορεί να θεωρηθεί υπερβολικά μακρά.

Ο Συνήγορος του Πολίτη ζήτησε από τον αρμόδιο υπουργό την τροποποίηση των σχετικών διατάξεων του ν.4093/2012, ως εξής:

- Στις περιπτώσεις που ο ανασφάλιστος υπερήλικας λαμβάνει σύνταξη από άλλη πηγή, μικρότερη από αυτήν που χορηγεί ο ΟΓΑ, να χορηγείται το υπόλοιπο της παροχής μέχρι του ύψους της σύνταξης ανασφάλιστου υπερήλικα.

- Ο χρόνος προηγούμενης μόνιμης και νόμιμης διαμονής στη χώρα, ως προϋπόθεση για τη χορήγηση της σύνταξης ανασφάλιστου υπερήλικα, θα πρέπει να προσδιορισθεί

σύμφωνα με τους κανόνες του ευρωπαϊκού δικαίου και του εσωτερικού δικαίου που ορίζουν τις προϋποθέσεις πολιτογράφησης.

- Οι ήδη δικαιούχοι να μην αποκλεισθούν από την παροχή έστω κι αν η διάρκεια της προηγούμενης διαμονής τους είναι βραχύτερη από αυτήν που ορίζουν οι νέες διατάξεις.

Προνοιακές παροχές

Για τους νόμιμους υπηκόους τρίτων χωρών προβλέπεται, εξάλλου, και η χορήγηση των παρακάτω προνοιακών παροχών:

Επίδομα οικονομικής ενίσχυσης απροστάτευτων παιδιών (Ν.4051/1960)

Χρηματικές παροχές μητρότητας, αν η μητέρα είναι ανασφάλιστη ή δεν τις καλύπτει ο ασφαλιστικός της φορέας (Ν.1302/1982)

Πρόσβαση σε υπηρεσίες Κοινωνικής Προστασίας, όπως σε παιδικούς σταθμούς, Παιδοπόλεις, Κέντρα Παιδικής Μέριμνας, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», στεγαστική συνδρομή και κατασκηνώσεις του κρατικού προγράμματος λουτροθεραπείας ηλικιωμένων.

5.4 Άστεγοι

Αντικείμενο του άρθρου 21 Σ είναι και το δικαίωμα για κοινωνική πρόνοια που συνεπάγεται την προστασία ατόμων ή ομάδων με σκοπό την πρόληψη, μείωση ή επανόρθωση μιας κατάστασης κοινωνικής ή οικονομικής ανάγκης . Τέλος κατοχυρώνεται και το κοινωνικό δικαίωμα για στέγαση. Το δικαίωμα αυτό δεν ταυτίζεται με το εμπράγματο δικαίωμα της ιδιοκτησίας απαραίτητα αλλά μπορεί να έχει και τη μορφή μίσθωσης ή δωρεάν παραχώρησης. Φορείς του δικαιώματος είναι τα φυσικά πρόσωπα, Έλληνες και αλλοδαποί που διαμένουν στην Ελλάδα .

Η οικονομική κρίση που έπληξε την ΕΕ το 2008, έχει οδηγήσει σε ραγδαία αύξηση της ανεργίας ειδικά στα χρεωμένα κράτη που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική ύφεση. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, σε διάρκεια ενός έτους (δ' τρίμηνο 2011- δ' τρίμηνο 2012) καταγράφονται απώλειες 1 εκατ. θέσεων εργασίας. Στο πλαίσιο αυτό, ένας αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων, ιδιαίτερα εκείνων που έχουν χάσει τις δουλειές τους και δεν είναι σε θέση να βρουν νέες, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καταβολή των ενοικίων ή στην εξυπηρέτηση των στεγαστικών τους δανείων. Η κατάσταση έχει οδηγήσει σε αύξηση του φαινομένου των αστέγων που αναμένεται να ενταθεί κατά το επόμενο έτος.

Σε αυτό το πλαίσιο, η έλλειψη στέγης αποτελεί μια σημαντική πολιτική ανησυχία τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και κρατών μελών. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενέκρινε το στόχο για τερματισμό της έλλειψης στέγης μέχρι το 2015 ενώ το θέμα κατέχει περίοπτη θέση στις συνεδριάσεις της Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων ετών.

Αν και δεν υπάρχουν αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των αστέγων στη Ευρώπη, σύμφωνα με ειδική έκθεση του ευρωβαρομέτρου, (Special Eurobarometer 321 “Poverty and Social Exclusion”), σχεδόν τα τρία τέταρτα των ευρωπαίων (73%) πιστεύουν ότι η έλλειψη στέγης έχει αυξηθεί στη χώρα τους τα τελευταία τρία χρόνια, αλλά μόνο το 30% πιστεύει ότι έχει αυξηθεί στην περιοχή τους.

Το φαινόμενο της έλλειψης στέγης είναι σχετικά πρόσφατο στην Ελλάδα, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο αριθμός των αστέγων άρχισε να αυξάνεται σημαντικά τη δεκαετία του '80. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, ο ρυθμός αύξησης των αστέγων στη χώρα μας τείνει να προσεγγίσει πλέον τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό. Στις αρχές της δεκαετίας του '90, το φαινόμενο αυτό συνδέθηκε με εκείνο της μετανάστευσης, εφόσον τα αυξανόμενα στεγαστικά προβλήματα των Ελλήνων πολιτών συνέπεσαν με την εισροή μεταναστών και αιτούντων άσυλο, οι οποίοι προέρχονταν, κυρίως, από την Αλβανία και τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και κάποιες αφρικανικές χώρες, όπως το Σουδάν και η Νιγηρία.

Σήμερα, το πρόβλημα της στέγης, έχει αυξηθεί και ενταθεί στη χώρα μας και ανάμεσα στο ντόπιο πληθυσμό. Η οικονομική κρίση και η ανεργία που πλήττει σχεδόν όλες τις ηλικιακές και επαγγελματικές ομάδες, αύξησε τον αριθμό των αστέγων κατά 25% αλλά και δημιούργησε τη λεγόμενη γενιά «νεοάστεγων». Πρόκειται για πληθυσμούς που είχαν επαρκές εισόδημα και μέτριο ή υψηλό μορφωτικό επίπεδο αλλά οδηγήθηκαν στην έλλειψη στέγης λόγω ανεργίας ή συντριπτικής μείωσης του εισοδήματός τους.

Σύμφωνα με δημοσίευση της ΜΚΟ ΚΛΙΜΑΚΑ το Μάιο 2011 (newsletter “η αποτύπωση της έλλειψης στέγης στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης»). Στην Ελλάδα εμφανίζονται τρεις βασικές κατηγορίες αστέγων: Α) άτομα που εμφανίζουν ένα συνδυασμό των παρακάτω παραγόντων: ανεργία, χαμηλό εισόδημα, ψυχικά διαταραχή, συνήθως διπλή διάγνωση (ναρκωτικά αλκοόλ τζόγος), απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, Β) άτομα που βρίσκονται σε έλλειψη ή σε επισφαλή κατάσταση στέγης λόγω ανεργίας και απουσία οικογενειακού-υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Τα άτομα

αυτά δεν εμφανίζουν ψυχοπαθολογία και έχουν συγκριτικά τις περισσότερες πιθανότητες για επανένταξη και αποκατάσταση, Γ) Μετανάστες, πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο σε μεταβατικό στάδιο. Προέρχονται κυρίως από ασιατικές και αφρικανικές χώρες οι οποίοι ακόμη και όταν βρουν στέγη, διαμένουν σε ακατάλληλες κατοικίες σε συνθήκες υπερσυγκεντρωτισμού.

Η FEANTSA (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εθνικών Οργανώσεων για τους Αστέγους) έχει αναπτύξει μια τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία, που ονομάζεται ETHOS. Η τυπολογία αυτή ξεκινάει από την παραδοχή τριών διαστάσεων που συνιστούν την έννοια της «στέγης», η έλλειψη των οποίων περιγράφει, αντίστοιχα, την έλλειψή της:

- Το να έχει κάποιος σπίτι σημαίνει ότι έχει ένα κατάλληλο οίκημα (ή χώρο), στο οποίο το άτομο και η οικογένειά του έχουν την αποκλειστική κυριότητα (φυσική διάσταση)
- Το να είναι κανείς σε θέση να διαθέτει προσωπικό χώρο και να απολαμβάνει τις κοινωνικές του σχέσεις (κοινωνική διάσταση) και
- Το να έχει κανείς έναν νόμιμο τίτλο για την ιδιοκτησία ενός χώρου (νομική διάσταση).

Αυτή η ανάλυση καταλήγει στις τέσσερις βασικές κατηγοριοποιήσεις οι οποίες υποδηλώνουν την έλλειψη στέγης:

- Άστεγοι στον δρόμο
- Άνθρωποι στερούμενοι κατοικίας
- Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης
- Άνθρωποι που διαβιούν σε ανεπαρκή – ακατάλληλα καταλύματα

Η αναγνώριση των αστέγων ως ευπαθούς ομάδας, στην οποία παρέχεται κοινωνική προστασία, θεσμοθετήθηκε πρόσφατα στη χώρα μας με τη διάταξη του άρθρου 29 του νόμου 4052/2012. Ως άστεγοι ορίζονται «όλα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης».

Η νομοθετική κατοχύρωση της έννοιας του αστέγου είναι πολύ σημαντική καθώς ανοίγει το δρόμο προκειμένου να μπορέσει η Ελλάδα να διεκδικήσει και να αξιοποιήσει κοινοτικούς πόρους για την χρηματοδότηση προγραμμάτων και δράσεων προστασίας αστέγων. Συγκεκριμένα, η τροποποίηση του κανονισμού του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (2010) που επιτρέπει την επιλεξιμότητα της παροχής βοήθειας στέγασης, δίνει νέες δυνατότητες στη χώρα μας για την αξιοποίηση πόρων, με σκοπό την παροχή στέγης και κοινωνικής στήριξης στους αστέγους.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι ακριβής αριθμητική καταγραφή των αστέγων στη χώρα μας δεν υπάρχει. Η προσπάθεια για την πανελλαδική καταγραφή των αστέγων ξεκίνησε το 2009 από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε συνεργασία με τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας κι έδωσε ως αποτέλεσμα έναν αριθμό 21.126 ανθρώπων που ζουν στον δρόμο ή σε καθεστώς μη ασφαλούς διαβίωσης. Αρκετές νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις όμως, δεν ανταποκρίθηκαν στο σχετικό αίτημα με αποτέλεσμα τα στατιστικά στοιχεία να κρίνονται ανεπαρκή.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για την Έλλειψη Στέγης και της FEANTSA, οι άστεγοι στην Ελλάδα είναι πάνω από 40.000

Η αναγνώριση των αστέγων είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης, που οδηγεί ολοένα και περισσότερους ανθρώπους στο δρόμο. Ωστόσο, εκτός από ποσοτική αύξηση, η κρίση έφερε και ποιοτική μεταβολή των αστέγων στη χώρα μας. Οι παλαιότεροι άστεγοι, ήταν κυρίως τοξικομανείς, άτομα με έντονη παραβατικότητα ή με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και προέρχονταν από χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Οι άστεγοι νέας γενιάς είναι εκπρόσωποι της μεσαίας τάξης, που είτε λόγω ανεργίας είτε λόγω χαμηλού εισοδήματος και έλλειψης υποστήριξης από την οικογένεια και τον περίγυρο, αναγκάζονται να μείνουν στον δρόμο ή σε ακατάλληλους και ανεπαρκείς χώρους, δηλαδή σε καταλύματα χωρίς νερό, ρεύμα, θέρμανση. Χαρακτηριστικό είναι άλλωστε ότι τον τελευταίο καιρό εμφανίζονται όλο και περισσότερες οικογένειες αστέγων.

Η ΜΚΟ στήριξης των αστέγων και αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού «ΚΛΙΜΑΚΑ», μέλος της FEANTSA, διεξήγε έρευνα που αφορά στη μελέτη της ποιοτικής διαφοροποίησης της έλλειψης στέγης στην Ελλάδα και τα χαρακτηριστικά της νέας γενιάς αστέγων. Η έρευνα διενεργήθηκε την περίοδο Σεπτέμβριος 2011 – Φεβρουάριος 2012 στην Αθήνα (Κέντρο Στήριξης Αστέγων «Κλίμακα», Ξενώνας

Αστέγων ΕΕΣ, street working) σε πληθυσμό αστέγων με ελληνική υπηκοότητα και αλλοδαπούς που ζουν στην Ελλάδα πάνω από 8 έτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, «Η έλλειψη στέγης στην Ελλάδα του 2012», που παρουσιάστηκαν το Δεκέμβριο του 2012, σε δείγμα 214 αστέγων, που ρωτήθηκαν, 64,8% ήταν άστεγοι για λιγότερο από δύο χρόνια, δηλαδή από τα τέλη του 2010, περίοδο που ταυτίζεται με την έναρξη της κρίσης. Σε ποσοστό 89,7% ήταν Έλληνες και 10,3% αλλοδαποί. Σε ποσοστό 82,2% ήταν άνδρες, 60,7% ανήκαν στις ηλικίες μεταξύ 41 -55, ενώ 26,40% ήταν μεταξύ 26-40. Ένας στους πέντε είχε ανώτερο ή ανώτατο μορφωτικό επίπεδο και 40% είχαν τελειώσει το Λύκειο. Σε ό,τι αφορά την εργασία τους, 24,8% εργάζονταν σε τεχνικά επαγγέλματα ή / και στον κατασκευαστικό τομέα, κλάδους, που επλήγησαν από την οικονομική κρίση, 22% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 18% ελεύθεροι επαγγελματίες και 16% εργάζονταν στον τουριστικό τομέα. Ποσοστό 30,2% είχαν περάσει τουλάχιστον μία νύχτα στη φυλακή, εκ των οποίων 58,1% για οικονομικούς λόγους. Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, 33% ήταν διαζευγμένοι και 47,2% είχαν παιδιά. Το 63,5% των οικογενειών τους ήταν ενήμερες για την κατάστασή τους, αλλά 67,5% των οικογενειών ήταν εχθρικές ή αδιάφορες. Σε ποσοστό 45,2% δήλωσαν ότι δεν έχουν κανέναν φίλο, ενώ 34,3% πως είχαν ερωτικές σχέσεις και σεξουαλική ζωή.

Ποσοστό 18,1% έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν τουλάχιστον μία φορά. Συχνή χρήση αλκοόλ δηλώνουν ότι κάνουν σε ποσοστό 38,1%, ενώ 20,4% έχουν οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου. Οι μισοί ζούσαν με 0 έως 20 ευρώ το μήνα. Ως σημαντικότερες ανάγκες τους κατέταξαν τη στέγαση (85,6%), την ιατρική περίθαλψη (83,1%), την εργασία (76,5%) και τη φροντίδα υγιεινής (75%). Ποσοστό 58,1% δεν έχουν κανέναν είδους ιατρική ασφάλιση, γεγονός που σύμφωνα με την ΚΛΙΜΑΚΑ είναι το σημαντικότερο πρόβλημα μετά τη στέγαση. Οι περισσότεροι από τους μισούς κινούνταν στο ιστορικό κέντρο της Αθήνας, ενώ πολλοί ήταν και στον Πειραιά. Οι μισοί δεν αισθάνονται καθόλου ασφαλείς. Κατά την εκτός στέγη διαβίωση, το 1/3 εξ αυτών έχουν κακοποιηθεί σωματικά τουλάχιστον μία φορά, 21,05% των γυναικών έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά και 44,1% έχουν πέσει θύματα ληστείας. Σε ποσοστό 29,8% θεωρούσαν ότι βρίσκονταν εκτός στέγης, λόγω οικονομικών προβλημάτων, ενώ 17,3% λόγω ανεργίας. Ακολουθούν -με το ίδιο ποσοστό- εκείνοι που δηλώνουν «ανεπαρκή οικογενειακή στήριξη». Παρά τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετώπιζαν, σε ποσοστό 79,8% πίστευαν ότι μπορούν να αλλάξουν την κατάστασή τους, ενώ σε ερώτηση

σχετικά με το τι πιστεύουν ότι πρέπει να γίνει για να μη βρίσκονται οι άνθρωποι εκτός στέγης, σε ποσοστό 71,7% απάντησαν ότι θα έπρεπε να υπάρξει κρατική πρόληψη.

5.4.1 Η ευρωπαϊκή στρατηγική για την αντιμετώπιση του φαινομένου των αστέγων

-Το 2008, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε μια Γραπτή Διακήρυξη για την αντιμετώπιση του προβλήματος των αστέγων που διαβιούν στο δρόμο, ζητώντας από τις ευρωπαϊκές χώρες να συμφωνήσουν σε μία δέσμευση για την οριστική επίλυση του προβλήματος των αστέγων που διαβιούν στο δρόμο μέχρι το 2015 και καλώντας την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να αναπτύξει ένα ευρωπαϊκό πλαίσιο ορισμού του προβλήματος των αστέγων, να συγκεντρώσει συγκριτικά και αξιόπιστα στατιστικά δεδομένα και να διεξάγει ετήσιες ενημερώσεις για τις εφαρμοσθείσες δράσεις και για την πρόοδο που έχει συντελεσθεί από τα Ευρωπαϊκά κράτη μέλη στο ζήτημα των αστέγων.

-Το 2009 οι άστεγοι αποτελούν μία από τις πρώτες προτεραιότητες κοινωνικής πολιτικής των υπουργείων κοινωνικής προστασίας των 27 ευρωπαϊκών κρατών μελών.

-Στις 16 Δεκεμβρίου 2010 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε τη Γραπτή Διακήρυξη 61 για μία ευρωπαϊκή στρατηγική για την έλλειψη στέγης με συνολικά 391 υπογραφές. Η πρωτοβουλία ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2010 από 5 Μέλη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, τα οποία συνεχίζουν τη δράση τους στο συγκεκριμένο θέμα. Η Γραπτή Διακήρυξη στέλνει ένα σαφές μήνυμα προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να αναπτύξει ένα Ευρωπαϊκό πλαίσιο το οποίο θα μπορεί να υποστηρίξει την ανάπτυξη εθνικών /περιφερειακών /τοπικών στρατηγικών για την έλλειψη στέγης.

-Τον ίδιο μήνα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μία ανακοίνωση στην Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα ενάντια της Φτώχειας (EPAP), η οποία είναι μέρος της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για το 2020 και ξεκίνησε επίσημα να λειτουργεί τον Ιανουάριο του 2011 ως πλαίσιο για τις μελλοντικές πολιτικές κατά της φτώχειας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

-Στις 9-10 Δεκεμβρίου 2010, ευρωπαϊκό έτος για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, η πρώτη Ευρωπαϊκή Συναινετική Διάσκεψη (European Consensus Conference on Homelessness) για την έλλειψη στέγης έλαβε χώρα στις Βρυξέλλες. Αποτέλεσε μία καινοτόμο πολιτική διαδικασία με στόχο την καθιέρωση κοινής συνεννόησης σε θεμελιώδη ζητήματα, προκειμένου να για τον προσδιορισμό μιας πιο αποτελεσματικής ημερήσιας διάταξης σε ολόκληρη την ΕΕ, προκειμένου να υποστηριχθεί ο αγώνας κατά του φαινομένου των αστέγων στα κράτη μέλη. Η διάσκεψη

εκτίμησε ότι παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε πολλά κράτη μέλη ως προς την αντιμετώπιση του φαινομένου, η υποστήριξη πολιτικής και ο συντονισμός χρειάζεται να αναπτυχθούν σε επίπεδο Ε.Ε. καθώς αποτελεί σημαντικό μέρος της Στρατηγικής της για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη.

Η διάσκεψη συναίνεσης ασχολήθηκε με έξι βασικά ερωτήματα για το φαινόμενο των αστέγων, τα οποία επελέγησαν από μια Προπαρασκευαστική Επιτροπή:

1. τι σημαίνει «φαινόμενο των αστέγων»;
2. αποτελεί η εξάλειψη του εν λόγω φαινομένου ρεαλιστικό στόχο;
3. είναι οι προσεγγίσεις βάσει στέγασης το αποτελεσματικότερο μέσο αντιμετώπισης του προβλήματος;
4. πώς θα διασφαλιστεί ότι οι άστεγοι έχουν δικαίωμα γνώμης στην ανάπτυξη πολιτικής;
5. σε τι βαθμό θα πρέπει οι άνθρωποι να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες για τους αστέγους ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς τους και την υπηκοότητά τους;
6. τι θα έπρεπε να περιλαμβάνει μια γενική στρατηγική της ΕΕ;

Σε απάντηση του πρώτου ερωτήματος, η κριτική επιτροπή αμφισβητεί γενικά αποδεκτούς ορισμούς της έλλειψης στέγης ως το φαινόμενο των ατόμων που κοιμούνται στο δρόμο, και συμπεραίνει ότι η έλλειψη στέγης είναι μια περίπλοκη, δυναμική και διαφοροποιημένη διαδικασία με διαφορετικές εισόδους και εξόδους ή «μονοπάτια» για τα διάφορα άτομα και τις διάφορες ομάδες. Η κριτική επιτροπή συνιστά την υιοθέτηση της ευρωπαϊκής τυπολογίας για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία (ETHOS), που ξεκίνησε η FEANTSA το 2005 ως κοινό ορισμό-πλαίσιο της έλλειψης στέγης.

Η απάντηση της κριτικής επιτροπής στο δεύτερο ασχολείται με το επίπεδο φιλοδοξίας που θα έπρεπε να διέπει μια κύρια στρατηγική της ΕΕ για την έλλειψη στέγης. Η κριτική επιτροπή συμπεραίνει ότι η έλλειψη στέγης αποτελεί σοβαρή αδικία και παραβίαση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η οποία μπορεί και θα έπρεπε να εξαλειφθεί. Παρόλο που πάντα θα υπάρχει μια δυνητική ροή ατόμων προς καταστάσεις έλλειψης στέγης, η κριτική επιτροπή συμπεραίνει ότι τα συνεχιζόμενα μέτρα πρόληψης και παρέμβασης στο πλαίσιο εθνικών/περιφερειακών ολοκληρωμένων στρατηγικών για την έλλειψη στέγης, μπορούν τόσο να εμποδίσουν τους ανθρώπους από το να περιέλθουν σε τέτοιες συνθήκες όσο και να διασφαλίσουν την ταχεία εξεύρεση

μακροπρόθεσμων λύσεων για όσους αντιμετωπίζουν καταστάσεις έλλειψης στέγης. Έτσι, η κριτική επιτροπή θεωρεί ότι η έλλειψη στέγης μπορεί να μειωθεί σταδιακά και τελικά να εξαλειφθεί.

Σε ό,τι αφορά το τρίτο βασικό ερώτημα η κριτική επιτροπή κάνει έκκληση για μεταστροφή από τη χρήση καταλυμάτων και μεταβατικής διαμονής ως επικρατούσας λύσης στην έλλειψη στέγης σε προσεγγίσεις βάσει στέγασης. Αυτό σημαίνει αύξηση της πρόσβασης στη μόνιμη στέγαση και αύξηση της δυνατότητας πρόληψης αλλά και παροχής επαρκούς ευέλικτης υποστήριξης των ατόμων στα σπίτια τους ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Σε απάντηση του τέταρτου ερωτήματος, η κριτική επιτροπή προτείνει τη μετάβαση από προσεγγίσεις που θεωρούν τους αστέγους παθητικούς δέκτες βοήθειας σε προσεγγίσεις που δίνουν έμφαση στα δικαιώματα και την αυτονομία τους. Η κριτική επιτροπή κάνει έκκληση για ενδυνάμωση των αστέγων ώστε να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τις ζωές τους. Η κριτική επιτροπή επισημαίνει και μερικά σημαντικά στοιχεία που εμποδίζουν τη διευκόλυνση της πλήρους συμμετοχής των αστέγων στις διαδικασίες χάραξης πολιτικής και υποβάλλει προτάσεις σχετικά με το πώς θα έπρεπε να αντιμετωπιστούν αυτά τα εμπόδια.

Για το πέμπτο ερώτημα η κριτική επιτροπή επισημαίνει ότι η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες για τους αστέγους, ιδιαίτερα για τους μετανάστες και τους αλλοδαπούς πολίτες της ΕΕ, ότι αυτό είναι θέμα ολοένα και μεγαλύτερης σημασίας και συζήτησης στο πλαίσιο ενός οξυνόμενου προβλήματος έλλειψης στέγης μεταξύ των μεταναστών και των αλλοδαπών πολιτών της ΕΕ σε μια σειρά από κράτη μέλη. Η κριτική επιτροπή δηλώνει ότι κανένα άτομο στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν θα έπρεπε να αφήνεται να ζει μέσα στη στέρηση, και υπογραμμίζει την ανάγκη σεβασμού των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ανεξάρτητα από το νομικό ή διοικητικό καθεστώς των ανθρώπων. Η κριτική επιτροπή κάνει έκκληση για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της κατάστασης των μεταναστών και των πολιτών της ΕΕ που έρχονται αντιμέτωποι με την έλλειψη στέγης ως αποτέλεσμα των εμποδίων πρόσβασης σε σχέση με το νομικό ή διοικητικό καθεστώς τους. Η κριτική επιτροπή τονίζει την ιδιαίτερη ευθύνη της πολιτικής για τη μετανάστευση στην πρόληψη αυτής της κατάστασης. Οι υπηρεσίες για τους αστέγους δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συστηματικά για να αντισταθμίζουν ασυνεπείς μεταναστευτικές πολιτικές που οδηγούν τους ανθρώπους σε καταστάσεις στέρησης και έλλειψης στέγης. Ούτε θα έπρεπε η πρόσβαση στις υπηρεσίες για τους

αστέγους να χρησιμοποιείται ως μέσο ρύθμισης της μετανάστευσης. Οι φορείς παροχής υπηρεσιών για τους αστέγους δεν θα έπρεπε να τιμωρούνται επειδή παρέχουν υπηρεσίες σε ανθρώπους που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης. Προκειμένου να ενισχυθεί η κατανόηση αυτού του θέματος, η κριτική επιτροπή συμπεραίνει ότι είναι αναγκαία η διενέργεια μιας μελέτης σε επίπεδο ΕΕ για τις σχέσεις μεταξύ της έλλειψης στέγης και της μετανάστευσης, καθώς και του πλαισίου της ελεύθερης κυκλοφορίας εντός της ΕΕ. Μια τέτοια μελέτη θα έπρεπε να δώσει τη δέουσα προσοχή στη φύση των μεταναστευτικών εμπειριών με βασικό κριτήριο το φύλο, και στην ιδιαίτερη κατάσταση ορισμένων γυναικών μεταναστών.

Για το έκτο ερώτημα, το κυριότερο συμπέρασμα της κριτικής επιτροπής είναι ότι, στο πλαίσιο της νέας στρατηγικής «Ευρώπη 2020» και ιδιαίτερα της Ευρωπαϊκής Πλατφόρμας για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, υπάρχει ανάγκη για μια φιλόδοξη στρατηγική της ΕΕ σχετικά με την έλλειψη στέγης, ώστε να πλαισιωθεί η ανάπτυξη εθνικών/περιφερειακών στρατηγικών στα κράτη μέλη και να ενισχυθεί η πρόοδος στον αγώνα κατά της έλλειψης στέγης. Τόσο το ευρύτερο πλαίσιο της ΕΕ όσο και οι εθνικές/περιφερειακές στρατηγικές πρέπει να υιοθετήσουν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που θα καλύπτει όλα τα σχετιζόμενα πεδία, όπως στέγαση, κοινωνικές υποθέσεις, υγεία και απασχόληση. Πρέπει να συνίστανται σε σωστή διακυβέρνηση, επιτρέποντας τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερόμενων φορέων. Πρέπει να βασίζονται σε στοιχεία, γεγονός που απαιτεί εκτεταμένη συλλογή και έρευνα δεδομένων, και πρέπει να επικεντρώνονται σε σαφείς στόχους. Εντός του προτεινόμενου στρατηγικού πλαισίου της ΕΕ, η κριτική επιτροπή κάνει έκκληση στα κράτη μέλη να ορίσουν ημερομηνίες έως τις οποίες θα τερματίσουν το φαινόμενο των ατόμων που κοιμούνται στο δρόμο και τη μακροπρόθεσμη έλλειψη στέγης. Επιπλέον, η πρόληψη της έλλειψης στέγης, η προώθηση ποιοτικών υπηρεσιών για τους αστέγους και της πρόσβασης σε οικονομικά προσιτή στέγαση με υποστήριξη ώστε να διατηρηθεί αυτή ως αναγκαία, πρέπει να αποτελέσουν βασικές προτεραιότητες. Οι ολοκληρωμένες στρατηγικές για την έλλειψη στέγης πρέπει να λάβουν υπόψη τα μεταβαλλόμενα χαρακτηριστικά του άστεγου πληθυσμού. Σε επίπεδο ΕΕ, το στρατηγικό πλαίσιο πρέπει να υποστηρίζει, να παρακολουθεί και να συντονίζει την ανάπτυξη ολοκληρωμένων εθνικών/περιφερειακών στρατηγικών στα κράτη μέλη μέσα από ένα κατάλληλο πλαίσιο παρακολούθησης, μια ισχυρή ερευνητική ημερήσια διάταξη με έντονα στοιχεία κοινωνικής καινοτομίας, ένα διεθνικό πρόγραμμα ανταλλαγής αμοιβαίας μάθησης, την

προώθηση ποιοτικών υπηρεσιών, αειφόρους συνδέσμους με τις ευκαιρίες χρηματοδότησης της ΕΕ και ενσωμάτωση της έλλειψης στέγης σε σημαντικούς τομείς πολιτικής.

-Στις 20 Ιανουαρίου 2011, και σύμφωνα με το άρθρο 29, παράγραφος 2, του Εσωτερικού της Κανονισμού, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή αποφάσισε να καταρτίσει γνωμοδότηση πρωτοβουλίας με θέμα «Το πρόβλημα των αστέγων». Το ειδικευμένο τμήμα «Απασχόληση, κοινωνικές υποθέσεις, δικαιώματα του πολίτη» στο οποίο ανατέθηκε η προετοιμασία των σχετικών εργασιών, υιοθέτησε τη γνωμοδότησή του στις 28 Σεπτεμβρίου 2011. Κατά τη 475η σύνοδο ολομέλειας της, της 26ης και 27ης Οκτωβρίου 2011 (συνεδρίαση της 27ης Οκτωβρίου), η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή υιοθέτησε με 98 ψήφους και 6 αποχές τη συγκεκριμένη γνωμοδότηση. Η γνωμοδότηση μεταξύ άλλων εστιάζει στην ανάγκη να αφιερώσει η Ευρωπαϊκή Ένωση περισσότερους πόρους μέσω των διαρθρωτικών ταμείων, για προώθηση λύσεων στο θέμα των αστέγων. Με δεδομένο ότι η Ευρώπη διαθέτει το νομικό πλαίσιο για μια φιλόδοξη πολιτική όσον αφορά στη στέγαση, στο κείμενο της γνωμοδότησης επισημαίνεται πως η Ε.Ε. πρέπει να συνδράμει τα κράτη μέλη προκειμένου να εφαρμόσουν αποτελεσματικές εθνικές στρατηγικές. Στο πλαίσιο αυτό τα κράτη- μέλη σε ότι αφορά τις πολιτικές τους θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την πρόληψη του φαινομένου και τη δημιουργία μόνιμων κατοικιών. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή συνιστά τη διάδοση καινοτόμων μοντέλων σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο που θα προωθούν καινοτόμες και διαδραστικές προσεγγίσεις στις οποίες η μόνιμη στέγη πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή.

5.4.2 Ευρωπαϊκό forum ανταλλαγής στρατηγικών για τους αστέγους (HABITACT)

Το HABITACT είναι ένα δίκτυο 13 ευρωπαϊκών πόλεων -εταίρων, μεταξύ των οποίων και η Αθήνα, ανταλλαγής τοπικών στρατηγικών για τους άστεγους. Ξεκίνησε με την υποστήριξη της FEANTSA τον Ιούνιο του 2009, με στόχο την ανάπτυξη συνεργασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο μεταξύ τοπικών αρχών, σε θέματα κοινωνικής πολιτικής και συγκεκριμένα στη διαχείριση των αστέγων. Καθιερώθηκε λόγω του αυξανόμενου ενδιαφέροντος και του αιτήματος από τις τοπικές αρχές της Ευρώπης, για πληροφορίες

σχετικά με τους άστεγους. Η στήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και η εντατική βοήθεια από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών υπόσχονται την περαιτέρω ανάπτυξη αυτής της συνεργασίας.

Το HABITACT

- 1.Επιδιώκει τη δημιουργία αποτελεσματικών μέσων καταπολέμησης της έλλειψης στέγης σε τοπικό επίπεδο μέσω της ανταλλαγής Ευρωπαϊκών πολιτικών.
- 2.Αναζητά τεχνογνωσία και εμπειρία προκειμένου να διευκολυνθεί η κοινή ανάπτυξη κοινών πλαισίων για την αντιμετώπιση κοινών προκλήσεων.
- 3.Προωθεί μία διαδικασία εκπαίδευσης μεταξύ τοπικών αρχών, η οποία βασίζεται σε μία πρακτική προσέγγιση ανταλλαγών στο πλαίσιο της Ευρώπης.
- 4.Στοχεύει να καταστεί αξιόπιστη πηγή τεχνογνωσίας για τοπικές στρατηγικές για την έλλειψη στέγης. Στη διαδικτυακή τράπεζα πολιτικής του, το HABITACT συλλέγει πληροφορίες, με στόχο τη διευκόλυνση ανταλλαγής πληροφοριών σχετικών με τοπικές στρατηγικές για την έλλειψη στέγης. Η τράπεζα περιέχει πύλες εισόδου για πόλεις από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες και αναπτύσσεται διαρκώς.

Δικαιώματα - Προϋποθέσεις Αστεγών στον τομέα της Υγείας

- Οι άστεγοι, άνεργοι, ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι, οι οποίοι είναι Έλληνες πολίτες ή ομογενείς έχουν δικαίωμα έκδοσης βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (απορίας) που τους εξασφαλίζει δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις
- Για τους άστεγους, οι οποίοι δεν είναι Έλληνες πολίτες, ισχύουν τα δικαιώματα των μεταναστών και προσφύγων που αναφέρονται στις παραπάνω κατηγορίες
- Οι άστεγοι, εφόσον είναι ανασφάλιστοι, είτε είναι μετανάστες είτε ελληνικής καταγωγής, έχουν τη δυνατότητα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα πλαίσια του επείγοντος στα Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, δημοτικά πολυιατρεία, πολυιατρεία Μη Κυβερνητικών φορέων, κέντρα υγείας κλπ. Επίσης στα πλαίσια του επείγοντος, μπορούν να νοσηλευτούν όταν εισαχθούν εκτάκτως σε Δημόσιο Νοσοκομείο και να λάβουν δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης της υγείας τους.

5.5 Ρομά

Οι Ρομά αποτελούν τη μεγαλύτερη εθνοτική μειονότητα της Ευρώπης. Ο πληθυσμός τους εκτιμάται σε 10-12 εκατομμύρια. Περίπου το 70% ζουν στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Σχεδόν το 80% του πληθυσμού ζει σε χώρες που μπήκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2004, ή είναι σε διαπραγματεύσεις ένταξης. Οι Ρομά υπολογίζεται ότι αποτελούν μεταξύ του 6-11% των πληθυσμών της Βουλγαρίας, των Σκοπίων, της Ρουμανίας και της Σλοβακίας. Τον καιρό της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη, οι Ρομά γίνονται το τέλειο εξιλαστήριο θύμα. Σε όλες τις χώρες αντιμετωπίζονται ως ο «εσωτερικός» ξένος, είναι ανεπιθύμητοι, περιθωριοποιημένοι, και υφίστανται το ρατσισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Ο πλούτος που οι κοινότητες αυτές μπορούν να προσκομίσουν στην ευρωπαϊκή κοινωνία συχνά παραβλέπεται και αλλοιώνεται από στερεότυπα και προκαταλήψεις. Από έρευνα σε έξι χώρες της ΕΕ (Βουλγαρία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Ρουμανία και Σλοβακία) προέκυψε ότι μόλις το 42% των παιδιών των Ρομά τελειώνουν το δημοτικό σχολείο, ενώ ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι 97,5%. Σε ό,τι αφορά τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το ποσοστό φοίτησης των παιδιών των Ρομά υπολογίζεται σε μόλις 10%. Στην αγορά εργασίας, έχουν μικρότερα ποσοστά απασχόλησης και αντιμετωπίζουν περισσότερες διακρίσεις. Σχετικά με την στέγαση, στερούνται συχνά πρόσβασης σε στοιχειώδεις υπηρεσίες, όπως η ύδρευση ή η ηλεκτροδότηση. Στον τομέα της υγείας, υπάρχει επίσης ένα χάσμα: το προσδόκιμο όριο επιβίωσης για τους Ρομά είναι μικρότερο κατά 10 έτη σε σχέση με το μέσο όρο στην ΕΕ, δηλαδή 76 για τους άνδρες και 82 για τις γυναίκες.

Ύστερα από αίτημα των ηγετών της ΕΕ, η Επιτροπή δημοσίευσε ολοκληρωμένη έκθεση σχετικά με τα μέσα, τις πολιτικές και την πρόοδο που επιτεύχθηκε προς την κατεύθυνση της ένταξης των Ρομά, η οποία υποβλήθηκε στο πλαίσιο της πρώτης ευρωπαϊκής συνόδου κορυφής για τους Ρομά τον Σεπτέμβριο του 2008. Οι ηγέτες της ΕΕ επιβεβαίωσαν, τον Δεκέμβριο του 2008, τη δέσμευση των κυβερνήσεών τους για τη χρησιμοποίηση των μέσων που είναι διαθέσιμα για την υποστήριξη της ένταξης των Ρομά.

Το 2009, η Επιτροπή ξεκίνησε ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα για την ένταξη των Ρομά που θα συγκεντρώσει εμπειρογνώμονες και αρμόδιους χάραξης πολιτικής. Ανέπτυξε 10 κοινές βασικές αρχές για την ένταξη των Ρομά που παρέχουν καθοδήγηση για τους αρμόδιους χάραξης πολιτικής ώστε να χαράζουν και να εφαρμόζουν αποτελεσματικές

δράσεις. Αυτές οι 10 βασικές αρχές που αποτελούν ουσιαστικά μια μη δεσμευτική πολιτική διακήρυξη είναι οι ακόλουθες:

1. εποικοδομητικές ρεαλιστικές και αμερόληπτες πολιτικές
2. συγκεκριμένη αλλά όχι αποκλειστική στόχευση
3. διαπολιτισμική προσέγγιση
4. πλήρης κοινωνική ενσωμάτωση των Ρομά
5. συνεκτίμηση της διάστασης του φύλου
6. αλληλομετάδοση τεκμηριωμένων πολιτικών
7. χρήση κοινοτικών μέσων
8. εμπλοκή των περιφερειακών και τοπικών αρχών
9. σύμπραξη της κοινωνίας των πολιτών
10. ενεργός συμμετοχή των Ρομά

Η ΕΕ έχει ισχυρό νομικό πλαίσιο για την καταπολέμηση των διακρίσεων. Η νομοθεσία της ΕΕ (οδηγία για τη φυλετική ισότητα) υποχρεώνει ήδη τα κράτη μέλη να παρέχουν σε εθνοτικές μειονότητες, όπως είναι οι Ρομά, ίση πρόσβαση στους τομείς της εκπαίδευσης, της στέγασης, της υγείας και της απασχόλησης. Είναι πλέον αποφασιστικής σημασίας η μετάβαση στο επόμενο στάδιο και η διασφάλιση ότι οι πολιτικές ενσωμάτωσης σε εθνική, περιφερειακή και τοπική κλίμακα θα επικεντρώνονται κατά τρόπο σαφή και συγκεκριμένο στους Ρομά. Επίσης, χρησιμοποιεί τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Ταμεία και προβάλλει το ζήτημα των διακρίσεων κατά των Ρομά με τις πρωτοβουλίες ευαισθητοποίησης. Επιπλέον, συντονίζει ορισμένους βασικούς τομείς πολιτικής που είναι ιδιαίτερα συναφείς με την ένταξη των Ρομά, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση και η κοινωνική ένταξη.

Στις 20 Οκτωβρίου 2010, η Συνάντηση Υψηλού Επιπέδου του Συμβουλίου της Ευρώπης για τους Ρομά οδήγησε στη «Δήλωση του Στρασβούργου για τους Ρομά», η οποία καλεί τα κράτη μέλη να «λάβουν πλήρως υπ' όψιν τις σχετικές αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρώπινων Δικαιωμάτων... στην ανάπτυξη των πολιτικών τους για τους Ρομά» Μεταξύ άλλων οι πολιτικές αυτές πρέπει να εξασφαλίζουν ίση πρόσβαση των Ρομά στις υπηρεσίες υγείας και το εκπαιδευτικό σύστημα καθώς και αξιοπρεπείς συνθήκες στέγασης. Η ενσωμάτωση των Ρομά θα μπορούσε να

συνεπάγεται σημαντικά οικονομικά οφέλη. Οι Ρομά αντιπροσωπεύουν ένα αυξανόμενο ποσοστό του ενεργού πληθυσμού, με μέση ηλικία 25 ετών, σε σύγκριση με τον μέσο όρο στην ΕΕ όπου η μέση ηλικία είναι 40 ετών. Από έρευνα της Παγκόσμιας Τράπεζας προκύπτει ότι η πλήρης ενσωμάτωση των Ρομά θα μπορούσε να αποφέρει οφέλη της τάξης του 0,5 δις. ευρώ ετησίως στις οικονομίες ορισμένων χωρών, αυξάνοντας την παραγωγικότητα, περιορίζοντας τις δαπάνες πρόνοιας και βελτιώνοντας τα φορολογικά έσοδα.

Με βάση τις εν λόγω διαπιστώσεις, αναπτύσσεται μια στοχευμένη προσέγγιση ενσωμάτωσης των Ρομά, θέτοντας στόχους στους ακόλουθους τομείς:

- εκπαίδευση: διασφαλίζοντας την ολοκλήρωση τουλάχιστον της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όλων των παιδιών των Ρομά•

- απασχόληση: γεφυρώνοντας το χάσμα στον τομέα της απασχόλησης μεταξύ των Ρομά και άλλων πολιτών•

- υγεία: περιορίζοντας την απόσταση στον τομέα της υγείας, μειώνοντας, για παράδειγμα, την παιδική θνησιμότητα στους Ρομά•

- στέγαση: γεφυρώνοντας το χάσμα ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες στέγασης και εγκαταστάσεις κοινής ωφελείας, όπως στην ύδρευση και την ηλεκτροδότηση να εξασφαλίζουν κατάλληλες συνθήκες διαμονής.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε στις 4 Απριλίου 2011, τη θέσπιση ευρωπαϊκού πλαισίου για τις εθνικές στρατηγικές ενσωμάτωσης των Ρομά. Το κοινοτικό αυτό πλαίσιο θα αποτελέσει οδηγό για τις εθνικές πολιτικές για τους Ρομά και θα συμβάλει στη συγκέντρωση διαθέσιμων πόρων σε κοινοτική κλίμακα για τη στήριξη των προσπαθειών ενσωμάτωσης. Το πλαίσιο αυτό επικεντρώνεται σε τέσσερις άξονες: την πρόσβαση στην εκπαίδευση, την απασχόληση, την υγειονομική περίθαλψη και τη στέγαση. Τα κράτη μέλη θα πρέπει να θέσουν επιμέρους εθνικούς στόχους για την ένταξη των Ρομά, κατ' αναλογία του πληθυσμού των Ρομά στο έδαφός τους και ανάλογα με την αρχική κατάστασή τους. Πρέπει να καθοριστούν στόχοι για την ενσωμάτωση των Ρομά και απαιτείται πλέον να αναλάβουν όλες οι πρωτεύουσες, περιφέρειες και πόλεις της Ευρώπης σαφείς δεσμεύσεις για την υλοποίησή τους.

Στην Ελλάδα οι Ρομά είναι μια ιδιαίτερη ετερόκλητη πληθυσμιακή ομάδα, η οποία αδυνατεί σε σημαντικό βαθμό να ενσωματωθεί στην ελληνική κοινωνία και αποκλείεται από τη δυνατότητα πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες. Είναι πολύ δύσκολο να

εκτιμηθεί ο ακριβής αριθμός των Τσιγγάνων στην Ελλάδα αφού δεν υπάρχει συστηματικός τρόπος συλλογής στοιχείων που αφορούν την εθνοτική ταυτότητα (η τελευταία απογραφή στην οποία αναγραφόταν η φυλετική καταγωγή ή η μητρική γλώσσα ήταν αυτή του 1951, στην οποία ο τσιγγάνικος πληθυσμός ανέρχονταν σε 7.429 άτομα). Το Ευρωπαϊκό Κέντρο για τα δικαιώματα των Ρομά υπολόγιζε το 2003 τον πληθυσμό τους από 120.000 έως 250.000 άτομα. Ο πληθυσμός αυτός είναι διάσπαρτος σε δεκάδες οικισμούς σε όλη τη χώρα. Τα παιδιά αποτελούν τη μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, εφόσον σύμφωνα με στοιχεία, φθάνουν το 45% στις ηλικίες κάτω των 15 ετών, ανεβάζοντας το συνολικό πληθυσμό τους πάνω από 50.000 έως 110.000 άτομα.

Η φτώχεια είναι γενικό χαρακτηριστικό των Ρομά. Η υψηλή ανεργία, η υποαπασχόληση και οι συνήθεις ασχολίες με το παραεμπόριο και την παραοικονομία, επιτείνουν την οικονομική στέρηση και συχνά τους φέρνουν αντιμέτωπους με δυνάμεις καταστολής. Στον τσιγγάνικο πληθυσμό της Ελλάδας ήρθε να προστεθεί τσιγγάνικος πληθυσμός με καταγωγή από την Αλβανία και τις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας. Η εμφάνιση μεταναστών Ρομά και μη, προκαλεί προβλήματα στον ιθαγενή πληθυσμό, όχι τόσο στη διαφοροποίηση τους αλλά στον οικονομικό ανταγωνισμό μεταξύ τους. Στοιχεία της αστυνομίας δείχνουν, ότι στην επαιτεία, που αποτελεί μια από τις δραστηριότητές τους, το 1991 το 82% των υποθέσεων αφορούσαν σε ελληνικής καταγωγής δράστες και το 13% σε αλλοδαπούς. Είκοσι χρόνια μετά, το ποσοστά είναι πλήρως αντεστραμμένα, δηλαδή 83% είναι οι αλλοδαποί και μόνον 12% είναι ημεδαποί δράστες.

Η συσσώρευση πολλαπλών μειονεξιών προκαλεί τον αποκλεισμό τους από μια σειρά αγαθών και υπηρεσιών κυρίως, στη στέγαση, στην υγεία, στη διακριτή αντιμετώπισή τους και στην εκπαίδευση. Το στεγαστικό αποτελεί κεντρικό ζήτημα στην επιδίωξη ενσωμάτωσης και αιτία συγκρούσεων μεταξύ Ρομά και τοπικών και κεντρικών αρχών. Πολλοί διαμένουν σε πρόχειρες σκηνές ή παραπήγματα, σε οικισμούς-καταυλισμούς σε δημόσιες εκτάσεις. Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες για μετεγκατάσταση των Ρομά σε κανονικές κατοικίες ή ακόμα για δημιουργία έργων υποδομής σε κάποιους καταυλισμούς. Ωστόσο το πρόβλημα παραμένει έντονο, ιδιαίτερα όταν οι χώροι αυτοί διεκδικούνται από τοπικές ή άλλες αρχές ή στοχοποιούνται ως εστίες μόλυνσεων και παραβατικότητας για τη γύρω περιοχή. Οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης σε υποβαθμισμένες περιοχές έχουν σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία τους και ιδιαίτερα των παιδιών. Από την άλλη πλευρά στα νοικοκυριά που διαμένουν σε κανονικές κατοικίες παρατηρείται μεγάλος συνωστισμός λόγω του μεγέθους του νοικοκυριού,

όπου η αναλογία ατόμων ανά δωμάτιο είναι στα 2,8 δηλαδή διπλάσια από την αναλογία 1 προς 4 της υπόλοιπης Ελλάδας. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία, γενικά, συντελεί στα αυξημένα ποσοστά βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας και στο προσδόκιμο ζωής που εμφανίζουν, το οποίο είναι χαμηλότερο σε σχέση με τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό. Στον τομέα αυτό επίσης έχουν γίνει προσπάθειες και οι συνθήκες έχουν βελτιωθεί, ωστόσο, υπάρχουν ακόμα προβλήματα που συνδέονται με την πρόσβαση σε παροχές υγείας όπως οι ιατρικές επισκέψεις, οι διαγνωστικές εξετάσεις, ο επαρκής εμβολιασμός των παιδιών κ.ά.

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει συγκεντρώσει 6 καταδίκες για παραβιάσεις δικαιωμάτων των Ρομά. Ενώ όπως οι ίδιοι αναφέρουν δέχονται συχνά διακρίσεις λόγω της εθνοτικής τους καταγωγής, αντιδρούν απέναντι σε αυτές παθητικά, με ανοχή, με φόβο, υποτιμώντας το γεγονός σε αρκετές περιπτώσεις επειδή αγνοούν τις διαδικασίες καταγγελίας αλλά και γενικότερα τα δικαιώματά τους. Το τελευταίο αυτό στοιχείο είναι απόρροια του γενικού χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης.

Στο εγχώριο πλαίσιο προστασίας, οι κοινωνικές πολιτικές υπέρ των Ρομά, βρίσκουν έρεισμα στα άρθρα 4, 5, 7 και 21 του Συντάγματος. Ο ν. 3304/2005 που ενσωματώνει δύο Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000/43/EK και 2000/78/EK) για την εφαρμογή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού συμπληρώνει το εθνικό νομικό πλέγμα προστασίας.

Η Ελλάδα δεσμεύεται επίσης από διεθνή συμβατικά κείμενα για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των Ρομά: Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, Σύμβαση για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά της Γυναίκας, Σύμβαση για την Εξάλειψη των Φυλετικών Διακρίσεων, Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, Σύμβαση κατά των Βασανιστηρίων, ΕΣΔΑ, Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης.

Οι Ρομά ως έλληνες πολίτες δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης χωρίς καμία απολύτως εις βάρος τους διάκριση. Εντούτοις, ο βαθμός ένταξής τους στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα ενώ μελέτες αναφέρουν ότι αγνοούν τα περισσότερα από τα δικαιώματά τους στο τομέα της περίθαλψης.

Σημαντικό πρόβλημα που δυσχεραίνει την πρόσβαση των μελών της κοινότητας των Ρομά στο εθνικό σύστημα υγείας είναι η μη-ιατροφαρμακευτική κάλυψη από ασφαλιστικό ταμείο ή από την Πρόνοια. Το 77% των Τσιγγάνων είναι εντελώς ανασφάλιστοι. Η μόνη περίθαλψη που έχουν είναι η των απόρων, δηλαδή μπορούν να καταφεύγουν στα δημόσια νοσοκομεία –όπου δεν είναι καν ευπρόσδεκτοι, ούτε αντιμετωπίζονται όπως οι υπόλοιποι ασθενείς. Ακόμα όμως και το πιστοποιητικό απορίας είναι δύσκολο να εξασφαλιστεί. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα νοσοκομεία απαιτούν κάποια νοσήλια, τα οποία επιχειρούν να εξασφαλίσουν κατακρατώντας τις αστυνομικές ταυτότητες των Τσιγγάνων. Το αποτέλεσμα είναι να μένουν χωρίς το απαραίτητο για τις συναλλαγές τους δελτίο ταυτότητας και όσοι Τσιγγάνοι διαθέτουν!

Κατευθυντήριος νόμος είναι ο Ν. 2071/92 για τον «Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος της Υγείας».

Σύμφωνα με το Νόμο, το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών. Το κράτος οφείλει να εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίσουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Ο Νόμος διακρίνει την περίθαλψη σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, η οποία με δαπάνες του Δημοσίου ή των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων του Δημοσίου, από Ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης ή ιδιώτες γιατρούς, γίνεται με ειδικές συμβάσεις, ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας και κάθε συναρμόδιου Υπουργού.

Ο Νόμος προβλέπει επίσης την Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας και των προγραμμάτων της, καθώς και τις Νομαρχιακές Επιτροπές Αγωγής Υγείας και καθορίζει τη συγκρότηση και τις αρμοδιότητες τους, τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας Δημόσιας (με το Ε.Κ.Α.Β.) και ιδιωτικής, τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Δημόσια και Ιδιωτικά.

Σύμφωνα με το Ν. 2519/97 το κράτος προστατεύει τα δικαιώματα των Νοσοκομειακών ασθενών, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του αρ. 1 του Ν. 1397/83 με βάση το οποίο «...το κράτος έχει την

ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών...» και «...οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση...».

Ο νόμος ταυτίζει τις Υγειονομικές Περιφέρειες με τις Διοικητικές, δημιουργεί υπηρεσία Σχολικής Υγείας, Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας.

Στο τομέα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας προβλέπει για τις αστικές και ημιαστικές περιοχές τη δημιουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επαναφέρει τον θεσμό του Οικογενειακού γιατρού και παιδίατρου

Οι Τσιγγάνοι πολίτες αποτελούν μία κοινωνικά αποκλεισμένη ομάδα του πληθυσμού, για την οποία η πρόσβαση και στις υπηρεσίες Υγείας είναι δύσκολή ή και αδύνατη.

Στην πλειοψηφία τους ζουν αποκομμένοι από το σύστημα και τις Υπηρεσίες Υγείας, τις οποίες αντιμετωπίζουν με σκεπτικισμό και επιφύλαξη. Η στέρηση για πολλά χρόνια από τα κοινωνικά δικαιώματα, δεν τους επέτρεψε να απολαμβάνουν όπως όλοι οι υπόλοιποι πολίτες το δικαίωμα στην Υγεία.

Η απόσταση από τις υπηρεσίες Υγείας δεν είναι μόνο χιλιομετρική. Τις περισσότερες φορές είναι ο φόβος της προσέγγισης από την πλευρά τους, αλλά κυρίως είναι η κοινωνική προκατάληψη με την οποία αντιμετωπίζονται από το μεγαλύτερο μέρος της θεσμικής Πολιτείας και του πληθυσμού.

Με βάση απογραφικές μελέτες σε Πανελλαδική κλίμακα η κατάσταση της υγείας των Τσιγγάνων πολιτών είναι ιδιαίτερα επιβαρημένη. Οι λόγοι της επιβάρυνσης αναφέρονται μεταξύ άλλων και στην αδυναμία προσέγγισης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα :

1) Ο τρόπος ζωής των Τσιγγάνων, με τις συχνές μετακινήσεις, σε συνδυασμό με τα περιορισμένα οικονομικά μέσα αναγκάζει πολλούς από τους μετακινούμενους να διαμένουν σε πρόχειρους καταυλισμούς.

2) Το κυνήγι της επιβίωσης αναγκάζει τους Τσιγγάνους να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας, όταν αυτά παρουσιάζονται, αγνοώντας την πρόληψη και τους εμβολιασμούς.

3) Η έλλειψη παιδείας και αγωγής υγείας κρατά τους Τσιγγάνους εγκλωβισμένους στις προκαταλήψεις. Η μερική γνώση της γλώσσας δημιουργεί προβλήματα συνεννόησης με τους λειτουργούς υγείας, ενώ ο αναλφαβητισμός εμποδίζει την γραπτή ενημέρωσή τους.

4) Οι κοινωνικές προκαταλήψεις, η δυσπιστία, το αίσθημα της απόρριψης που νιώθουν οι Τσιγγάνοι στις σχέσεις τους με τους θεσμούς της Πολιτείας, τους οδηγεί σε αμυντική στάση κοινωνικής εσωστρέφειας.

5) Παρά το ότι το μεγαλύτερο μέρος των Τσιγγάνων εργάζονται, ελάχιστοι από αυτούς είναι ασφαλισμένοι, με αποτέλεσμα να μην έχουν πρόσβαση σε δωρεάν Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και γενικότερα στα δικαιώματα που απορρέουν από την εργασία.

6) Πολλοί Τσιγγάνοι κάνουν χρήση βιβλιάρου της Πρόνοιας, η οποία παρέχει στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας, που όμως είναι ανεπαρκείς και δεν καλύπτουν τις ανάγκες.

7) Η αδυναμία των λειτουργών υγείας να κατανοήσουν τη διαφορετικότητα και τις ιδιαιτερότητες του Τσιγγάνικου πληθυσμού, λόγω έλλειψης ενημέρωσης ή λόγω προκατάληψης, λειτουργεί αποτρεπτικά στην χρήση των Υπηρεσιών από τους Τσιγγάνους.

8) Η έλλειψη συστηματικής έρευνας και καταγραφής της κατάστασης της υγείας των Τσιγγάνων, δεν αποδίδει στις Υπηρεσίες στοιχεία για την ανάπτυξη εξειδικευμένης πολιτικής στο θέμα της υγείας των Τσιγγάνων.

9) Τα έθιμα της Τσιγγάνικης κοινωνίας οδηγούν τους νέους να ξεκινούν την τεκνοποίηση από πολλή νεαρή ηλικία, από την εφηβεία. Οι Τσιγγάνες γίνονται μητέρες πολύ νέες και έχουν περισσότερες κήσεις, τοκετούς και αποβολές από τον υπόλοιπο πληθυσμό, γεγονός που επιβαρύνει την υγεία τους, διότι σπάνια παρακολουθούνται κατά την διάρκεια της κύησης. Επιπλέον οι νέοι δεν έχουν πρόσβαση στην ενημέρωση πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, αντισύλληψης, πρόληψης αφοροδισίων νοσημάτων κλπ

Ο Ν. 2519/97 προβλέπει "την εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων υγείας σε ομάδες του πληθυσμού με φυλετικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που βρίσκονται σε υψηλό κοινωνικό κίνδυνο".

Ειδικότερα από τη Νομοθεσία προβλέπονται :

- Κινητές Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Οι Κινητές Μονάδες στελεχώνονται με ιατρικό (παθολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, χειρουργό), οδοντιατρικό, νοσηλευτικό (νοσηλεύτριες, μαίες, επισκέπτριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς) και λοιπό προσωπικό, με παράλληλη λειτουργία μικροβιολογικού και ακτινολογικού εργαστηρίου. Η Κινητή Μονάδα περιοδεύει στην υγειονομική περιφέρεια, επισκέπτεται τις περιοχές των σκηνιτών περιοδικά, ακολουθώντας την πορεία της μετακίνησης τους. Οι Κινητές Μονάδες συνδέονται με τα Κρατικά Νοσοκομεία της περιοχής, τα οποία στηρίζουν επιστημονικά και διοικητικά το όλο πρόγραμμα.

- Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας

Προβλέπεται λειτουργία μονάδων πρόληψης οικογενειακού προγραμματισμού και περιγεννητικής φροντίδας. Οι μονάδες πρέπει να εξυπηρετούν όλους τους καταυλισμούς, με υποδείξεις που δίνονται από τα Ιατροκοινωνικά κέντρα ανάλογα με την εγκατάσταση και τις μετακινήσεις του πληθυσμού αυτού.

- Υγειονομικοί σταθμοί ή περιφερειακά ιατρεία

Στις περιοχές που ο πληθυσμός κυμαίνεται μεταξύ 1000 και κάτω των 2000 μόνιμα εγκατεστημένων Τσιγγάνων, προβλέπεται η λειτουργία υγειονομικών σταθμών ή περιφερειακών ιατρείων ημερήσιας ή 24ωρης ετοιμότητας, ανάλογα με την χιλιομετρική απόσταση που υπάρχει μεταξύ του οικισμού και του πλησιέστερου Κέντρου Υγείας ή του πλησιέστερου Γενικού Νοσοκομείου. Πρόκειται για Παθολογικό, Παιδιατρικό, Μαιευτικό-Γυναικολογικό, Χειρουργικό και Οδοντιατρικό ιατρείο. Προβλέπεται, επίσης, νοσηλευτική υποστήριξη και όπου είναι δυνατό, Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό Εργαστήριο. Τέλος, όπου δεν είναι δυνατό προβλέπεται η λειτουργία κινητών εργαστηριακών μονάδων.

- Αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή Κέντρα Υγείας Υπαίθρου

Για Δήμους με πληθυσμό άνω των 2000 κατοίκων προβλέπεται η λειτουργία αποκεντρωμένων μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εφόσον δε διαθέτουν και βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη των 5 χιλιομέτρων από το πλησιέστερη ανάλογη μονάδα ή Γενικό Νοσοκομείο (σύμφωνα με το Ν. 1397/83 άρθρα 18, 19). Αυτές πρέπει να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και να προσφέρουν υπηρεσίες εξωτερικών Ιατρείων, παροχή πρώτων βοηθειών, διακομιδή ασθενή με ασθενοφόρο, ακτινολογικές και

μικροβιολογικές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία, οδοντιατρική φροντίδα, καθώς και όλες τις άλλες παροχές που προβλέπονται από το νόμο.

- Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Για τις αστικές και ημιαστικές περιοχές που διαμένουν μόνιμοι ή διερχόμενοι Τσιγγάνοι προβλέπεται η δημιουργία μονάδας του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπου παρέχονται υπηρεσίες ανάλογες των Κέντρων Υγείας Υπαίθρου και στεγάζουν τα ιατρεία των οικογενειακών γιατρών και παιδιάτρων. Κατά τις χρονικές περιόδους που ο πληθυσμός των Τσιγγάνων αυξάνεται λόγω προσέλευσης πολλών διερχόμενων, προβλέπεται η πρόσληψη εκτάκτων λειτουργιών υγείας προκειμένου να καλύψουν τις τρέχουσες αυξημένες ανάγκες της μονάδας του Δικτύου (Ν. 2519/97 αρ. 33, παρ. 5).

- Ειδική νομοθεσία Σχολικής Υγείας

Στο Ν. 2519/97, άρθρο 7, αναφέρεται η δημιουργία και δραστηριοποίηση Γραφείων Σχολικής Υγείας της Περιφέρειας, στελεχωμένα με Παιδίατρο, Οδοντίατρο, Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Επόπτη Υγείας, Επισκέπτη Υγείας, Νοσηλεύτη, τα οποία παρέχουν στα Τσιγγανόπαιδα που φοιτούν σε Νηπιαγωγεία, Δημοτικά Σχολεία, Γυμνάσια και Λύκεια:

- πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα

- έλεγχο του εμβολιασμού των παιδιών

- ιατρική καθοδήγηση στις περιπτώσεις οξέων ή χρόνιων νοσημάτων των παιδιών που δεν μπορούν να καλυφθούν μόνο από την παιδιατρική ειδικότητα

- εποπτεία του σχολικού περιβάλλοντος από άποψη κανόνων δημόσιας υγείας

- καταγραφή και αρχειοθέτηση των στοιχείων της ατομικής κατάστασης υγείας των μαθητών

- Ιατροκοινωνικά Κέντρα

Στο απολογιστικό σημείωμα του υπουργείου Εσωτερικών (2008) για το Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης για την κοινωνική ένταξη των ελλήνων Τσιγγάνων που άρχισε να υλοποιείται το 2002, αναφέρονται προγράμματα εμβολιασμών μέσω κινητών μονάδων που επισκέπτονται τους καταυλισμούς και ιατροκοινωνικά κέντρα που απευθύνονται σε τσιγγάνους που διαβιούν σε οργανωμένους οικισμούς.

Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού», το οποίο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και εντάσσεται στο Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007-2013, χρηματοδοτεί δράσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ανεργίας, την κοινωνική ενσωμάτωση και τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας. Προώθηση της κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης των ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων, αξιοποίηση της κοινωνικής επιχειρηματικότητας για την ένταξη των ΕΚΟ στην αγορά εργασίας, βελτίωση της πρόνοιας για όσους χρήζουν βοήθειας. Αρμόδια για τη διαχείρισή του είναι η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης (ΕΥΔ) του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης σε εθνικό επίπεδο μια από τις δράσεις προς το σκοπό αυτό είναι και η δημιουργία Κέντρων Στήριξης Ρομά και Ευπαθών Ομάδων. Η εν λόγω δράση αποτελεί την μετεξέλιξη της δράσης των Ιατροκοινωνικών Κέντρων που υλοποιήθηκε κατά το Γ' ΚΠΣ μέσω των Ολοκληρωμένων Παρεμβάσεων ΕΚΤ των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων. Μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί και λειτουργούν 33 Ιατροκοινωνικά Κέντρα. Αρχικός στόχος ήταν η λειτουργία δομών που θα παρείχαν ιατροκοινωνική φροντίδα. Μέσω των Κέντρων θα προωθείται: η προώθηση στην απασχόληση, η στήριξη των παιδιών και της οικογένειας, η ενδυνάμωση των κοριτσιών και γυναικών, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με αξιοποίηση πάντα των υπηρεσιών και των παροχών του εθνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας, η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, η αστικοδημοτική τακτοποίηση καθώς και η κοινωνική προστασία των Ελλήνων τσιγγάνων με απώτερο στόχο την κοινωνική τους ένταξη. Επιπλέον στόχος ήταν τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα να λειτουργούν και ως φορείς παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών. Στην νέα περίοδο, ταυτόχρονα με τις υπηρεσίες προς τους Ρομά, τα Κέντρα Στήριξης προσφέρουν εξειδικευμένες και οριζόντιες υπηρεσίες και στον ευρύτερο πληθυσμό.

Η ισχύουσα Νομοθεσία θα μπορούσε να αποτελέσει την βάση για μια εναλλακτική παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα: πρόληψης, θεραπείας, νοσηλείας, πληροφόρησης στους πληθυσμούς των σκηνιτών Τσιγγάνων. Η αδυναμία όμως στην εφαρμογή της Νομοθεσίας δεν επέτρεψε έως σήμερα τη λειτουργία τέτοιων Υπηρεσιών.

Έτσι, η Εθνική Μελέτη της Κατάστασης Εμβολιασμού των Παιδιών στην Ελλάδα που δημοσιεύτηκε το 2012 και χρηματοδοτήθηκε από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) έφερε στο φως ακραία ευρήματα όπως ότι κανένα παιδί Ρομά δεν ήταν εμβολιασμένο στη γέννηση με το αντιφυματικό εμβόλιο (BCG)

παρά τις σχετικές συστάσεις, που ισχύουν από πολλά χρόνια. Επίσης, ακραίο αλλά και επικίνδυνο για τη δημόσια υγεία είναι το εύρημα της πολύ χαμηλής κάλυψης των παιδιών αυτών με τις δύο δόσεις του εμβολίου MMR (μόλις το 8%), εάν ληφθεί υπόψη η προτεραιότητα του εμβολιασμού για ιλαρά καθώς και το γεγονός ότι η επιδημία ιλαράς του 2010 στην Ελλάδα πρόσβαλε κυρίως παιδιά από την κοινότητα των Τσιγγάνων.

Στην έκθεση επισημαίνεται η ανάγκη να εφαρμοστεί συστηματικό σχέδιο για τον συντονισμένο εμβολιασμό του παιδικού πληθυσμού των Τσιγγάνων στην Ελλάδα με έμφαση στη σταθερή λειτουργία ιατρικών εμβολιασμού κοντά ή μέσα σε κάθε οικισμό και τη συνεχή παροχή εμβολίων.

Τρία βασικά βήματα για την βελτίωση της πρόσβασης των Τσιγγάνων στις υπηρεσίες Υγείας και Υγιεινής είναι η καθιέρωση ατομικού βιβλιάριου υγείας, οικογενειακού γιατρού και οικογενειακού παιδίατρο

Επίσης οι δομές υποστήριξης κάθε είδους (Δημοτικά Συμβουλευτικά Κέντρα - Ιατροκοινωνικά Κέντρα - Κέντρα Υγείας - Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγείας), θα πρέπει να αναλάβουν επείγουσα δράση που να αποσκοπεί:

- Στην ενημέρωση σε θέματα πληθυσμιακής υγιεινής και κοινωνικής υγιεινής.
- Στην ενημέρωση και εκπαίδευση σε θέματα ατομικής υγιεινής.
- Στην ενημέρωση σε θέματα διατροφής και συντήρησης τροφίμων.
- Στην εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών.
- Στην ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού σε θέματα κύησης, τοκετού, λοχειάς, περιποίησης νεογνών - βρεφών, οικογενειακού προγραμματισμού και πρόληψης γυναικολογικών παθήσεων.
- Στην ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών σε θέματα στοματικής υγείας.
- Στην ενημέρωση του πληθυσμού για τα δικαιώματά του στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την ορθολογιστική χρήση των υπηρεσιών αυτών.

Η εγγύηση και εξασφάλιση πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, με την υπέρβαση της άγνοιας, της καχυποψίας του θεσμικού τυπικού ή άτυπου ρατσισμού, της παθητικότητας, της άρνησης, είναι το κλειδί για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των Τσιγγάνων. Η ένταξή τους στις θεσμικές δημόσιες λειτουργίες είναι μέρος της

διαδικασίας κοινωνικής ένταξης. Η πολυπλοκότητα και η αλληλεξάρτηση των προβλημάτων απαιτεί διαχρονικές λύσεις με ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που να λαμβάνουν υπόψη όλα τα είδη αποκλεισμού των Ρομά.

5.6 Γυναίκες και παιδιά

Σύμφωνα με την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, «η μητρότητα και η παιδική ηλικία έχουν δικαίωμα ειδικής μέριμνας και περίθαλψης»

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για την Εξάλειψη όλων των μορφών Διακρίσεων κατά των Γυναικών στοχεύει στην προστασία των γυναικών κατά την άσκηση δικαιωμάτων στον πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό και αστικό τομέα και στην άρση κάθε περιορισμού που βασίζεται στο φύλο. Τα κράτη μέλη που την επικυρώνουν συμφωνούν να υιοθετούν όλα τα κατάλληλα νομοθετικά μέσα προκειμένου να εξασφαλίσουν την εφαρμογή της αρχής της ισότητας των φύλων.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (1989), το παιδί εξ' ορισμού, «λόγω της φυσικής και διανοητικής του ανωριμότητας, χρειάζεται ειδική προστασία και μέριμνα, συμπεριλαμβανομένης και της νομικής προστασίας, τόσο πριν όσο και μετά τη γέννησή του» Ειδική αναφορά γίνεται στα παιδιά πρόσφυγες, παιδιά με αναπηρία και παιδιά θύματα εμπορίου, διακίνησης και απαγωγής (άρθρα 22, 23 και 35 της Σύμβασης). Τέλος μνεία γίνεται στην υποχρέωση των κρατών να παρέχουν πρωτοβάθμιες και προληπτικές υπηρεσίες υγείας στα παιδιά και να ρυθμίζουν τις συνθήκες της παιδικής εργασίας (άρθρα 24 και 32 της Σύμβασης). Το 1992 έγινε νόμος και στην χώρα μας (νόμος 2101/92).

Υπ' αυτή την έννοια οι γυναίκες και τα παιδιά αποτελούν ειδικές ομάδες, περισσότερο ευάλωτες όχι μόνο στις συνέπειες της οικονομικής κρίσης, αλλά και στην άσκηση ανδρικής βίας σε όλες τις μορφές της.

Ο όρος «βία κατά των γυναικών» περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που στηρίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα ή είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα, την σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας είτε αυτό προκύπτει στην δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή (παρ. 113 Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνο, 1995, 4η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών).

Σε αναφορά της Παγκόσμιας Τράπεζας εκτιμάται ότι η βία κατά των γυναικών ήταν τόσο σοβαρή αιτία θανάτου και ανικανότητας μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής

ηλικίας όσο ο καρκίνος. Πρόκειται για φαινόμενο διαδεδομένο σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, ανεξάρτητα από το επίπεδο ανάπτυξης, το βαθμό πολιτικής σταθερότητας, το πολιτισμό ή τη θρησκεία.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΗΕ, μία στις τρεις γυναίκες κάποια στιγμή στη ζωή της θα αντιμετωπίσει σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βία από τον σύντροφό της, μία στις πέντε γυναίκες θα πέσει θύμα βιασμού ή απόπειρας βιασμού. Τέλος, 40% με 50% των γυναικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει αναφέρει κάποια μορφή σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας

Οι γυναίκες και τα παιδιά βιώνουν ακόμη μεγαλύτερο αποκλεισμό λόγω κοινωνικής τάξης, εθνικής καταγωγής, αναπηρίας, κλπ. Είναι επίσης τα πρώτα θύματα της φτώχειας.

Σε επίπεδο εθνικού δικαίου, η προστασία του θεσμού της οικογένειας, της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας, αποτελούν υποχρέωση του κράτους, κατά ρητή επιταγή του Συντάγματος. Για το λόγο αυτό ο Νομοθέτης έχει θεσπίσει πλήθος προστατευτικών διατάξεων για την εργαζόμενη έγκυο και μητέρα οι οποίες αφορούν το δικαίωμα σε άδεια μητρότητας, την απαγόρευση απόλυσης, διευκολύνσεις στην έγκυο εργαζόμενη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, και διευκολύνσεις κατά την επιστροφή της στην εργασία. Επίσης οικογενειακά επιδόματα με εισοδηματικά κριτήρια όπως το ενιαίο επίδομα στήριξης τέκνων (Ν 4093/2012) και το ειδικό επίδομα τριτέκνων και πολυτέκνων (Ν 4141/2013)

Η ανεργία, η μερική απασχόληση και ο περιορισμός των κοινωνικών παροχών που έφερε η οικονομική κρίση πλήττουν τις γυναίκες σε ολόκληρη την Ευρώπη αλλά ιδιαίτερα στη χώρα μας. Το ποσοστό ανεργίας των γυναικών το 4ο τρίμηνο του 2013 σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ έφτασε το 31,0%, σημαντικά υψηλότερο από των ανδρών (24,7%), ενώ το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στις νέες γυναίκες 66,3%.

Οι γυναίκες επίσης είναι οι πρώτες που πλήττονται από τις περικοπές του κοινωνικού κράτους -κι αυτό για πολλούς λόγους:

Εξαιτίας της διάλυσης του κοινωνικού κράτους, είναι οι γυναίκες που πρέπει, μέσω της αύξησης της άμισθης, “αόρατης” εργασίας τους, να επωμιστούν τα καθήκοντα περίθαλψης που εγκαταλείφθηκαν από το κοινωνικό κράτος.

Οι γυναίκες αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού του κοινωνικού κράτους και κατά συνέπεια, πλήττονται άμεσα από τις πολιτικές λιτότητας, από τη μείωση του προσωπικού και των αμοιβών στον δημόσιο τομέα.

Είναι, επίσης, οι πρώτοι χρήστες των υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους, η ύπαρξη των οποίων είναι κρίσιμης σημασίας για το δικαίωμά τους στην εργασία, τη συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας και την οικονομική τους αυτονομία.

Η υγεία των γυναικών -και κυρίως η σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία- τους επιτρέπει να ασκούν έναν έλεγχο στο ίδιο τους το σώμα και άρα και στη ζωή τους. Όμως, τα μέτρα λιτότητας περιορίζουν διαρθρωτικά τη χρηματοδότησή του.

Λιγότερες δημόσιες επιδοτήσεις χορηγούνται επίσης στη καταπολέμηση του AIDS, στα κέντρα νόμιμων εκτρώσεων, στον οικογενειακό προγραμματισμό, στις υπηρεσίες υγείας πριν από και μετά τον τοκετό καθώς και στη προληπτική φροντίδα της υγείας των γυναικών.

Ωστόσο, σύμφωνα με έκθεση της Unicef, 600.000 παιδιά ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας στην Ελλάδα και περισσότερα από τα μισά δεν εκπληρώνουν τις καθημερινές βασικές διατροφικές ανάγκες τους.

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ για την κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα, που αναφέραμε και στη ενότητα για τους αναπήρους, οι οικογένειες, και ιδιαίτερα οι μονογονεϊκές, χρειάζονται πιο αποτελεσματική προστασία. Τα οικογενειακά επιδόματα είναι πολυάριθμα αλλά η κατανομή τους δεν είναι αποτελεσματική. Το σύστημα παροχών που ισχύει μέχρι πρότινος ενίσχυε πρωτίστως τις πολύτεκνες οικογένειες. Τα οικογενειακά επιδόματα στόχευαν στην αύξηση των γεννήσεων και η στόχευσή τους ουσιαστικά επικεντρωνόταν σε νοικοκυριά με τρία ή περισσότερα παιδιά, τα οποία σχεδόν στην πλειονότητά τους λαμβάνουν επιδόματα, σε σύγκριση με το μόλις 10% ποσοστό των μονογονεϊκών οικογενειών. Επιπλέον, υπάρχει χαμηλή στήριξη των φτωχών οικογενειών σε σχέση με το τι ισχύει διεθνώς.

Ο ΟΟΣΑ προτείνει την κατάργηση των υφιστάμενων οικογενειακών επιδομάτων και αντικατάστασή τους με ένα ενιαίο επίδομα που θα χορηγείται με βάση εισοδηματικά κριτήρια. Κατάργηση των υφιστάμενων οικογενειακών προγραμμάτων και αντικατάστασή τους με ένα νέο οικογενειακό πρόγραμμα με βάση εισοδηματικά κριτήρια. Δημιουργία ενός ενιαίου επιδόματος με βάση εισοδηματικά κριτήρια το οποίο θα χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία, το ποσό του οποίου θα εξαρτάται από

τον αριθμό των παιδιών. Το επίδομα θα αντικαταστήσει τα ισχύοντα επιδόματα για οικογένειες με πολλά παιδιά, το ανταποδοτικό επίδομα που χορηγεί ο ΟΑΕΔ, την οικονομική ενίσχυση οικογενειών χαμηλού εισοδήματος με ανήλικα παιδιά που χορηγεί το Υπουργείο Οικονομικών, καθώς και την εφάπαξ παροχή για γέννηση τρίτου παιδιού και άνω. Μεταρρύθμιση της διακυβέρνησης του συστήματος οικογενειακών επιδομάτων με συγκέντρωση των πληρωμών και της διαχείρισης των αιτήσεων αποκλειστικά σε έναν οργανισμό σε εθνικό επίπεδο.

Ήδη τα υφιστάμενα πολυτεκνικά επιδόματα αντικαταστάθηκαν με ένα νέο επίδομα το οποίο χορηγείται με βάση το οικογενειακό εισόδημα. Το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας αναλαμβάνει σταδιακά την βασική ευθύνη για την διαχείριση του νέου συστήματος επιδομάτων.

5.7 Άνεργοι-μακροχρόνια Άνεργοι

Σύμφωνα με στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα η Eurostat, (news release euro indicators 70/2013 - 30 April 2013), το επίπεδο της ανεργίας στη ζώνη του ευρώ διαμορφώθηκε στο ιστορικό υψηλό του 12,1% το Μάρτιο του 2013 και ο αριθμός των ανέργων τα 19,211εκατομμύρια.

Το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας στην Ευρώπη συνεχίζει να κατέχει η Ελλάδα με 27,4% το πρώτο τρίμηνο του 2013. Ακολουθούν η Ισπανία με 26,7% και η Πορτογαλία με 17,5%. Το πραγματικό μέγεθος της ανεργίας στη χώρα μας, λαμβανομένων υπόψη της λεγόμενης κρυφής και μη στατιστικά καταγεγραμμένης ανεργίας, όσων είναι ενταγμένοι σε προγράμματα του ΟΑΕΔ και δεν καταγράφονται κατά τη διάρκειά τους ως άνεργοι και της υποαπασχόλησης – ανέρχεται σε 30-33%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια των τριών ετών του μνημονίου (Απρίλιος 2010-Απρίλιος 2013) οι άνεργοι έχουν αυξηθεί κατά 745.650.

Όπως αναφέρει στην έκθεσή της και η Τράπεζα της Ελλάδος, ενώ αρχικά η ύφεση στην ελληνική οικονομία είχε επηρεάσει περισσότερο την πιθανότητα εξόδου από την ανεργία (δηλαδή τότε κάποιος θα βρει εργασία), σταδιακά η ύφεση αυτή επηρέασε τη δυνατότητα των εργαζομένων να παραμείνουν στην εργασία.

Όπως προκύπτει από τη μελέτη της ICAP από το σύνολο των ανέργων κατά το πρώτο τρίμηνο του 2013, είναι ξεκάθαρο ότι η ομάδα των πολιτών που πλήττεται κατεξοχήν από την ανεργία είναι οι νέοι και ειδικότερα οι ηλικίες μεταξύ 15 και 24 ετών καθώς περισσότεροι από τους 7 στους 10 είναι εκτός της αγοράς εργασίας.

Ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, η ανεργία συνεχίζει να προτιμά τις γυναίκες και σύμφωνα με τα στοιχεία για το πρώτο τρίμηνο του έτους, την ίδια ώρα που η γυναικεία ανεργία ήταν στο 31% το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες ήταν 24,7%.Ειδικά στις νέες γυναίκες το ποσοστό φτάνει στο 66,3%.

Παράλληλα η οικονομική κρίση έχει δραματικές επιπτώσεις και σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα, αυτή των μακροχρόνια ανέργων, δηλαδή όσων αναζητούν εργασία για περισσότερους από 12 μήνες. Είναι ενδεικτικό ότι από το σύνολο των ανέργων περίπου 889.000 (ποσοστό 65,6%) είναι μακροχρόνια άνεργοι, ενώ 3 στους 10 ανέργους έχουν εισέλθει για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση.

Η αύξηση της ανεργίας ακόμα και σε άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ένα νέο στοιχείο. Το πρώτο τρίμηνο του 2013 το ποσοστό ανέργων με ανώτερη εκπαίδευση έφτασε στο 29,9% από 24,7 που ήταν στο τέλος του 2012, με ανώτατη εκπαίδευση από 15,7% το 2012 ανήλθε το πρώτο τρίμηνο του 2013 στο 17,6% ενώ για εκείνους με διδακτορικούς και μεταπτυχιακούς τίτλους τα ποσοστά αυξήθηκαν από 12% στο 15,3%. Οι μεγαλύτερες αυξήσεις πάντως στα ποσοστά ανεργίας παρατηρούνται ανάμεσα σε εκείνους που δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο, από 34,3% το 2012 σε 42,9% το πρώτο τρίμηνο του 2013, και σε απόφοιτους γυμνασίου από 25,2% σε 33,4% αντίστοιχα

Επίσης, το 72,8% των ξένων υπηκόων είναι οικονομικά ενεργό, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων, το οποίο είναι 51,4%.

Σε επίπεδο Περιφέρειας το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στη Δυτική Μακεδονία με 32,3% και στην Κεντρική Μακεδονία με 29,6%. Στον αντίποδα, το μικρότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στην Πελοπόννησο με 21,1% και στις Ιονίους Νήσους με 23,2%.

Στο πρώτο τρίμηνο του έτους βρήκαν απασχόληση 112.215 άτομα, τα οποία ήταν άνεργα πριν από ένα έτος.

Επειδή η ανεργία των νέων έχει φτάσει σε επίπεδα ρεκόρ στην Ε.Ε., η Επιτροπή προέβη στη σύσταση «εγγύηση για τη νεολαία», που συμφωνήθηκε τον Φεβρουάριο 2013 από το Συμβούλιο της ΕΕ, προκειμένου να δώσει τη δυνατότητα στα κράτη μέλη να αρχίσουν να χρησιμοποιούν τους διαθέσιμους πόρους αμέσως μόλις τεθεί σε ισχύ το νέο δημοσιονομικό πλαίσιο για την περίοδο 2014-20. Όπως αναμένεται, η πρωτοβουλία για την απασχόληση των νέων θα ενισχύσει ιδιαίτερα τους νέους που βρίσκονται εκτός απασχόλησης, εκπαίδευσης ή κατάρτισης στις περιοχές της Ένωσης στις οποίες το

ποσοστό ανεργίας των νέων υπερέβαινε, το 2012, το 25%. Η εν λόγω πρωτοβουλία θα επικεντρωθεί στην ένταξη αυτών των νέων στην αγορά εργασίας. Συνεπώς, τα χρήματα που θα διατεθούν στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας για την απασχόληση των νέων θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ενίσχυση και την επιτάχυνση των μέτρων που περιγράφονται στη δέσμη μέτρων για την απασχόληση των νέων η οποία εγκρίθηκε τον Δεκέμβριο του 2012.

Σύμφωνα με την πρωτοβουλία «εγγύηση για τη νεολαία», τα κράτη μέλη θα πρέπει να θεσπίσουν μέτρα για να διασφαλίσουν ότι οι νέοι ηλικίας έως 25 ετών λαμβάνουν μια καλής ποιότητας προσφορά απασχόλησης, συνεχούς εκπαίδευσης, μαθητείας ή πρακτικής άσκησης εντός τεσσάρων μηνών από το τέλος της σχολικής τους ζωής ή από τη στιγμή που μένουν άνεργοι. Η πρωτοβουλία θα υλοποιηθεί συμπληρωματικά προς άλλα προγράμματα που εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων και των προγραμμάτων που υποστηρίζονται από το ΕΚΤ, με σκοπό τη δημιουργία ή την εφαρμογή των νέων συστημάτων εγγυήσεων, όπως τη μεταρρύθμιση των σχετικών φορέων και υπηρεσιών. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση, 3 δισεκατομμύρια ευρώ θα προέλθουν από μια ειδική γραμμή του προϋπολογισμού, με τίτλο «απασχόληση των νέων», και το ποσό αυτό θα συμπληρωθεί με τουλάχιστον 3 δισεκατομμύρια ευρώ επιπλέον από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Λόγω των δημοσιονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν σήμερα τα κράτη μέλη εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, τα κράτη μέλη θα χρειαστεί να συμπληρώσουν με δική τους οικονομική συνεισφορά μόνο τη συνεισφορά του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

Η ελληνική έννομη τάξη δεν ορίζει κατά τρόπο ενιαίο την ανεργία. Ο ορισμός διαφοροποιείται ανάλογα με τον σκοπό που εξυπηρετεί κάθε φορά η σχετική νομοθεσία.

Η ΕΛΣΤΑΤ ακολουθεί τον ορισμό της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας που εξειδικεύτηκε στον Κανονισμό με αριθμό 1897/2000 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (L228/18/8.9.2000). Σύμφωνα με το άρθρο 1 και το Παράρτημα I του Κανονισμού, για να θεωρηθεί κάποιος άνεργος από την ΕΛΣΤΑΤ πρέπει να είναι ηλικίας 15 έως 74 ετών και σωρευτικά να μην έχει εργασθεί καθόλου κατά την εβδομάδα αναφοράς, να αναζητεί ενεργά απασχόληση προβαίνοντας σε συγκεκριμένες ενέργειες και, τέλος, να είναι διαθέσιμος για απασχόληση στο άμεσο μέλλον.

Για τον ΟΑΕΔ, η ιδιότητα του άνεργου ταυτίζεται με την ικανότητα του προς επιδότηση από τον Οργανισμό. Συγκεκριμένα, το άρθρο 3 του Ν. 1545/1985, το οποίο αναφέρεται

στην τακτική επιδότηση της ανεργίας, ορίζει τον άνεργο ως τον μισθωτό που μετά τη λύση ή τη λήξη της εργασιακής σχέσης αναζητεί εργασία και αποδέχεται να απασχοληθεί σε εργασία που του προσφέρει ο ΟΑΕΔ στον ευρύτερο επαγγελματικό κλάδο του ή να παρακολουθήσει προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης και εν γένει επωφελείται από κάθε δυνατότητα απασχόλησης. Η ταύτιση της ανεργίας με έναν από τους τρόπους αντιμετώπισής της, δηλαδή αυτόν της επιδότησης, έχει ως αποτέλεσμα άτομα, τα οποία σε κάποια στιγμή του εργασιακού βίου τους χάνουν ακούσια την απασχόλησή τους, αλλά δεν εμπίπτουν στις διατάξεις περί επιδότησης του Ν. 1545/1985, να μην θεωρούνται άνεργοι και να αποκλείονται τόσο από άλλες δράσεις κατά της ανεργίας όσο και από την ασφαλιστική προστασία που συνεπάγεται η ιδιότητα του άνεργου. Κατά συνέπεια, ενώ ουσιαστικά παραμένουν άνεργοι δεν μπορούν να ενταχθούν στις ευνοϊκές ρυθμίσεις για τους μακροχρόνια άνεργους, δεν μπορούν να λάβουν παροχές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κ.λπ. Για να χαρακτηριστεί κάποιος ως άνεργος προϋποτίθεται ότι είναι μισθωτός. Η σύνδεση των παροχών ανεργίας με τη μισθωτή εργασία αποτελεί γενικό κανόνα της επιδοματικής πολιτικής κατά της ανεργίας στις περισσότερες χώρες.

Στην Ελλάδα, όμως, η δομή της αγοράς εργασίας διαφοροποιείται σημαντικά από αυτή της υπόλοιπης Ευρώπης ως προς την ύπαρξη μεγάλων, συγκριτικά, ποσοστών αυτοαπασχόλησης.

Η προϋπόθεση της ύπαρξης εξαρτημένης, μισθωτής εργασίας και οι άλλες προϋποθέσεις που θέτει η νομοθεσία αντανakλούν μία αγορά εργασίας δομημένη στο πρότυπο της πλήρους απασχόλησης. Τα τελευταία χρόνια το πρότυπο αυτό στις αναπτυγμένες χώρες έχει ανατραπεί. Η ζήτηση για εργασία γίνεται περισσότερο ανομοιογενής, τόσο όσον αφορά τις δεξιότητες όσο και τις αμοιβές και γενικότερα τις συνθήκες εργασίας.

Ο νομοθέτης ρύθμισε τις τακτικές προϋποθέσεις επιδότησης ανεργίας και προέβλεψε ειδικές μειωμένες προϋποθέσεις μόνο για συγκεκριμένες, σαφώς οριζόμενες στον νόμο, κατηγορίες εργαζομένων όπως οι απασχολούμενοι σε εποχιακά επαγγέλματα. Ωστόσο, η συνεχώς μεταβαλλόμενη εργασιακή πραγματικότητα έχει διευρύνει τους στόχους και τα υποκείμενα της προστασίας από την ανεργία, χωρίς η νομοθεσία να παρακολουθεί αυτές τις μεταβολές. Έτσι, πολλοί εργαζόμενοι με συμβάσεις ορισμένου χρόνου ή βραχύβιες συμβάσεις αορίστου χρόνου, που εναλλάσσουν συχνά περιόδους εργασίας και ανεργίας, χωρίς όμως να μπορούν να χαρακτηρισθούν ως εποχιακοί, αδυνατούν να

συγκεντρώσουν τον ασφαλιστικό χρόνο που απαιτείται για την τακτική επιδότηση ανεργίας.

Ειδικά κατά την τελευταία τριετία, μετά την ένταξη της χώρας μας στο Μνημόνιο, οι εναπομείνουσες θέσεις εργασίας, κυριαρχούνται από προσωρινότητα και αβέβαιη εξέλιξη. Τα αναγκαστικά διαστήματα εκτός εργασίας αποτελούν τον κανόνα και στην περίπτωση που δεν είναι μικρής χρονικής διάρκειας συνεπάγονται όλο και δυσκολότερη επανένταξη. Από την άλλα πλευρά το επίδομα τακτικής επιδότησης του ΟΑΕΔ έχει συρρικνωθεί ενώ πολλοί εργαζόμενοι δεν καταφέρνουν να πληρούν τις προϋποθέσεις καταβολής του.

Οι πολιτικές αυτές διαχείρισης και όχι αντιμετώπισης της ανεργίας λειτουργούν ως ένας τεράστιος μηχανισμός ανακύκλωσης των ανέργων σε ένα ολοένα συρρικνούμενο όγκο θέσεων εργασίας, αφού η εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών αυξάνει κατά εκατοντάδες χιλιάδες το συνολικό αριθμό των προς ανακύκλωση ανέργων.

Επίδομα Τακτικής Επιδότησης

Μισθωτοί των οποίων καταγγέλθηκε από τον εργοδότη ή έληξε η σύμβαση εργασίας και που έχουν ασφαλισθεί στον κλάδο ανεργίας του ΟΑΕΔ μπορούν να υποβάλουν αίτηση αυτοπροσώπως εντός 60 ημερών από την ημερομηνία απόλυσης στην αρμόδια Υπηρεσία του τόπου κατοικίας τους. Οι περιπτώσεις, που οι αιτήσεις υποβάλλονται κατά το πρώτο 7ημερο μετά την απόλυση, επιδοτούνται από την 7η ημέρα, ενώ όσες υποβάλλονται σε μεταγενέστερο διάστημα επιδοτούνται από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.

Αν επιδοτείται για πρώτη φορά:

- Ο ασφαλισμένος πρέπει να έχει πραγματοποιήσει 80 ημέρες εργασίας σε κάθε έτος κατά τα δύο προηγούμενα χρόνια, πριν από την επιδότησή του. Το τελευταίο όμως 14μηνο πρέπει να έχει συμπληρώσει 125 ημέρες εργασίας, χωρίς να υπολογίζονται οι τελευταίοι δύο μήνες.
- Επίδομα ανεργίας δικαιούται και ο ασφαλισμένος που έχει πραγματοποιήσει στα δύο προηγούμενα, πριν από την απόλυσή του χρόνια, 200 ημέρες εργασίας (χωρίς να υπολογίζονται οι ημέρες εργασίας των δύο τελευταίων μηνών), από τις οποίες 80 ημέρες, το λιγότερο το χρόνο.

Αν επιδοτείται για δεύτερη και πλέον φορά:

Ο ασφαλισμένος πρέπει να έχει πραγματοποιήσει 125 ημέρες εργασίας στο τελευταίο 14μηνο, πριν από την απόλυσή του, χωρίς να υπολογίζονται (στις 125) οι ημέρες εργασίας των δύο τελευταίων μηνών.

Για τους ασφαλισμένους που έχουν απασχοληθεί σε τουριστικά και άλλα εποχιακά επαγγέλματα, για δύο συνεχείς χρονικές περιόδους (σαιζόν) αρκούν 100 ημέρες εργασίας το τελευταίο 12μηνο.

Από 1.1.2013, σε κάθε περίπτωση τα ημερήσια επιδόματα ανεργίας, εντός της προηγούμενης από την εκάστοτε έναρξη της επιδότησης λόγω ανεργίας, τετραετίας, δεν είναι δυνατόν να είναι περισσότερα των τετρακοσίων πενήντα (450). Εάν εντός της τετραετίας ο άνεργος έχει επιδοτηθεί για χρονικό διάστημα μικρότερο των τετρακοσίων πενήντα (450) ημερήσιων επιδομάτων, δικαιούται να επιδοτηθεί λόγω ανεργίας για τον υπόλοιπο αριθμό ημερήσιων επιδομάτων, μέχρι τη συμπλήρωση του ανώτατου ορίου των τετρακοσίων πενήντα (450) ημερήσιων επιδομάτων.

Επίσης, από 1.1.2014 τα ημερήσια επιδόματα ανεργίας στην τετραετία δεν είναι δυνατόν να είναι περισσότερα των τετρακοσίων (400).

Η διάρκεια της επιδότησης εξαρτάται από το πόσες ημέρες εργασίας έχει πραγματοποιήσει ο ασφαλισμένος στα προαναφερόμενα κρίσιμα χρονικά διαστήματα (14μηνο, 12μηνο ή διετία). Από 01.01.2013 η διάρκεια επιδότησης, εξαρτάται πλέον και από τον περιορισμό των 450 (για το 2013) και των 400 (από 01.01. 2014 και εφεξής) ημερήσιων επιδομάτων ανεργίας για την τετραετία πριν την έναρξη της επιδότησης.

Για το μισθωτό που ασκεί το δικαίωμα της επίσχεσης εργασίας του (Α.Κ.325) ή λόγω διακοπής εργασιών της επιχείρησης που απασχολείται, έχει προβλεφθεί η δυνατότητα να λάβει τακτικό επίδομα ανεργίας, εφόσον συντρέχουν και οι λοιπές νόμιμες προϋποθέσεις.

Στην περίπτωση της πτώχευσης της επιχείρησης προσκομίζεται η Καταγγελία Σύμβασης Εργασίας (απόλυση) που κοινοποιείται από τον σύνδικο πτώχευσης της επιχείρησης στους εργαζόμενους και στη συνέχεια η Υπηρεσία του ΟΑΕΔ προβαίνει σε απόφαση επιδότησης ανεργίας, εφόσον συντρέχουν και οι λοιπές νόμιμες προϋποθέσεις.

Επίδομα Τακτικής Ανεργίας σε Διακινούμενους Ανέργους εντός Ε.Ε

Ο διακινούμενος άνεργος εντός της Ε.Ε. έχει περισσότερες πιθανότητες να επιδοτηθεί λόγω ανεργίας στο κράτος τελευταίας απασχόλησης του (βάσει του Ευρωπαϊκού Κανονισμού 883/2004 και του Κανονισμού Εφαρμογής 987/2009).

Ο φορέας της χώρας από την οποία ο άνεργος ζητάει επίδομα ανεργίας είναι υποχρεωμένος να λάβει υπόψη τις περιόδους ασφάλισης και απασχόλησης που έχουν συμπληρωθεί σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε. και οι οποίες πιστοποιούνται με το έντυπο U1.

Ειδικό Εποχικό Βοήθημα

Δικαιούχοι του ειδικού εποχιακού βοηθήματος είναι τα άτομα που παρέχουν την εργασία στην Ελλάδα, εφ' όσον υπάγονται στην υποχρεωτική ασφάλιση του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ και ασκούν ένα από τα πιο κάτω επαγγέλματα.

Συγκεκριμένα αυτά του οικοδόμου (70% του 37πλασίου του εκάστοτε ισχύοντος ημερομισθίου ανειδίκευτου εργάτη), μισθωτού ναυπηγοεπισκευαστικής ζώνης, δασεργάτη, ρητινοσυλέκτη, καπνεργάτη, πλινθοποιού, αγγειοπλάστη, λατόμου, ασβεστοποιού, (70% του 35πλασίου του εκάστοτε ισχύοντος ημερομισθίου ανειδίκευτου εργάτη), μουσικού μέλους του οικείου επαγγελματικού σωματείου, υποδηματεργάτη, χειριστή εκσκαπτικών, ανυψωτικών, οδοποιητικών, γεωτρητικών μηχανημάτων, ηθοποιού, τεχνικού κινηματογράφου και τηλεόρασης, χείριστη και βοηθού χείριστη κινηματογράφου, ελεγκτή κινηματογράφου και θεάτρου, ταμία κινηματογράφου και θεάτρου, μισθωτού τουριστικού και επισιτιστικού κλάδου και συμριδεργάτη (70% του 25πλασίου του εκάστοτε ισχύοντος ημερομισθίου ανειδίκευτου εργάτη).

Συνταξιούχοι την 10/9, που κατά το προηγούμενο έτος ασκούσαν ένα από τα παραπάνω επαγγέλματα και έχουν τις προϋποθέσεις για την λήψη του βοηθήματος, δικαιούνται το εποχιακό βοήθημα εφ' όσον η σύνταξη που λαμβάνουν (κύρια και επικουρική) είναι μικρότερη από την κατώτερη σύνταξη που χορηγεί το ΙΚΑ – ΕΤΑΜ στους ασφαλισμένους του κατά το έτος καταβολής του βοηθήματος.

Το ειδικό εποχικό βοήθημα καταβάλλεται κάθε χρόνο από 10/9 – 30/11.

Ειδικό Βοήθημα Μετά τη Λήξη της Επιδότησης Λόγω Ανεργίας

Ειδικό βοήθημα δικαιούνται οι ασφαλισμένοι που παραμένουν άνεργοι κατά την ημερομηνία καταβολής του βοηθήματος, εφόσον παρέμειναν άνεργοι επί ένα μήνα μετά

την λήξη της τακτικής επιδότησης ανεργίας και δεν υπάγονται στις κατηγορίες του άρθρου 22 του Ν. 1836/89 (οικοδόμοι, λατόμοι, ασβεστοποιοί, μουσικοί, τραγουδιστές κλπ).

Το ειδικό βοήθημα καταβάλλεται με απόφαση του Δ/ντη της αρμόδιας Υπηρεσίας παροχών του ΟΑΕΔ ύστερα από αίτηση του ενδιαφερόμενου, η οποία υποβάλλεται στην Υπηρεσία Παροχών του τόπου κατοικίας του, μέσα σε δύο μήνες από την λήξη του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος

Για την καταβολή του ειδικού βοηθήματος απαιτείται επιπλέον το ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημα του ασφαλισμένου να μην υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο ποσό, (για το έτος 2013 το ποσό αυτό ανέρχεται στα 9.977,99 €) όπως αυτό αποδεικνύεται από έγγραφο της οικείας οικονομικής εφορίας. Το ποσό αυτό αυξάνεται κατά 293,47 € κάθε ημερολογιακό έτος. Το ύψος του βοηθήματος είναι ίσο προς 13 ημερήσια επιδόματα ανεργίας.

Ειδικό Βοήθημα Μετά Από Τρίμηνη Παραμονή Στα Μητρώα του ΟΑΕΔ

Ειδικό βοήθημα, δικαιούνται οι ασφαλισμένοι, εφόσον δεν συγκεντρώνουν προϋποθέσεις τακτικής επιδότησης, παραμένουν άνεργοι επί τρεις μήνες, έχουν πραγματοποιήσει στην ασφάλιση ανεργίας εξήντα (60) τουλάχιστον ημέρες εργασίας στο έτος που προηγείται της έναρξης του τριμήνου και δεν υπάγονται στις κατηγορίες του άρθρου 22 του Ν. 1836/89 (οικοδόμοι, λατόμοι, ασβεστοποιοί, μουσικοί, τραγουδιστές κ.λ.π)

Ο ασφαλισμένος μπορεί να λάβει το ειδικό βοήθημα μέχρι και τρεις φορές μέσα στο αυτό ημερολογιακό έτος. Στην περίπτωση που συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις για την καταβολή του ειδικού βοηθήματος περισσότερες από μια φορά στο αυτό ημερολογιακό έτος, δεν απαιτείται η προϋπόθεση των εξήντα ημερομισθίων που απαιτείται μόνο για την πρώτη καταβολή του βοηθήματος.

Επίσης ο ασφαλισμένος πρέπει να έχει τεθεί, σε όλο το καθοριζόμενο σ' αυτές χρονικό διάστημα, στη διάθεση της αρμόδιας Υπηρεσίας Απασχόλησης του ΟΑΕΔ.

Για την καταβολή του ειδικού βοηθήματος απαιτείται επιπλέον το ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημα του ασφαλισμένου να μην υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο ποσό, (για το έτος 2013 το ποσό αυτό ανέρχεται στα 9.977,99 €) όπως αυτό αποδεικνύεται από έγγραφο της οικείας οικονομικής εφορίας. Το ποσό αυτό αυξάνεται κατά 293,47 € κάθε

ημερολογιακό έτος. Το ύψος του βοηθήματος είναι ίσο προς 15 βασικά επιδόματα ανεργίας

Ειδικό Βοήθημα Λόγω Επίσχεσης Εργασίας ή Διακοπής Εργασιών

Δικαιούχοι είναι οι ασφαλισμένοι που δεν συγκεντρώνουν προϋποθέσεις τακτικής επιδότησης σε περίπτωση διακοπής των εργασιών της επιχείρησης –εκμετάλλευσης και αδυναμίας για οποιοδήποτε λόγο καταγγελίας της σύμβασης εργασίας από τον εργοδότη, ή σε περίπτωση άσκησης από τον μισθωτό του δικαιώματος της επίσχεσης εργασίας (άρθρο 325 Α.Κ.)

Οι δικαιούχοι θα πρέπει να παραμένουν άνεργοι επί τρεις μήνες και θα πρέπει να έχουν πραγματοποιήσει στην ασφάλιση ανεργίας εξήντα (60) τουλάχιστον ημέρες εργασίας στο έτος που προηγείται της έναρξης του τριμήνου.

Ο ασφαλισμένος μπορεί να λάβει το ειδικό βοήθημα μέχρι και τρεις φορές μέσα στο αυτό ημερολογιακό έτος. Στην περίπτωση που συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις για την καταβολή του ειδικού βοηθήματος περισσότερες από μια φορές στο αυτό ημερολογιακό έτος, δεν απαιτείται η προϋπόθεση των εξήντα ημερομισθίων που απαιτείται μόνο για την πρώτη καταβολή του βοηθήματος.

Επίσης ο ασφαλισμένος πρέπει να έχει τεθεί, σε όλο το καθοριζόμενο σ' αυτές χρονικό διάστημα, στη διάθεση της αρμόδιας Υπηρεσίας Απασχόλησης του ΟΑΕΔ.

Για την καταβολή του ειδικού βοηθήματος απαιτείται επιπλέον το ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημα του ασφαλισμένου να μην υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο ποσό, (για το έτος 2013 το ποσό αυτό ανέρχεται στα 9.977,99 €) όπως αυτό αποδεικνύεται από έγγραφο της οικείας οικονομικής εφορίας. Το ποσό αυτό αυξάνεται κατά 293,47 € κάθε ημερολογιακό έτος.

Το ύψος του βοηθήματος είναι ίσο προς το 20πλάσιο του βασικού επιδόματος ανεργίας, που ισχύει κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για την χορήγηση του βοηθήματος, προσαυξανόμενο κατά 10% για κάθε προστατευόμενο μέλος

Επίδομα σε Νέους από 20-29 Ετών

Καταβάλλεται στους νέους και νέες ηλικίας από 20 - 29 ετών, εφ' όσον είναι άνεργοι και παραμείνουν γραμμένοι στα μητρώα ανέργων για ένα χρόνο.

Το επίδομα ανέρχεται σε 73,37 ΕΥΡΩ τον μήνα και καταβάλλεται για πέντε μήνες εφόσον έχουν συμπληρώσει το 20ο έτος της ηλικίας τους ή έχουν αποκτήσει πτυχίο ή

έχουν απολυθεί από το στρατό. Η προθεσμία είναι τρίμηνη από την συμπλήρωση του 20ου έτους της ηλικίας ή την απόκτηση πτυχίου ή την απόλυση απ' τον στρατό.

Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα ο κίνδυνος της ανεργίας καλύπτονταν ασφαλιστικά μόνο για τους μισθωτούς εργαζομένους. Δεν ασφαλιζόνταν οι αυτοτελώς απασχολούμενοι, οι αγρότες, οι ελεύθεροι επαγγελματίες. Πρόσφατα με το άρθρο 44 του ν. 3986/2011ο ΟΑΕΔ καταβάλλει το επίδομα ανεργίας στους δικαιούχους ελεύθερους επαγγελματίες και αυτοτελώς απασχολούμενους που κατέστησαν άνεργοι. Το επίδομα είναι 360 ευρώ μηνιαίως και δικαιούχοι οι άνεργοι ασφαλισμένοι στους ασφαλιστικούς φορείς ΟΑΕΕ, δηλαδή οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι έμποροι, καθώς και στο ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (εργαζόμενοι στον Τύπο), που διαθέτουν τρία τουλάχιστον έτη ασφάλισης και δεν οφείλουν ασφαλιστικές εισφορές. Το χρονικό διάστημα που καταβάλλεται το επίδομα ανεργίας, είναι: Για χρόνο ασφάλισης 3 έως 4 πλήρη έτη για 3 μήνες, Για χρόνο ασφάλισης 5 έως 6 πλήρη έτη για 4 μήνες. Για χρόνο ασφάλισης 7 έως 8 πλήρη έτη για 5 μήνες. Για χρόνο ασφάλισης 9 έως 10 πλήρη έτη για 6 μήνες. Για χρόνο ασφάλισης 11 έως 12 πλήρη έτη για 7 μήνες. Για χρόνο ασφάλισης 13 έως 14 πλήρη έτη για 8 μήνες. Για χρόνο ασφάλισης 15 πλήρη έτη και εφεξής, για 9 μήνες.

Το επίδομα είναι 360 ευρώ μηνιαίως και δικαιούχοι οι άνεργοι ελεύθεροι επαγγελματίες, που διαθέτουν τρία τουλάχιστον έτη ασφάλισης και δεν οφείλουν ασφαλιστικές εισφορές.

Μακροχρόνια άνεργος θεωρείται ο πολίτης εκείνος που αναζητά εργασία πάνω από ένα έτος.

Ο ΟΑΕΔ χορηγεί σε μακροχρόνια ανέργους, ηλικίας 45-65 ετών, με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (πραγματικό ή τεκμαρτό) μικρότερο των 12.000 ευρώ που παραμένουν επί 12 μήνες (χωρίς διακοπή) εγγεγραμμένοι στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ και παράλληλα έχουν εξαντλήσει στο παρελθόν τη 12μηνη επιδότηση ανεργίας, επίδομα μακροχρόνια ανέργων. Το μηνιαίο επίδομα ανέρχεται στα 200 ευρώ και καταβάλλεται για διάστημα όχι μεγαλύτερο των 12 μηνών. Εάν ο μακροχρόνια άνεργος έχει προστατευόμενο ανήλικο παιδί, το ανώτατο όριο ετήσιου εισοδήματός του, που απαιτείται προκειμένου να λάβει το επίδομα προσαυξάνεται κατά 587 ευρώ (για κάθε ανήλικο τέκνο). Το επίδομα αυτό δεν επιδέχεται προσαυξήσεις, είναι προσωποπαγές και δεν μεταβιβάζεται.

Για να εισπράξει ο άνεργος το επίδομα πρέπει να έχει εξαντλήσει κατά το παρελθόν την 12μηνη τακτική επιδότηση ανεργίας ακόμη και αν την έχει λάβει τμηματικά (δηλ. με αναστολές και συνεχίσεις). Όταν υποβάλουν την αίτηση για το επίδομα μακροχρόνια άνεργου πρέπει επίσης να έχουν παραμείνει κατά τους 12 τελευταίους μήνες αδιαλείπτως εγγεγραμμένοι στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ.

Η καταβολή του επιδόματος μακροχρονίως άνεργου αναστέλλεται σε περίπτωση που ο δικαιούχος λάβει μέρος σε επιδοτούμενο πρόγραμμα κατάρτισης ή σε περίπτωση που είναι ασθενής και εφόσον λαμβάνει επίδομα ασθένειας. Η καταβολή επιδότησης που έχει ανασταλεί μπορεί να συνεχιστεί για χρονικό διάστημα μέχρι τη συμπλήρωση 12 μηνών συνολικής επιδότησης εφόσον αντίστοιχα ο καταρτισθείς δεν ενταχθεί σε οποιαδήποτε μορφής απασχόληση ή ο ασθενής παύει να εισπράττει επίδομα ασθένειας. Η συνέχιση του επιδόματος χορηγείται ύστερα από υποβολή νέας Αίτησης – Δήλωσης του δικαιούχου και εφόσον εξακολουθούν να συντρέχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις. Αντιθέτως δεν δύναται να συνεχιστεί η καταβολή του επιδόματος εάν αυτή έχει διακοπεί (στην περίπτωση κατά την οποία ο άνεργος ενταχθεί σε απασχόληση, είτε ως νέος ελεύθερος επαγγελματίας, είτε με εξαρτημένη εργασία, είτε απορρίψει προτεινόμενη από τον ΟΑΕΔ θέση εργασίας συναφή με τα τυπικά προσόντα και τις δεξιότητες του).

Ο ΟΟΣΑ στην έκθεσή του για την κοινωνική πολιτικής στην Ελλάδα, που αναφέραμε προηγουμένως στην ενότητα για τους ανάπηρους, προτείνει: Επέκταση των βοηθημάτων κατά της ανεργίας και της διάρκειάς τους με βάση εισοδηματικά κριτήρια. Ειδικότερα, επέκταση των επιδομάτων ανεργίας κατά 12 μήνες για τους άνεργους που πληρούν τα απαιτούμενα κριτήρια, και κάλυψη των εγγεγραμμένων στα μητρώα ανέργων που αρχικά δεν δικαιούνται επίδομα για το ίδιο διάστημα (δηλαδή για 12 μήνες), με βάση εισοδηματικά κριτήρια. Η επέκταση της διάρκειας των επιδομάτων ανεργίας για τους υπάρχοντες άνεργους που πληρούν τα απαιτούμενα κριτήρια θα εφαρμοστεί το 2014. Εξέταση για το ίδιο διάστημα της ανάπτυξης προγραμμάτων διασύνδεσης των παροχών με την υποχρέωση ή διαθεσιμότητα προς εργασία και ενεργητικές πολιτικές ενίσχυσης της απασχόλησης, μέσω των οποίων εγγεγραμμένοι άνεργοι που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση επιδόματος θα μπορούν να λάβουν κάποια ενίσχυση εφόσον συμμετέχουν σε κάποιου είδους προσωρινή απασχόληση στο δημόσιο τομέα ή σε κάποιο πρόγραμμα εθνικής εμβέλειας. Επιπλέον,

προώθηση της δομημένης συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης για άτομα που έχουν ανάγκη να αποκτήσουν νέες δεξιότητες

Δικαιώματα - Προϋποθέσεις Ανέργων στον τομέα της Υγείας

Οι άνεργοι, ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι, δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω χορήγησης βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (απορίας) από τις Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας των Περιφερειών εφόσον είναι:

- Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) οι οποίοι διαμένουν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα
- Το οικογενειακό ετήσιο εισόδημά τους δεν ξεπερνά τα 6.000,00€ ευρώ, προσαυξανόμενο κατά 20% για τη σύζυγο και κατά 20% για κάθε ανήλικο ή προστατευόμενο παιδί
- Το εισόδημα τους δεν προέρχεται από επαγγελματική δραστηριότητα τέτοια που να τους παρέχει την δυνατότητα ασφάλισης.

Το Υπουργείο Υγείας προκειμένου να προσφέρει ένα είδος περιορισμένης προστασίας σε πολίτες χωρίς ασφαλιστική ικανότητα, υλοποιεί για πρώτη φορά το Πρόγραμμα Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης σε Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Health Voucher).

Πρόκειται για Πρόγραμμα, το οποίο σχεδιάστηκε με στόχο να καλύψει τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στόχος του Υπουργείου Υγείας, με την υλοποίηση του παρόντος Προγράμματος (Health Voucher), είναι η ελεύθερη (δωρεάν) πρόσβαση πολιτών που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα, καθώς και των προστατευόμενων μελών των οικογενειών τους, σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης. Κριτήρια επιλεξιμότητας των δικαιούχων είναι η ασφαλιστική ικανότητα και το εισόδημα.

Μέσω του Προγράμματος, εκδίδεται ένα εισιτήριο (health voucher) που παρέχει δυνατότητα-δικαίωμα πρόσβασης σε προεπιλεγμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας – κλινική αξιολόγηση ιατρού και διαγνωστικές εξετάσεις.

Κάθε HealthVoucher καλύπτει ένα διευρυμένο πακέτο εξετάσεων, σύμφωνα με την ηλικία και το φύλλο του δικαιούχου (5 διαφορετικά πακέτα εξετάσεων), και βασικό

πακέτο εξετάσεων προγεννητικού ελέγχου. Ως ανώτατο όριο επισκέψεων σε ιατρούς ορίζονται οι τρεις (3) επισκέψεις για τις γενικές κατά φύλο και ηλικία κατηγορίες ωφελουμένων και οι επτά (7) επισκέψεις για τις σε κατάσταση εγκυμοσύνης ωφελούμενες (αναλόγως του τριμήνου κύησης που διανύει).

Σημειώνεται ότι οι ιατρικές επισκέψεις που πραγματοποιούνται με το παρόν συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα δεν προσμετρώνται στο όριο των 200 ή 150 μηνιαίων επισκέψεων (σύμφωνα τις ισχύουσες συμβάσεις των γιατρών για την εξυπηρέτηση ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ).

Καθώς το Πρόγραμμα χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ, οι αποζημιώσεις προς τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υγείας που θα εξυπηρετούν ανασφάλιστους πολίτες, δικαιούχους του HealthVoucher, θα πραγματοποιούνται εντός 60 ημερών από την παραλαβή του φακέλου με τα σχετικά δικαιολογητικά. Σχετικές οδηγίες θα ανακοινωθούν σύντομα.

Η έναρξη αίτησης-εγγραφής στο Πρόγραμμα για τους δικαιούχους έχει οριστεί για τις αρχές Ιουλίου 2013.

Ωστόσο, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών με ανακοίνωσή του την 9^η Μαΐου 2013, χαρακτήρισε «όνειδος για την σημερινή ιατρική πραγματικότητα» το πρόγραμμα καθώς ο εργαστηριακός έλεγχος που υπόσχεται είναι πλημμελήματος και η χρονική διάρκεια του δικαιώματος περιορίζεται στους 4 μήνες.

Συμπερασματικά, οι πολιτικές διαχείρισης και όχι αντιμετώπισης της ανεργίας που περιγράφηκαν παραπάνω, λειτουργούν ως ένας τεράστιος μηχανισμός ανακύκλωσης των ανέργων σε ένα ολοένα συρρικνούμενο όγκο θέσεων εργασίας.

Μόλις το 2% των ανέργων βρίσκει εργασία μέσω του ΟΑΕΔ. Οι υπόλοιποι βρίσκουν εργασία είτε μόνοι τους είτε μέσω φίλων και συγγενών είτε με ρουσφέτι και πελατειακές σχέσεις, που έχουν πλέον μεταφερθεί και στον ιδιωτικό τομέα.

Οι δημόσιοι πόροι, που διατίθενται στη χώρα μας για την απασχόληση – ανεργία, είναι λιγότερο από 1% του ΑΕΠ, δηλαδή τρεις έως πέντε φορές λιγότεροι από τις χώρες της ευρωζώνης.

Λιγότεροι από το 18% των ανέργων παίρνουν μέχρι το πολύ για 12 μήνες το χαμηλότερο επίδομα ανεργίας σε όλη την Ευρώπη, δηλαδή 55% του μικτού κατώτερου μισθού (361 ευρώ μηνιαία).

Για τους αυτοαπασχολούμενους, οι προϋποθέσεις που τέθηκαν για να δικαιούνται το πρόσφατα θεσπισμένο βοήθημα ανεργίας είναι απαγορευτικές για την συντριπτική πλειοψηφία τους.

Σύμφωνα με δελτίο τύπου της 2ης Ιουλίου 2013, της Ομάδας Δράσης (taskforce) που συστάθηκε για να βοηθήσει την Ελλάδα να εφαρμόσει το θεματολόγιο μεταρρυθμίσεων που έχει προγραμματίσει για την αποκατάσταση της ανάπτυξης και τη δημιουργία απασχόλησης, μετά από αίτημα της ελληνικής κυβέρνησης, συντονίζει την Τεχνική Βοήθεια με σκοπό τη δημιουργία στην Ελλάδα ενός δικτύου κοινωνικής ασφάλειας, με τη μορφή ενός ελάχιστου εισοδήματος για τα φυσικά πρόσωπα που δεν δικαιούνται πλέον επιδόματα ανεργίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα είναι ένα από τα ελάχιστα κράτη μέλη που δε διαθέτουν τέτοιο σύστημα κοινωνικής ασφάλειας.

Οι οικονομικές επιπτώσεις, η ανέχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι ψυχολογικές καταπτώσεις, οι αυτοκτονίες είναι οι συνέπειες για τους ανέργους. Σ' αυτές προστίθεται τελευταία η τάση νέων ανθρώπων, κυρίως πτυχιούχων και μεταπτυχιακών, να μεταναστεύουν για δουλειά στο εξωτερικό, που ήδη στα τρία περίπου χρόνια του μνημονίου εκτιμάται ότι έφτασαν τους 300.000. Το γεγονός αυτό, πέραν των άλλων κοινωνικών συνεπειών, στερεί τη χώρα από επιστημονικό δυναμικό, ιδιαίτερα χρήσιμο για την παραγωγική ανασυγκρότησή της.

Ταυτόχρονα, τα πρωτοφανή ποσοστά ανεργίας, σε συνδυασμό με τη γενίκευση των ελαστικών μορφών εργασίας και τις δραματικές μειώσεις μισθών, δημιουργούν ένα ιδιαίτερα εκρηκτικό μίγμα, που υπονομεύει την κοινωνική ασφάλιση και τα δημόσια έσοδα λόγω απώλειας ασφαλιστικών εισφορών και φόρων.

6 Συμπεράσματα

Η κοινωνική προστασία των πιο ευπαθών και ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού της χώρας μας, εμφανίζει διαχρονικά πολύ σοβαρές ελλείψεις. Η αντιμετώπιση της αναπηρίας, της ασθένειας, η στήριξη της μητρότητας, της παιδικής ηλικίας αλλά και της ανεργίας, η ενσωμάτωση των ομογενών, των μεταναστών, των προσφύγων και των Ρομά, εκτός των επιμέρους διαφορών τους, έχουν ως κοινό παρονομαστή τα πολύ χαμηλά επίπεδα παροχών, την έλλειψη δημόσιων υποδομών αλλά και την απουσία συνολικής και συντονισμένης αντιμετώπισης των κοινών προβλημάτων. Τα επιδόματα είναι ανεπαρκή, σποραδικά και υπόκεινται σε προϋποθέσεις που λειτουργούν όχι τόσο για να καθορίσουν τους δικαιούχους αλλά για να αποκλείσουν μια σημαντική μερίδα από τα δικαιώματά τους, ωθώντας τους στο κοινωνικό περιθώριο.

Στις προϋπάρχουσες ανεπάρκειες και στρεβλώσεις των ακολουθούμενων πολιτικών, η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, συνδυάστηκε με τις σκληρές νεοφιλελεύθερες πολιτικές των Μνημονίων, οι οποίες οδήγησαν στην κοινωνική εξαθλίωση των ήδη φτωχών αλλά και στη γενικευμένη φτωχοποίηση μιας πλειοψηφικής μερίδας της ελληνικής κοινωνίας. Το πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης και της φροντίδας υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο σημαντικών αλλαγών, λόγω της σύνδεσης των σχετικών παροχών και των προϋποθέσεών τους με τις κοινωνικές δαπάνες. Νέες ρυθμίσεις που εισάγονται στην κατεύθυνση συγκράτησης των δαπανών εισάγουν αυστηρότερες προϋποθέσεις ή καταργούν ευνοϊκές διατάξεις για διάφορες ομάδες του πληθυσμού, περιορίζοντας την πρόσβασή τους σε δικαιώματα. Ακόμη και αν είναι απόλυτα θεμιτός ο στόχος εξορθολογισμού των παροχών και των πρακτικών του παρελθόντος, κυρίως ως προς τις απαιτούμενες προϋποθέσεις, η ανατροπή δικαιωμάτων που είχαν θεμελιωθεί βάσει προϋπάρχουσας νομοθεσίας αιφνιδιάζει τους ευπαθέστερους πολίτες.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός που υφίστανται οι ΕΚΟ, δεν αποτελεί μια «αναπόφευκτη κοινωνική πραγματικότητα», αλλά υπόθεση υπεράσπισης ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Γι αυτό το λόγο, η ενίσχυση του κοινωνικό κράτος και η ενδυνάμωση του δημόσιου συστήματος υγείας, δεν αποτελούν βάρος για την οικονομία αλλά επένδυση.

.Η αναγκαιότητα της αναζήτησης νέων τρόπων καταπολέμησής αυτών των εξελίξεων και η δημιουργία και διατήρηση ισχυρών δεσμών κοινωνικής αλληλεγγύης, οι οποίοι θα

λειτουργήσουν ως ένα προστατευτικό δίκτυο στα ευάλωτα μέλη της κοινωνίας, αναδεικνύονται ως εξόχως σημαντικές.

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας τέτοιων δράσεων απαιτεί μια διευρυμένη οριζόντια συνεργασία των εμπλεκόμενων αρχών και φορέων (Τοπική Αυτοδιοίκηση, Κεντρική Διοίκηση, κοινωνικοί εταίροι, φορείς του ιδιωτικού και του μη κερδοσκοπικού τομέα, καθώς και την ενεργητική συμμετοχή των ίδιων των μελών ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις διαδικασίες κοινωνικοοικονομικής ένταξης.

Προϋποθέτει επίσης την ύπαρξη ενός διευρυμένου και όχι συρρικνούμενου, όπως σήμερα, κράτους πρόνοιας που θα ενισχύει τις δομές κοινωνικής προστασίας και ψυχολογικής υποστήριξης, θα αμβλύνει τις κοινωνικές ανισότητες και διακρίσεις και θα στηρίζει την κοινωνική συνοχή με την προώθηση νέων ευκαιριών.

Τέτοιες ευκαιρίες δημιουργούνται με το σχεδιασμό προγραμμάτων για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και τη βελτίωση των επαγγελματικών προσόντων των ΕΚΟ από εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης με τη χρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης. Η ενθάρρυνση της κοινωνικής επιχειρηματικότητας που οδηγεί στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας με κατάλληλα χρηματοδοτικά εργαλεία θα μπορούσε επίσης να συμβάλει στη δημιουργική ένταξη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων στο οικονομικό και κοινωνικό γίγνεσθαι.

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η ενσωμάτωση μειονοτικών ομάδων, όπως οι Ρομά αλλά και των μεταναστών απαιτούν τέλος ένα ευρύ φάσμα πολιτικών κατά των διακρίσεων και του αποκλεισμού, ενεργοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών, δυνατότητα πρόσβασης στην εκπαίδευση, την υγεία, τη στέγαση, στοχευμένη χρηματοδότηση.

Η κοινωνική πρόοδος εξαρτάται από την αλληλεγγύη μεταξύ των πολιτών και από το κατά πόσο κάθε πολίτης έχει τη δυνατότητα να είναι ενεργό, σεβαστό και ικανοποιημένο μέλος της κοινωνίας μας.

Βιβλιογραφία

A. Ελληνόγλωσση

Αμίτσης Γ., 2012, Το διακύβευμα της κοινωνικής αλληλεγγύης στην Ελλάδα της ύφεσης –Η θέσπιση ενός γενικού συστήματος ελάχιστου εισοδήματος ως βασική πρόκληση μεταρρύθμισης, Πρακτικά Ειδικής Συνεδρίας, Νέα Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός, Πολιτικές Καταπολέμησης & Καθιέρωση ενός Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος, Βουλή των Ελλήνων

Βενιέρης Δ., 2011, *Κρίση Οικονομίας, Απορρύθμιση Κοινωνικής Πολιτικής: Η Νέα «Μικροελληνική» Καταστροφή 2010-2011*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 134-135, Α΄ - Β΄ 2011, 101-131

Βενιέρης Δ., 2009, *Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική και κοινωνικά δικαιώματα: Το τέλος των ύμνων*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Βενιέρης Δ., 2010, *Κοινωνική μεταρρύθμιση, κοινωνική πολιτική και κοινωνικά δικαιώματα: «Η μέθοδος των τριών»*, στο Πετμεξίδου Μ. και Παπαθεοδώρου Χ. (επιμ.), *Κοινωνική μεταρρύθμιση και αλλαγές στο μείγμα «δημόσιου– ιδιωτικού» στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Βενιέρης Δ., Παπαθεοδώρου Χ. (επιμ.), 2003, *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα: Προκλήσεις και προοπτικές*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Γενική Γραμματεία Ισότητας των φύλων, 2010, *Εθνικό Πρόγραμμα για την Ουσιαστική Ισότητα των φύλων 2010-2013*

Γιατροί του Κόσμου – Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο, 2007, *Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία*, Έκδοση των Γιατρών του Κόσμου.

Διβάνη, Λ., 2001, *Η Κατάσταση των Τσιγγάνων στην Ελλάδα*, Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου,

Διεθνής Αμνηστία, 2012 *Ελλάδα: Το τέλος του δρόμου για τους Πρόσφυγες, τους Αιτούντες Άσυλο και τους Μετανάστες*

Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2001, *Η κατάσταση των Τσιγγάνων στην Ελλάδα*.

Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2009, *Έκθεση και προτάσεις για την κατάσταση σχετικά με την κατάσταση και τα δικαιώματα των Τσιγγάνων στην Ελλάδα*

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών., 2012, *Ένταξη των Μεταναστών: Αντιλήψεις, Πολιτικές, Πρακτικές* Επιμέλεια: ΑφουξενίδηςΑ., ΣαρρήςΝ., Τσακηρίδη Ο.

Ελληνική Εθνική Επιτροπή UNICEF, 2012, *Η Κατάσταση των παιδιών στην Ελλάδα*
ΕΛ.ΣΤΑΤ., *Ερευνες ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης για τα έτη 1999 έως 2009*

ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2005, *Ειδική εκπαίδευση (ατόμων με ειδικές ανάγκες): Σχολικά έτη: 2000/01 –2005/06*

ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2010, *Εκτιμώμενος πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών και υπηκοοτήτων*

Έμκε-Πουλοπούλου Η., 2007, *Η Μεταναστευτική Πρόκληση*, Εκδόσεις Παπαζήση

Έμκε-Πουλοπούλου Η., 2009 *Η ζωή των μεταναστών στην Ελλάδα. Νομικό καθεστώς, γλώσσα, απασχόληση, ασφάλιση*, Βογιατζή – ErmisGraphics

ΙΝΕ/ΓΣΕΕΑΔΕΔΥ, 2002 *Μελέτες 16 Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό* (Επιστ. Υπεύθυνος: Παπαδοπούλου Δ.)

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ, 2008, *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση-Ετήσια Έκθεση 2008*, Αθήνα.

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, 2010, *Για την έξοδο από την κρίση της ελληνικής οικονομίας*, Ενημέρωση, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ, τεύχ. 178, Δεκέμβριος.

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ, 2011, *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση – Ετήσια Έκθεση 2011*, Εκθέσεις 13, Αθήνα.

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ, 2012, *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Ετήσια Έκθεση 2012 Εκθέσεις 13, Αθήνα.

Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, 2006 *Έκθεση Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση* ΚοντιάδηςΞ. (Επ. Υπεύθυνος)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2011 *Εθνική Μελέτη της Κατάστασης Εμβολιασμού των Παιδιών στην Ελλάδα*

Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2001 *Η κατάσταση των Τσιγγάνων στην Ελλάδα* (Διβάνη Λ.)

Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2009 Έκθεση και προτάσεις για ζητήματα σχετικά με την κατάσταση και τα δικαιώματα των τσιγγάνων στην Ελλάδα (Παπαδοπούλου Χ., Τάκης Α.)

Έξαρχος, Γ., 1998, Κοινωνικός αποκλεισμός των Τσιγγάνων, στο Κοινωνικός αποκλεισμός: η ελληνική εμπειρία Κασιμάτη Κ. (επιμ.), Gutenberg, Αθήνα 2004

ΕΟΠΥΥ, «Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας», ιστότοπος γενικής γραμματείας κοινωνικών ασφαλίσεων http://www.ggka.gr/in_main_newnomoi.htm

Ζαροκώστα, Ε., κ.α., 2009, Υγεία και κοινότητα των Ρομά: Ανάλυση της κατάστασης στην Ελλάδα, Fundación Secretariado Gitano, Madrid

Ιωακείμογλου Η., 2010, Υπηρεσίες υγείας: Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ – Μελέτες, 32, Αθήνα.

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Κασιμάτη, Κ. 1998, Πόντιοι στην Ελλάδα και Κοινωνικός Αποκλεισμός, στο Κασιμάτη, Κ. επ., Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, Αθήνα: Gutenberg, σ. 275-305

Καυταζόγλου, Ι., 2006, Κοινωνικός Αποκλεισμός: Εκτός, εντός και υπό, Σαββάλας, Αθήνα

Καψάλης, Α., 2003. Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και υγείας των Μεταναστών, Εθνική Έκθεση Ελλάδα.

Κόντης, Α., Πετράκου, Η., Τάτσης, Ν., Χλέπας, Ν., 2005, Ελληνική και Ευρωπαϊκή Πολιτική Ασύλου, Εργαστήριο Μελέτης της Μετανάστευσης και Διασποράς, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδόσεις

Παπαζήση, (http://emmedia.pspa.uoa.gr/resources/Publications/Eidikes_Meletes/Asylum_Policies.pdf).

Κοντιάδης, Ξ.Ι., 2008 Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας, Αθήνα, Παπαζήση.

Κουζής Ι., 2011, Το εργασιακό τοπίο στην Ελλάδα μετά το Μνημόνιο, Ενημέρωση, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχ. 181, Μάρτιος.

Κυριόπουλος Ι., Σισσούρας Α. (επιμ.), 1997, Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και ανταπάτη, Αθήνα, Θεμέλιο.

Λιαρόπουλος, Λ.Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας* εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Γκαζόν, Ε., 2005β, *Μετανάστευση και Υγεία Πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης – προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Ματσαγκάνης Μ., 2011, *Η Κοινωνική Πολιτική σε Δύσκολους Καιρούς (Οικονομική Κρίση, Δημοσιονομική Λιτότητα και Κοινωνική Προστασία)* ΚΡΙΤΙΚΗ

Μαυρέας, Κ. 1998 *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού: Πόντιοι και Βορειοηπειρώτες πρόσφυγες στην Ελλάδα*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 96-97: 185-218.

MIGHEALTHNET – 2009, *Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα*

Μπαλούρδος Δ., 2013, *Η φτώχεια στην Ελλάδα της Κρίσης: τάσεις, προκλήσεις και προοπτικές*, παρουσίαση στο Συνέδριο Συγκέντρωση του πλούτου και αυξανόμενη φτώχεια: αίτια, τάσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης, Ίδρυμα Ρόζα Λούξεμπουργκ

Μωραϊτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ. και Πολύζος, Ν. (1995). *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Νικολέντζος Α., 2010, *Η επιρροή των ιατρών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας: 1983–2001*, Διδακτορική Διατριβή (2008), Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, Αθήνα, Focus on Health Ε.Π.Ε.

ΟΑΣΕ, 2000, *Έκθεση για την κατάσταση των Ρομά και Σιντί στην περιοχή του ΟΑΣΕ: αποσπάσματα για την Ελλάδα*.

Παπαλιού Ο., 2010, *Το ζήτημα των αστέγων: μια πρώτη προσέγγιση*, στο Ναούμη Μ., Παπαπέτρου Γ., Σπυροπούλου Ν., Φρονίμου Ε., Χρυσάκης Μ., (2010), Το κοινωνικό πορτρέτο της Ελλάδας 2010, ΕΚΚΕ, Αθήνα

Πετμεζίδου Μ., 1992, *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική*, Αθήνα, Εξάντας.

PRAKSIS, 2007, *Έκθεση για τις δυσκολίες πρόσβασης των Ρομά στις υπηρεσίες υγείας*.

Ρέππας Χ., 2001, *Σημειώσεις για την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού*, Αντιτετράδια της εκπαίδευσης, τεύχος 59,

http://www.antitetrada.gr/portal/index.php?option=com_content&view=category&id=62&Itemid=102

Ρομπόλης Σ., 2010, *Οικονομική κρίση, κρίση απασχόλησης και κρίση κοινωνικής ασφάλισης*, Ενημέρωση, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχ. 172, Μάιος.

Ροζανβαλον Π., 2003, *Το νέο κοινωνικό ζήτημα. Επανεξετάζοντας το κράτος πρόνοιας*, Αθήνα, Μεταίχμιο.

Ρωμανιάς Γ., 2010, *Θέσεις και παρατηρήσεις για το Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο*, Ενημέρωση, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, τεύχ. 173, Ιούνιος.

Σακελλαρόπουλος, Θ., 2003, *Ζητήματα Κοινωνικής Πολιτικής*, τόμος Α' Διόνικος, Αθήνα

Σακελλαρόπουλος Θ., 2004, *Συμμετοχικές διαδικασίες και ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο: Η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού ΙΣΤΑΜΕ-Α. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ*, Αθήνα

Σακελλαρόπουλος, Θ. και Οικονόμου Χ.Ι., 2006. *Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004*, στο Μαραβέγιας Ν. και Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ) *Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση και Ελλάδα: οικονομία κοινωνία, πολιτικές*, Διόνικος. Αθήνα

Σακελλαρόπουλος Θ., 2007 *Οι μεγάλοι αναπροσανατολισμοί στα κράτη πρόνοιας στο Κοινωνικά Δικαιώματα και Κρίση του Κράτους Πρόνοιας*, ΣΑΒΒΑΛΑΣ

Σπαθανά Ελ., 2003, *Νομική Συνδρομή σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα*, Νομικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, Αθήνα.

Στρατηγάκη Μ., 2006, *Το φύλο της κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Σχέδιο Δράσης Για Την Ανάπτυξη Του Τομέα Της Κοινωνικής Πρόνοιας Την Δ' Προγραμματική Περίοδο 2007– 2013 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Κοινωνική Συνοχή και Αλληλεγγύη»

Συνήγορος του Πολίτη, 2012, *Ετήσια Έκθεση*

Συνήγορος του Πολίτη, 2007, *Ειδική Έκθεση, Παροχές Ανεργίας: Δικαιώματα των Ανέργων και Λειτουργία των Υπηρεσιών του ΟΑΕΔ*

Σωτηρόπουλος Δ. Α., 2010, *Ευκαιρίες και προβλήματα της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής: Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Απασχόλησης και η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού*

στο Μαρία Πετμεζίδου και Χρίστος Παπαθεοδώρου, επιμ., Κοινωνική μεταρρύθμιση και αλλαγές στο μείγμα «δημόσιου» – «ιδιωτικού» στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής, Πρακτικά συνεδρίου, Επιστημονική Εταιρεία Κοινωνικής Πολιτικής και Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2010, σελ. 133-152.

Τούντας Γ., *Προς μια ενιαία πολιτική υγείας στην Ευρώπη*, Η Καθημερινή, 30/04/2008

Τράπεζα της Ελλάδος, 2012, *Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνική Συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης*.

Τσακίρης, Κ. (2002), *Πόντιοι παλιννοστούντες από την πρώην Σοβιετική Ένωση*, στο Καραντινός, Δ., Μαράτου-Αλιπράντη, Λ. και Φρονίμου, Ε. επ., Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα: Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Τόμος Α', Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Τσιτσελίκης Κ., Θεσμικό πλαίσιο για την μετανάστευση και την παλιννόστηση στο Αρχιτεκτονικοί και πολεοδομικού μετασχηματισμοί στη Θεσσαλονίκη λόγω του φαινομένου της μετανάστευσης στο

<http://portal.tee.gr/portal/page/portal/teetkm/DRASTHRIOTHTES/OMADESERGAS>

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011, *Πλαίσιο εθνικής στρατηγικής για τους Ρομά*

Φακιολάς, Π. (2001), *Η ενσωμάτωση των Ελληνοποντίων στην Ελληνική κοινωνία*, στο Αμίτσης, Γ. και Λαζαρίδη, Γ. επ. (2001), Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα, Αθήνα: Παπαζήσης.

Χλέτσος Μ., 2011, *Οικονομικά της κοινωνικής προστασίας Πατάκης*,

B. Ξενόγλωσση

Alamanou A., Stamatogiannopoulou E., Theodorikakou O., Katsadoros K., (2011), *The configuration of homelessness in Greece during the financial crisis*, KLIMAKA NGO – Greece.

Arza C., Kohli M., 2008, *Pension reform in Europe*, London, Routledge.

Braveman P., Gruskin S., 2003 *Defining equity in health*, J Epidemiol Community Health 57:254-258

Calandrino M., 2010, *Homelessness and Housing Exclusion in the EU Social Inclusion Process*, European Journal of Homelessness Volume 4, December 2010 Part B _ Policy Review

Council of Europe, Parliamentary Assembly, Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development (rapporteur Hunko A.) resolution 1994 (2012) *Austerity measures a danger for democracy and social rights* στο

http://www.assembly.coe.int/Communication/asocdoc17rev_2012.pdf

Council of Europe, Parliamentary Assembly, Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development (rapporteur Lorrain J.L.) resolution 1946 (2013) *Equal Access to Health Care* στο

<http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewPDF.asp?FileID=19991&Language=EN>

Davaki K., Mossialos E., 2006, *Financing and delivering health care*, στο Petmesidou M., Mossialos E. (eds), *Social policy developments in Greece*, Aldershot, Ashgate.

Dean H., 2006, *Social Policy*, Cambridge, Policy Press.

Edgar B., 2009, *European Housing Research Ltd, European Observatory on Homelessness Review of Statistics on Homelessness in Europe*

Esping-Andersen G., 2009, *The incomplete revolution*, Bristol, Policy Press.

European Anti-Poverty Network, 2005, *The EU We Want, Views from those fighting poverty and social exclusion on the future development of the EU*, Brussels: EAPN

European Commission, *Regional Policy, Panorama Inforegio, nr 35, 2010, towards greater social inclusion*

European Commission, 2006b, *Equality in Health: Greek National Report*, edition of Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

European Commission, 2008, *Report on Equality between men and Women in 2008*, DG Employment, Social affairs and Equal Opportunities.

European Commission, 2006, *Older Women Poverty and Pensions*. Newsletter 3.

European Parliament, 22 April 2008 Declaration on ending street homelessness P6_TA (2008)0163, Strasbourg

European Parliament, 2010, *Declaration of 16 December 2010 on an EU homelessness strategy* P7_TA (2010)0499 P7_DCL (2010)0061, Strasbourg

European Parliament, Committee on Women's Rights and Gender Equality, Rapporteur: Elisabeth Morin-Chartier Report on the impact of the economic crisis on gender equality and women's rights, 28.2.2013 A7-0048/2013 (2012/2301(INI)),

European Roma Rights Center, 2003, *Cleaning Operations, Excluding Roma in Greece*, Country Report Series, No.12

FEANTSA, 2004, *Homelessness and Housing Exclusion in the New Member States: Draft Synthesis Report Based on National Reports Submitted to FEANTSA* (Brussels: FEANTSA).

FEANTSA, 2005, *ETHOS – European Typology on Homelessness and Housing Exclusion* (Brussels: FEANTSA).

FEANTSA, 2006, *The Right to Health Is a Human Right: Ensuring Access to Health for People Who Are Homeless: Annual European Report 2006* (Brussels: FEANTSA).

FEANTSA, 2007a, *Criminalization of People who are Homeless, Homeless in Europe*. The magazine of Feantsa summer.

FEANTSA, 2007b, *Multiple Barriers, Multiple Solutions: Inclusion into and through Employment for People Who Are Homeless: Annual Theme 2007 Employment and Homelessness* (Brussels: FEANTSA).

FEANTSA, 2008, *Paving the Way for a European Consensual Framework on Homelessness*, FEANTSA Evaluation of the 2008–2010 National Strategic Reports on Social Protection and Social Inclusion (Brussels: FEANTSA).

FEANTSA (2010) *Ending Homelessness: A Handbook for Policy Makers* (Brussels: FEANTSA).

Fondeville N., Ward T., Social Situation Observatory – *Income Distribution and Living Conditions* 2011, European Commission Employment, Social Affairs and Inclusion, Applica (BE), European Centre for the European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT), ISER – University of Essex (UK) and TÁRKI (HU).

Guillen A., Petmesidou M., 2008, *The public–private mix in Southern Europe: What changed in the last decade?*, στο Seeleib–Kaiser M. (ed.), *Welfare state transformations*, London, Pal-grave.

Guy, W., (2009). *Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα για την Κοινωνική Ένταξη των Ρομά*, Εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών

Hanan R., 2013, *The Social Impact of the Economic Crisis in Europe* Jesuit Centre for faith and Justice, Issue 69 *The Future of the Euro*

Human Rights Watch, 2008, *Left to Survive: Systematic Failure to Protect Unaccompanied Migrant Children in Greece*. HRW Report, N.Y.

IOM, 2008, *Migration in Greece: A Country Profile*

International Labour Organization, (2011), *Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of Europe and Central Asia* Social, Security Policy Briefings, Paper 8, *Social Security for All*

Karanikolos. M., Mladovsky Ph., et al. *Crisis financiera, austeridad y salud en Europa*, διαθέσιμο στο: <http://www.sinpermiso.info/articulos/ficheros/salud1.pdf>

Leibfried S., Mau S. (Eds), 2008, *Welfare states: Construction, deconstruction, reconstruction*, Cheltenham, Edward Elgar.

OECD, 2010, *Health Data*.

OECD, 2011, *OECD Economic Surveys – Greece, Overview*

(<http://www.oecd.org/eco/surveys/Greece>).

OECD, 2013, *Public Governance Reviews “Greece: Reform of Social Welfare Programmes”* DOI: 10.1787/9789264196490-en available at:

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/governance/greece-social-welfareprogrammes_9789264196490-en#page1

Pallier B., Martin C., 2008, *Reforming the Bismarckian welfare systems*, Oxford, Blackwell.

Papadopoulos T., 2006, *Support for the unemployed in a familistic welfare regime*, στο Petmesidou and Mossialos (Eds), *Social policy developments in Greece*, Aldershot, Ash-gate.

Petmesidou M., 2010, Annual Report on Greece, ASISP Report, GVG–EU Petmesidou M., 2011, *Is the EU–IMF “rescue plan” dealing a blow to the Greek welfare state?* CROP Poverty Brief, January.

Petmesidou M., Mossialos E. (Eds), 2006, *Social policy developments in Greece*, Aldersho

Procuradora General del Principado de Asturias - Universidad de Oviedo Área de Derecho Constitucional, Crisis Económica y Atención a las Personas y Grupos Vulnerables, διαθέσιμο στο:

http://www.procuradorageneral.es/catedra/pdf/02_procura/procura_2.pdf, Ashgate.

Sapounakis A., 2005, *National Review of Statistics on access to housing and homelessness*, Federation Européene d'Associations Nationales, Travaillant avec les sans-abri, European Observatory of homelessness

Scharpf W.F., *The European Social Model: Coping with the Challenges of Diversity* MPIfG Working Paper 02/8, July 2002, <http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/pu/workpap>

Spicker P., 2004, Το κράτος πρόνοιας, Μια γενική θεωρία Διόνικος, Αθήνα

Titmuss R. M., 1974, *Social policy*, London, George Allen and Unwin (4^η έκδοση 1983).

United Nations High Commissioner for Refugees, 2000, *The state of the world Refugees*, Oxford University Press

Γ. Ηλεκτρονικές πηγές

Όλοι οι υπερσύνδεσμοι προσπελάστηκαν κατά το διάστημα Ιουνίου-Σεπτεμβρίου 2013

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/vulnerable_groups_en.htm

(Γενική Διεύθυνση για την Απασχόληση τις Κοινωνικές Υποθέσεις και την Ένταξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής)

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/index_el.htm(Σύνοψη Ευρωπαϊκής νομοθεσίας -Κοινωνική Προστασία)

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/index_el.htm

(Σύνοψη Ευρωπαϊκής νομοθεσίας –Δημόσια Υγεία

http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/operation-planning/action-plans/solidarity_plan.pdf(Υπουργείο Υγείας)

<http://www.epanad.gov.gr> Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών και άλλων Πόρων Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
www.ygeianet.gr(Δικτυακή Πύλη για την υγεία)

www.minfin.gr (Υπουργείο Οικονομικών)

<http://www.isotita.gr/index.php/docs/c14>Γενική Γραμματεία Ισότητας

<http://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/what-is-human-trafficking.html>

<http://www.disabled.gr/lib/?p=13851> (Περιοδικό «Αναπηρία Τώρα»)

www.pst.gr (Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών)

www.fte.org.grΦάρος Τυφλών Ελλάδας

www.paspa.grΠανελλήνιος Σύλλογος Παραπληγικών

www.edf.-feph.org Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ατόμων με Αναπηρία

<http://www.mdmgreece.gr>Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας

<http://www.msf.gr>ΜΚΟ ελληνικό τμήμα των «ΓΧΣ»

<http://www.redcross.gr>ΜΚΟ «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

<http://www.gcr.gr>ΜΚΟ, Ελληνικό Συμβούλιο για τους πρόσφυγες

<http://www.praksis.gr>ΜΚΟ, «PRAKSIS»

www.mighealth.net/el(Ιστοσελίδα για την υγεία των μεταναστών και των μειονοτήτων στην Ελλάδα)

<http://www.oecdilibrary.org>Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη του Ο.Ο.Σ.Α

<http://www.ika.gr/gr/infopages>Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

www.imepo.grΊνστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής

<http://www.statistics.gr>Ελληνική Στατιστική Αρχή

<http://www.astynomia.gr>Ελληνική Αστυνομία

<http://www.socialprotection.eu>.

<http://www.syn-eirmos.gr/babel>/Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ» για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας μεταναστών, οι οποίοι διαμένουν στην Αθήνα.

<http://www.klimaka.org.gr> ΜΚΟ «ΚΛΙΜΑΚΑ» που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής ενσωμάτωσης σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού.

[http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/EL_2009EthosLeaflet\[1\].pdf](http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/EL_2009EthosLeaflet[1].pdf)

ETHOS – Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία,

www.nchr.grΕθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου

<http://omadadikigorwnnomothesia.blogspot.gr/>Ομάδα Δικηγόρων για τα Δικαιώματα προσφύγων και μεταναστών

www.errc.orgEuropean Roma Rights center

www.unionromani.orgWelcome to Union Romani

www.eu-romani.orEuropean Committee on Romani Emancipation

<http://www.un.org/>Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm>

Μηχανισμός του ΟΗΕ για την προώθηση της ισότητας των φύλων και την ενδυνάμωση των γυναικών Πλατφόρμα του Πεκίνου

<http://womensos.gr/> (Γ.Γ.Ι.Φ. αποκλειστικά για το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών)

www.kethi.gr(Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας)

<http://www.ncgw.org/gr/icw.htm>(ΜΚΟ-Ομοσπονδία Γυναικείων Σωματείων «Εθνικό Συμβούλιο Ελληνίδων»)

http://www.echr.coe.int/NR/ronlyres/5B9B1CA5-B1CE-41CF-89A1-148ADC8BB680/0/ELL_FRA_CASE_LAW_HANDBOOK.pdf (Συμβούλιο της Ευρώπης - Εγχειρίδιο σχετικά με την ευρωπαϊκή νομοθεσία κατά των διακρίσεων)

<http://www.who.int> Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

<http://www.feantsa.org> European Federation of National Organizations Working

www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=484. (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion)

<http://www.habitact.eu/> (European exchange forum on local homeless strategies).

[http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?reference=P6_TA\(2008\)0163&language=EN](http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?reference=P6_TA(2008)0163&language=EN) (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο)

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf (Ευρωβαρόμετρο 321, February 2010)

http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/413-EU-MIDIS_ROMA_EL.pdf

(Έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τις μειονότητες και τις διακρίσεις 2009 Έκθεση «εστίαση στα δεδομένα» 1, Οι Ρομά)

www.bankofgreece.gr (Τράπεζα της Ελλάδος)

http://www.oikokoinonia.gr/roma_history.asp?submenu_id=1

ΟικοΚοινωνία (Πρωτοβουλία πολιτών για την κοινωνική κατοικία και την υποστήριξη της κοινωνικής ένταξης των τσιγγάνων πολιτών)

<http://rosalux.gr> (Ίδρυμα Ρόζα Λούξεμπουργκ-παράρτημα Ελλάδας)

<http://www.nostos.org.gr> (Εταιρεία Κοινωνικής και Πολιτιστικής Στήριξης Παλινοστούτων Ομογενών «Νόστος»)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Βασική Νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Κοινωνική Προστασία

Α. Συντονισμός των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης

• Διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη: δικαιώματα των ασθενών (Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης).

• Κοινοτικό πρόγραμμα για την απασχόληση και την αλληλεγγύη - PROGRESS (2007-2013) Απόφαση αριθ. 1672/2006/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 24ης Οκτωβρίου 2006 για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος για την απασχόληση και την κοινωνική αλληλεγγύη – PROGRESS

• Μηχανισμός Μικροχρηματοδοτήσεων Progress (IEMP) (Απόφαση 283/2010/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 25ης Μαρτίου 2010, για τη δημιουργία Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Μικροχρηματοδοτήσεων Progress για την απασχόληση και την κοινωνική ένταξη).

• Συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 883/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 29ης Απριλίου 2004, για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης)

• Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων: βασικός κανονισμός (Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου της 14ης Ιουνίου 1971 περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στους μισθωτούς και στις οικογένειές τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας [Βλέπε πράξεις τροποποίησης]).

• Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων: τρόπος εφαρμογής (Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 του Συμβουλίου της 21ης Μαρτίου 1972 περί του τρόπου εφαρμογής του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στους μισθωτούς και στις οικογένειές τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας)

• Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας

•Κώδικας συμπεριφοράς για την καταπολέμηση της διασυνοριακής απάτης στις κοινωνικές παροχές και εισφορές και την αδήλωτη εργασία

B. Συμπληρωματικά Συστήματα Συνταξιοδότησης

•Ασφαλείς και βιώσιμες συντάξεις: μία ευρωπαϊκή προσέγγιση προς υποστήριξη των εθνικών στρατηγικών (Ανακοίνωση COM(2001) 362 τελικό)

•Η μελλοντική εξέλιξη της κοινωνικής προστασίας: ασφαλείς και βιώσιμες συντάξεις (Ανακοίνωση-COM(2000) 622)

•Δραστηριότητες και εποπτεία των ιδρυμάτων που προσφέρουν υπηρεσίες επαγγελματικών συνταξιοδοτικών παροχών Οδηγία 2003/41/EC

•Διασυνοριακή παροχή επαγγελματικών συντάξεων: καταπολέμηση των φορολογικών προβλημάτων (Ανακοίνωση COM(2001) 214 τελικό)

•Κινητικότητα των εργαζομένων: διευκόλυνση της απόκτησης και της διατήρησης των δικαιωμάτων συμπληρωματικής συνταξιοδότησης (Πρόταση)

•Διαφύλαξη των δικαιωμάτων (Οδηγία του Συμβουλίου 98/49/EC της 29ης June 1998)

Επιτροπή επικουρικών συντάξεων (Απόφαση Επιτροπής Com 2001/548/EC της 9ης Ιουλίου 2001)

Γ. Εκσυγχρονισμός της Κοινωνικής Προστασίας

•Ενίσχυση της ανοιχτής μεθόδου συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη(Ανακοίνωση της Επιτροπής COM(2008) 418 τελικό)

•Ενίσχυση των προτύπων ναυτικής εργασίας (Ανακοίνωση της Επιτροπής της 15ης Ιουνίου 2006)

•Ναυτικά επαγγέλματα: επανεξέταση του κανονιστικού κοινωνικού πλαισίου (Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή των Περιφερειών της 10ης Οκτωβρίου Com. 2007(2007) 591)

•Για τη θέσπιση κοινών αρχών όσον αφορά την ευελιξία με ασφάλεια (Ανακοίνωση της Επιτροπής COM(2007) 359 τελικό)

- Κοινές εκθέσεις για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη 2008 (Ανακοίνωση της Επιτροπής COM(2008) 42)
- Κοινές εκθέσεις για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη: 2007 (Ανακοίνωση της Επιτροπής COM(2007) 13)
- Κοινές εκθέσεις για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη: 2006 (Ανακοίνωση της Επιτροπής COM (2006) 62)
- Κοινές εκθέσεις για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη (Ανακοίνωση της Επιτροπής COM(2005) 14)
- Εκσυγχρονισμός της κοινωνικής προστασίας για την ανάπτυξη ποιοτικής, προσιτής και βιώσιμης υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης (Ανακοίνωση 20ης Απριλίου 2004 - COM(2004) 304)
- Εκσυγχρονισμός της κοινωνικής προστασίας για την ανταμοιβή της εργασίας (Ανακοίνωση COM(2003) 842)
- Ενίσχυση της κοινωνικής διάστασης της στρατηγικής της Λισσαβόνας: εξορθολογισμός του ανοικτού συντονισμού στον τομέα της κοινωνικής προστασίας (Ανακοίνωση COM(2003) 261)
- Μια συντονισμένη στρατηγική για τον εκσυγχρονισμό της κοινωνικής προστασίας (Ανακοίνωση COM(1999) 347 final)
- Ευρωπαϊκό σύστημα ολοκληρωμένων στατιστικών κοινωνικής προστασίας (ESSPROS) (Κανονισμός (EC) No 458/2007 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 25ης April 2007)
- MISSOC- Σύστημα αμοιβαίας πληροφόρησης σχετικά με την κοινωνική προστασία (εγκαινιάστηκε τον Μάρτιο 1990).
- Η επιτροπή κοινωνικής προστασίας (Απόφαση του Συμβουλίου 2004/689/EC της 4 ης Οκτωβρίου 2004 για τη δημιουργία της Επιτροπής κοινωνικής προστασίας)
- Ένα νέο πλαίσιο για τον ανοικτό συντονισμό των πολιτικών κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης (Ανακοίνωση της Επιτροπής της 22ης Δεκεμβρίου 2005)

Ευρωπαϊκή Πολιτική για τη Δημόσια Υγεία

Επομένως, η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) επιδιώκει να πετύχει υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας μέσα από όλες τις ευρωπαϊκές πολιτικές και δραστηριότητες, σύμφωνα με το

άρθρο 168 της συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ). Η κοινοτική πολιτική σε θέματα υγείας έχει ως κύριο στόχο να βελτιώνει τη δημόσια υγεία, να προλαμβάνει ασθένειες και τους κινδύνους κατά της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων που συνδέονται με τον τρόπο ζωής των Ευρωπαίων, καθώς και να καταπολεμά τις μεγάλες μαστιγες, ευνοώντας την έρευνα. Η κοινοτική δράση έρχεται να συμπληρώσει τις εθνικές πολιτικές, και η Ένωση ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, η χάραξη των εθνικών πολιτικών υγείας παραμένει αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών. Επομένως, η δράση της ΕΕ δεν πρέπει να περιλαμβάνει τη χάραξη την πολιτικών υγείας ούτε την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης.

Συνεπώς, η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας στοχεύει στη δημιουργία συντρέχουσας αρμοδιότητας με τα κράτη μέλη, και στη συμπλήρωση των εθνικών πολιτικών. Εξάλλου, η ΕΕ και τα κράτη μέλη έχουν τη δυνατότητα να συνεργάζονται με τρίτες χώρες και με τις αρμόδιες διεθνείς οργανώσεις.

Η ευρωπαϊκή στρατηγική για θέματα υγείας, αφορά την αντιμετώπιση προβλημάτων όλο και πιο έντονων καθώς και σοβαρών κινδύνων για την υγεία, όπως οι πανδημίες και η βιοτρομοκρατία.

Επίσης, ενισχύει την κοινοτική συνεργασία σε τομείς όπου τα κράτη μέλη δεν μπορούν να δράσουν μόνα τους, και συμβάλλει στη διάδοση γνώσεων και πληροφοριών επί του θέματος. Τέλος, υποστηρίζει την έρευνα, κυρίως μέσω των νέων τεχνολογιών, με σκοπό τη βελτίωση της πρόληψης των ασθενειών και της ασφάλειας των ασθενών.

A. Η πολιτική για την υγεία συνοπτικά

- Πολυετές πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας (2014-2020) (Πρόταση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Νοεμβρίου 2011 COM(2011) 709 τελικό)

- Νέα στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την υγεία (Λευκή Βίβλος της Επιτροπής της 23ης Οκτωβρίου 2007 «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013» [COM(2007) 630 τελικό)

- Νέα κοινοτική στρατηγική στον τομέα της υγείας (Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 16ης Μαΐου 2000 προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την

Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με τη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στον τομέα της υγείας [COM(2000) 285 τελικό)

- "Ασφάλεια των ασθενών και πρόληψη των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (Σύσταση του Συμβουλίου της 9ης Ιουνίου 2009 2009/C 151/01)

- Διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη: δικαιώματα των ασθενών (Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης).

- Τα συστήματα και οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής (Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο COM(2008) 689 τελικό)

- Εκτελεστικός Οργανισμός για την Υγεία και τους Καταναλωτές (Απόφαση της Επιτροπής 2008/544/ΕΚ της 20ης Ιουνίου 2008)

- Επιστημονικές επιτροπές στον τομέα της ασφάλειας των καταναλωτών, της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος (Απόφαση της Επιτροπής 2008/721/ΕΚ της 5ης Αυγούστου 2008)

- Η αρχή της προφύλαξης (Ανακοίνωση της Επιτροπής της 2ας Φεβρουαρίου 2000 για την προσφυγή στην αρχή της προφύλαξης [COM(2000) 1)

B. Προγράμματα και πρωτοβουλίες

- Δράση κατά του καρκίνου: ευρωπαϊκή σύμπραξη (2009-2013) (Ανακοίνωση της Επιτροπής της 24ης Ιουνίου 2009 COM(2009) 291 τελικό)

- Δεύτερο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013) (Απόφαση 1350/2007 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23ης Οκτωβρίου 2007)

- Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008) (Απόφαση αριθ. 1786/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23ης Σεπτεμβρίου 2002)

- Ηλεκτρονική υγεία: βελτίωση της υγείας και των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης χάρη στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (Ανακοίνωση της

Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή Περιφερειών, της 30ής Απριλίου 2004)

Γ. Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Δυναμικό

•Πράσινη Βίβλος για το ευρωπαϊκό υγειονομικό δυναμικό (Πράσινη Βίβλος της Επιτροπής της 10ης Δεκεμβρίου 2008 COM(2008) 725 τελικό)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις και Κανονισμοί Προστασίας σχετικά με την Αναπηρία

1. “Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα”. Διακήρυξη 217 Α (ΙΙΙ) της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών, της 10ης Δεκεμβρίου 1948.
2. “Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα”. Διακηρύχθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στη Ρώμη, στις 4-11-1950. Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση κυρώθηκε αρχικά με το Ν. 2329/1953 και στη συνέχεια με το Ν.Δ. 53/1974.
- 3 “Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Κοινωνική και Ιατρική Αντίληψη”. Διακηρύχθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης στη Ρώμη, στις 11-12-1953.
4. “Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης”. Τορίνο, 18-10-1961.
5. “Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Αναπήρων Ατόμων”. Απόφαση 3447 (XXX), 30, η οποία προκηρύχθηκε από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών, στις 9 Δεκεμβρίου 1975. U.N. Doc. A/10034 (1975).
6. “Διακήρυξη SUNDBERG”. Τελικό κείμενο της Διεθνούς Συνδιάσκεψης της UNESCO και της Ισπανικής Κυβέρνησης. Μάλαγα Ισπανίας, 2-4 Νοεμβρίου 1981.
7. “Σύμβαση για την Κατάργηση κάθε Μορφής Διακρίσεων σε βάρος των Γυναικών”. Διακηρύχθηκε από την ομώνυμη Επιτροπή του ΟΗΕ (CEDAW), στις 30 Σεπτεμβρίου 1996. Document CEDAW/C/TZA/2-3-/30-9-1996.
8. “Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού”. Προκηρύχθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, στις 12 Δεκεμβρίου 1989. Doc. A/RES/44/25/12-12-1989.
9. “Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Αναπήρων Ατόμων”. Διακηρύχθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, Resolution 3447 (XXX) της 9ης Δεκεμβρίου 1975.

10. “Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Πνευματικά Καθυστερημένων Ατόμων”. Προκηρύχθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, Resolution 2856 (XXVI), της 20ης Δεκεμβρίου 1971.
11. “Κοινοτικός Χάρτης των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων”. Ευρωπαϊκή Ένωση, Στρασβούργο, 9-12-1989.
12. Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης – Συνθήκη του Μάαστριχ”. 7 Φεβρουαρίου 1992.
13. Οι Τυποποιημένοι Κανόνες για Εξίσωση των Ευκαιριών για Πρόσωπα με Ειδικές Ανάγκες”. Ψήφισμα 48/96 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών, 48η Σύνοδος, παράρτημα, της 20ης Δεκεμβρίου 1993.
14. “Δεκαετία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τα ΑμεΑ, 1983-1992”.
15. Σύνοδος Κορυφής Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, Κολωνία, 3-4 Ιουνίου 1999.
16. Σύνοδος Κορυφής Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, Tampere Φινλανδίας, 15-16 Οκτωβρίου 1999.
17. “Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης”. Νίκαια Γαλλίας, 7 Δεκεμβρίου 2000. Doc. (2000/C 364/01).
18. Οδηγία 2000/78/EK του Συμβουλίου, της 27-11-2000, για την “Ίση Μεταχείριση στην Απασχόληση και την Εργασία”.
19. «Ίσες ευκαιρίες για τα άτομα με αναπηρίες: ένα Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης». Ανακοίνωση της Επιτροπής της 30ης Οκτωβρίου 2003. COM (2003) 650 τελικό.
20. «Η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση: το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης 2006-2007». Ανακοίνωση της Επιτροπής της 28ης Νοεμβρίου 2005. COM (2005) 604 τελικό.
21. “e-Europe: Κοινωνία των Πληροφοριών για Όλους”. Πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής: Δεκέμβριος 1999. Βλέπε επίσης σχετικά: Council Resolution on the implementation of the “e Europe 2005 Action Plan” – 5197/03/28-1-2003.
22. “e Europe 2002: Προσβασιμότητα στις δημόσιες ιστοθέσεις & στο περιεχόμενό τους”. COM(2001) 529.
23. Ψήφισμα του Συμβουλίου για την “Ηλεκτρονική Προσβασιμότητα για τα Άτομα με Ανικανότητες”.

24. Ψήφισμα του ΕΚ για το “e Europe 2002: Προσβασιμότητα στις δημόσιες ιστοθέσεις και στο περιεχόμενό τους”. (2002) 0325.
25. W3C/WAI/WCAG1.0 Web Content Accessibility Guidelines 1.0. Η 2η έκδοση εκπονείται, και θα πραγματοποιηθεί την εξέλιξη που έχει σημειωθεί στις τεχνολογίες Διαδικτύου και θα διευκολύνει την εξέταση της συμμόρφωσης.
26. Ευρωπαϊκή Επιτροπή: “Ηλεκτρονική Προσβασιμότητα”. COM (2005), 425 τελικό.
27. “i2010-Ευρωπαϊκή Κοινωνία της Πληροφορίας για την ανάπτυξη και την απασχόληση”. COM (2005) 229.
28. Απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, αριθμ. 56/168/19-12-2001
29. Απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, αριθμ. 60/232/23-12-2005.
30. “Draft Report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities on its Eighth Session”. Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, Νέα Υόρκη 14-25 Αυγούστου 2006. Doc. A/AC.265/2006/L.6.

Εθνική Νομοθεσία για ΑμΕΑ

Ν. 4144/2013 (ΦΕΚ Α' 88/18-04-2013) «Αντιμετώπιση της παραβατικότητας στην Κοινωνική Ασφάλιση και στην αγορά εργασίας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας»

Εγκύκλιος αρ. πρωτ.: οικ 521 26.3.2013 «Καταβολή επιδομάτων σε δικαιούχους οικονομικής ενίσχυσης ΑΜΕΑ»

Ν. 4109/2013 (ΦΕΚ 16, Τεύχος Α', Άρθρο 9) «Κατάργηση και συγχώνευση Νομικών Προσώπων του Δημόσιου και ευρύτερου Δημόσιου Τομέα. Σύσταση Γενικής Γραμματείας για το συντονισμό του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»

Π.Ν.Π. «Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων του ν.4046/2012 και του ν.4093/2012» (ΦΕΚ Α' 229/19-11-2012)

Ν. 4093/2012 (ΦΕΚ 222/Α/12-11-2012) Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016.

N.4075/2012 (ΦΕΚ Α' 89/11-04-2012) «Θέματα Κανονισμού Ασφάλισης ΙΚΑ ΕΤΑΜ, Ασφαλιστικών Φορέων, προσαρμογή της νομοθεσίας στην Οδηγία 2010/18/ΕΕ και λοιπές διατάξεις»

N. 4074/2012 (ΦΕΚ 88/Α/11-04-2012) «Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες»

N.4067/2012 (ΦΕΚ 79/Α'9.4.2012) «Νέος Οικοδομικός Κανονισμός»

ΚΥΑ Οικονομικών (αρ.πρωτ. Π2α/Γ.Π.:οικ.35099, 2/4/2012) «Δημιουργία Εθνικού Μητρώου δικαιούχων κοινωνικών και προνοιακών επιδομάτων»

N. 4024/2011 (ΦΕΚ 226 /27/10 2011) «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015».

N. 4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α/1.3.2012) «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Εργασίας για εφαρμογή του Νόμου 4046/2012»

N. 4051/2012 (ΦΕΚ 40/Α/29.2.2012) «Ρυθμίσεις συνταξιοδοτικού περιεχομένου & άλλες επείγουσες ρυθμίσεις εφαρμογής του Μνημονίου Συνεννόησης του ν. 4046/2012»

N.4047/2012 (ΦΕΚ 31 Α/23-2-2012) «Κύρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Κατεπείγοντα μέτρα εφαρμογής του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015 και του Κρατικού Προϋπολογισμού έτους 2011» και της Πράξης Νομο-θετικού Περιεχομένου «Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων εφαρμογής του ν. 4024/2011»

N. 4046/2012 (Φ.Ε.Κ Α' 28/14.2.2012) «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας, Ελληνικής Δημοκρατίας & Τράπεζας της Ελλάδος & του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης»

N. 4038/2012 (ΦΕΚ 14/Α/2.2.2012) «Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015»

Εγκύκλιος Αρ. Πρωτ.:Π3α/Φ.32/ Γ.Π. οικ. 141770, 22/12/2011 «αναμόρφωση του κανονιστικού πλαισίου εφαρμογής των προγραμμάτων οικονομικής ενίσχυσης ΑμεΑ (αρ.46, Ν.4025/2011)»

ΠΝΠ (ΦΕΚ 262 Α/16-12-2011) «Κατεπείγοντα μέτρα εφαρμογής του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015 και του Κρατικού Προϋπολογισμού έτους 2011»

Υ.Α. (ΦΕΚ Β' 2611/8-11-2011) «Ενιαίος Πίνακας Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας»

Εγκύκλιος αρ. πρωτ.: Φ.80000/οικ.26177/1732, (ΦΕΚ: 226/Α/2011) «Γνωστοποίηση διατάξεων των παρ 1 και 2 του άρθρου 2 του Ν. 4024/2011»

Εγκύκλιος με αρ. πρωτ. Π3Α/φ.32/γπ.ΟΙΚ.141770/22-12-2011, σχετικά με τις διατάξεις του άρθρου 46 του ν. 4025/2011 για τη χορήγηση προνοιακών επιδομάτων και τη διακοπή τους από τα προνοιακά τμήματα των Δήμων.

Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ Α' 228/02-11-2011) «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις»

Ν. 4024/2011 (ΦΕΚ 226/Α/27.10.2011) «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015.»

Ν. 4021/2011 (ΦΕΚ 218/Α/3.10.2011) «Ενισχυμένα μέτρα εποπτείας και εξυγίανσης των πιστωτικών ιδρυμάτων – Ρύθμιση θεμάτων χρηματοπιστωτικού χαρακτήρα – Κύρωση της Σύμβασης -Πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας και των τροποποιήσεων της και άλλες διατάξεις.»

Ν.4019/2011 (ΦΕΚ 216/Α/30.9.2011) «Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις»

Ν. 4002/2011 (ΦΕΚ 180/Α/22.8.2011) «Τροποποίηση της συνταξιοδοτικής νομοθεσίας του Δημοσίου – Ρυθμίσεις για την ανάπτυξη και τη δημοσιονομική εξυγίανση – Θέματα αρμοδιότητας Υπουργείων Οικονομικών, Πολιτισμού και Τουρισμού και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης»

Εγκύκλιος Αρ. πρωτ.: Δ13 ΦΜΑΠ 1135771 ΕΞ 28.9.2011 «Τρόπος δήλωσης δικαιούχων καταβολής μειωμένου έκτακτου ειδικού τέλους ακινήτων (0,50€) και δικαιούχων απαλλαγής (μέσω sms)»

Εγκύκλιος Αρ. Πρωτ. ΕΓΔΕΚΟ 1597 12 Σεπτεμβρίου 2011 «Πλεονάζον προσωπικό και εργασιακή εφεδρεία»

Υ.Α. Αρ. Πρωτ.: Φ.80020/οικ.19535/562 30/8/2011 «Γνωστοποίηση δημοσίευσης του Ν.3996/2011 (ΦΕΚ 170/Α΄) – Εφαρμογή διατάξεων του άρθρου 59 «Ασφάλιση στους Τομείς Επικουρικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων του ΕΤΑΑ»

Εγκύκλιος Αριθ. Πρωτ. Φ.80020/οικ.19536/563 24/8/2011 «Αναγνώριση συντάξιμου χρόνου στο Δημόσιο ή σε φορέα κύριας ασφάλισης για θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος σε φορείς και τομείς επικουρικής ασφάλισης» (άρθρο 41 παρ. 7 του ν. 3996 /2011 – ΦΕΚ 170 Α΄).»

ΠΟΛ.1090/20.4.2011 «Κοινοποίηση ορισμένων διατάξεων του ν. 3943/2011 (ΦΕΚ 66 Α΄), αναφορικά με τα τέλη κυκλοφορίας επιβατικών αυτοκινήτων οχημάτων»

ΚΥΑ Αρ. Πρωτ. 2/61158/0022 29/8/2011 «Ειδική εισφορά αλληλεγγύης & Μείωση του κινήτρου απόδοσης»

Εγκύκλιος αριθ.πρωτ:Φ.40021/οικ20129/2468 «Γνωστοποίηση των διατάξεων της παρ.10 του άρθρου 48 του ν.3996/2011 (ΦΕΚ 170 Α΄) «Αναμόρφωση του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας, ρυθμίσεις Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις», σχετικά με τις προϋποθέσεις υγειονομικής περίθαλψης γονέων, σαν μέλη οικογένειας του παιδιού τους»

Εγκύκλιος Α. Π. Φ.80000/οικ. 18510/1227 «Παροχή οδηγιών για την εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 34 του πρόσφατα ψηφισθέντος νόμου 3996/2011.»

Εγκύκλιος Αριθμ. Πρωτ.: ΔΙΔΑΔ/Φ. 51/683/οικ.15718 «Ρυθμίσεις για την άδεια άνευ αποδοχών και την μείωση των ωρών εργασίας»

Εγκύκλιος Αριθ. Πρ. Φ 10057/οικ. 18512/1228, ΑΔΑ: 4ΑΜΚΛ-Σ9Μ «Γνωστοποίηση ρυθμίσεων του άρθρου 48 (παρ. 7 και 8) του ν.3996/2011»

Εγκύκλιος Αρ:57 Αριθ. Πρωτ.: Σ38/4 «Αύξηση του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη από 1/7/2011 έως 30/6/2012. Αναπροσαρμογή του παραπληγικού επιδόματος από 1/7/2011 έως 30/6/2012»

Εγκύκλιος Αρ. Πρωτ.: Φ80000/οικ. 18562/1230 17-8-2011 «Διευκρινίσεις για θέματα συνταξιοδότησης αναπήρων συζύγων, γονέων και αδελφών και για την εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 37 του Ν. 3996/2011»

Ν. 3996/2011(ΦΕΚ 170 5 -8- 2011) «Αναμόρφωση του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας, ρυθμίσεις θεμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις»

Εγκύκλιος Αριθ. Πρωτ. Φ.80000/νηθ.16280/1068 14/7/2011 «σχετικά με τις διατάξεις του Νόμου 3986/2011»

Ν. 3986/2011(ΦΕΚ 152/Α/1.7.2011) «Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015»

Ν. 3985/2011 (ΦΕΚ 151/1-7-2011) «Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012–2015»

Αρ. Πρωτ.: Δ18Α 5010747 ΕΞ2011 9 Μαρτίου 2011 «Κοινοποίηση της αριθμ. 346/2009 Γνωμοδότησης του Ν.Σ.Κ. για την υπαγωγή των αναπήρων πολέμου αμάχου πληθυσμού και αναπήρων αμάχου πληθυσμού στις διατάξεις του ν. 490/76 (ΦΕΚ 331/Α') με βάση τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 4 του ν. 3670/2008 (ΦΕΚ 117/Α')»

ΚΥΑ Αριθμ. Υ9/137380 (ΦΕΚ: 146/10-2-2011 Τεύχος Β') «Τροποποίηση και συμπλήρωση του Κανονισμού Παροχών του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)»

Εγκύκλιος Αρ.Πρωτ.61660/Γ6/31-05-2011/ΥΠΔΒΜΘ «Ενημέρωση για την παράλληλη στήριξη και την στήριξη μαθητών που δεν αυτοεξυπηρετούνται»

Εγκύκλιος Ι.Κ.Α. Αρ. 22/21.3.2011 «Πρόγραμμα ενίσχυσης εργοδοτών με επιχορήγηση των ασφαλιστικών εισφορών για την πρόσληψη 2.300 ανέργων»

Ν.3918/2011 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».

Απόφαση αριθμ. 4363/197, 4/3/2011 «Καθορισμός ασφαλιστικών προϋποθέσεων για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα χορήγησης επιδότησης ενοικίου για όσα κατεβλήθησαν το 2009»

Εγκύκλιος Αριθ. Πρωτ.: οικ.1314 11 / 1 /2011 «Διοικητική Υποστήριξη για την άσκηση πρόσθετων αρμοδιοτήτων των δήμων»

Εγκύκλιος Αριθ. Πρωτ. Σ65/3 18/1/ 2011 «Καταβολή επιπλέον ποσού ως δώρου Χριστουγέννων, Πάσχα και επιδόματος αδειάς σε συνταξιούχους και ασφαλισμένους που λαμβάνουν το επίδομα παραπληγίας καθώς και σε τυφλούς συνταξιούχους του Ν. 612/77 που λαμβάνουν το Επίδομα Απολύτου Αναπηρίας.»

ΚΥΑ 14-2-2011 «Υποχρεώσεις και μέτρα για την ασφαλή διέλευση των πεζών κατά την εκτέλεση εργασιών σε κοινόχρηστους χώρους πόλεων και οικισμών που προορίζονται για την κυκλοφορία πεζών»

Ν. 3867/2010 (ΦΕΚ 128/Α/3-8-2010) «Εποπτεία ιδιωτικής ασφάλισης, σύσταση εγγυητικού κεφαλαίου ιδιωτικής ασφάλισης ζωής, οργανισμοί αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας και άλλες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Οικονομικών»

Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ Α 115/15.07.2010) «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις»

Ν. 3846/2010 (ΦΕΚ 66Α 11.05.2010) «Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις»

Ν. 3731/2008 (ΦΕΚ Α 263/23 Δεκεμβρίου 2008) «Αναδιοργάνωση της δημοτικής αστυνομίας και λοιπές ρυθμίσεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Εσωτερικών» και ερμηνευτική εγκύκλιος ΔΙΑΔΠ/Φ.Β.3/5469, «Εφαρμογή μειωμένου ωραρίου εργασίας λόγω αναπηρίας σε υπαλλήλους που απολαμβάνουν ειδικού ωραρίου κανονιστικά καθορισμένου»

Ν. 3730/2008, ΦΕΚ Β 262/23-12-2008 «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις (Θέματα ιατρών ΕΣΥ, φαρμακείων, ΕΟΦ, Ιδιωτ. κλινικών, ΑΜΕΑ κλπ.)»

Ν. 3454/2006 (ΦΕΚ 75/Α/7.4.2006) «Ενίσχυση της οικογένειας & λοιπές διατάξεις»

Ν. 2682/1999 (ΦΕΚ Α 16/8.2.1999) «Διαρρυθμίσεις στη φορολογία των αυτοκινήτων οχημάτων και άλλες διατάξεις»

ΠΟΡΙΣΜΑ: (Ν. 2477/1997 “Συνήγορος του Πολίτη και Σώμα Ελεγκτών-Επιθεωρητών Δημόσιας Διοίκησης” Άρθρο 4, Παράγραφος 6), [ΑΡ. ΠΡΩΤ. ΑΝΑΦΟΡΑΣ 5893/28-06-1999] Θέμα: Η χορήγηση του επιδόματος τετραπληγίας – παραπληγίας

Ν.2725/1999, άρθρο 29 (ΦΕΚ 121Α) «Αθλητισμός ατόμων με Ειδικές Ανάγκες»

Ν. 2643/98 (ΦΕΚ 220/28-9-98) «Μέριμνα για την απασχόληση προσώπων ειδικών κατηγοριών και άλλες διατάξεις»

Ν. 2443/96 (ΦΕΚ 265/3.12.96 ΤΑΝ) «Τροποποίηση και συμπλήρωση του Τελωνειακού Κώδικα και άλλες διατάξεις»

N.2238/1994 (ΦΕΚ Α' 151/16-09-1994) «Κύρωση του Κώδικα Φορολογίας Εισοδήματος»

Απόφαση Αριθ. 78917/2203/93 (ΦΕΚ 530/15.7.93 τ.Β') «Ταχυδρομική ατέλεια τυφλών»

N.1902/90 (ΦΕΚ 1 Ν. 1882/90 (ΦΕΚ 43/23-9-90) «Μέτρα για την περιστολή της φοροδιαφυγής, διαρρυθμίσεις στην άμεση και έμμεση Φορολογία και άλλες διατάξεις»

N.1884/90 (ΦΕΚ 81/16-6-90) «Διαρρυθμίσεις στην έμμεση φορολογία και άλλες διατάξεις» 38/90) «Ρύθμιση συνταξιοδοτικών και άλλων συναφών θεμάτων»

Εγκύκλιος Αριθμ. Πρωτ.2060/34/0018 5-12-1990 «Σχετικά με την ατελή παράδοση αναπηρικών αυτοκινήτων»

N. 1906/90 (ΦΕΚ Α 157/23-11-90) «Διαρρυθμίσεις στον ενιαίο ειδικό φόρο κατανάλωσης των πετρελαιοειδών προϊόντων και άλλες διατάξεις»

N. 1836/89 (ΦΕΚ 79/89) «Προώθηση της απασχόλησης και της επαγγελματικής κατάρτισης και άλλες διατάξεις»

Υ.Α.ΦΕΚ 115/16-3-87 Τ.Β' «Επαύξηση του χρόνου κανονικής άδειας των αναπήρων εργαζομένων»

ΚΥΑ (ΦΕΚ 750/14.10.88 Τ Β') Αριθ. Γ4Α/Φ15/2322 «Ιατρική εξέταση αναπήρων ατόμων για ατελή εισαγωγή επιβατικού αυτοκινήτου»

N. 1320/1988 (ΦΕΚ 6/11.1.88) «Πρόσληψη στο Δημόσιο Τομέα και άλλες διατάξεις»

ΚΥΑ «Καθορισμός λειτουργίας του Συντονιστικού Συμβουλίου επαγγελματικής Κατάρτισης και αποκατάστασης ατόμων με ειδικές ανάγκες του άρθρου 13 του Ν.1836/89»

N. 1798/88 (ΦΕΚ 166/81) «Δικαιούχοι Θέσεων στάθμευσης»

N.1556/1985 (ΦΕΚ 100/Α/28-5-85) «Κύρωση της 159/83 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας για την επαγγελματική επαναπροσαρμογή και απασχόληση των μειονεκτούντων προσώπων»

N. 490/1976 (ΦΕΚ 331/76) «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των διατάξεων περί ατελούς εισαγωγής ενίων ειδών υπό αναπήρων»

Β.Δ. ΥΠ' ΑΡΙΘ.334 (ΦΕΚ 100/73) «Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης διατάξεων των του ΒΔ 564/61 (περί συστάσεως του Εθνικού Ιδρύματος Αποκαταστάσεως Αναπήρων», ως ετροποποιήθη δια του Β.Δ. 54/70»

Α.Ν. 1846/51 (ΦΕΚ 179/21-6-51) «Παροχαί Ασφαλίσεως. Σύνταξις αναπηρίας, γήρατος και θανάτου»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Νομοθεσία-Εγκύκλιοι για τους Ομογενείς Παλινοστούντες

Ν 1735/87 (ΦΕΚ Α' 195) : *Προσλήψεις στο δημόσιο τομέα, κοινωνικός έλεγχος στη δημόσια διοίκηση, πολιτικά δικαιώματα και άλλες διατάξεις (άρθρο 5)*

Ν. 2130/1993 (ΦΕΚ Α' 62/23-04-1993) «*Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της περιφερειακής διοίκησης, του κώδικα της Ελληνικής ιθαγένειας, του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα, των διατάξεων για τις προσόδους των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλες διατάξεις.*»

Ν 2190/94,(ΦΕΚ Α'28) *Σύσταση Ανεξάρτητης Αρχής για την επιλογή προσωπικού και ρύθμιση θεμάτων διοίκησης (Άρθρο 14 παρ. 6)*

Ν. 2247/94 (ΦΕΚ 182/31-10-1994)

Ν. 2434/96, (ΦΕΚ 188/Α/96) *Μέτρα πολιτικής για την απασχόληση, επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση.(άρθρο 8 περ. 15)*

Ν. 2790/2000 «*Αποκατάσταση των παλινοστούντων ομογενών από την τέως Σοβιετική Ένωση και άλλες διατάξεις*». όπως αυτός τροποποιήθηκε με το άρθρο 76 του Ν. 2910/2001

Ν. 2910/2000 «*Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην ελληνική επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις*»

Ν. 3013/2003 (ΦΕΚ 23 τ.Α.)

Ν. 3284/2004 (ΦΕΚ 217/Α/10.11.2004) *Κώδικας Ελληνικής Ιθαγένειας*

ΚΥΑ 4000/3/10-δ/2005 «*Παραμονή και εργασία ομογενών από Αλβανία*»

Ν. 3838/2010 «*Σύγχρονες διατάξεις για την Ελληνική Ιθαγένεια και την πολιτική συμμετοχή ομογενών και νομίμως διαμενόντων μεταναστών*»

Εγκύκλιος ΥΠΕΣ 28/2011, *Θέματα Ιθαγένειας - Διευκρινίσεις αναφορικά με την εφαρμογή του ν. 3838/2010*

Εγκύκλιος ΥΠΕΣ 13/2010: *Συνδρομή ουσιαστικών προϋποθέσεων στη διαδικασία πολιτογράφησης*

Εγκύκλιος ΥΠΕΣ 6/2010: *Άσκηση του δικαιώματος του εκλέγειν και εκλέγεσθαι από τους ομογενείς και τους νομίμως διαμένοντες υπηκόους τρίτων χωρών για την ανάδειξη των αιρετών οργάνων της πρωτοβάθμιας τοπικής αυτοδιοίκησης*

Εγκύκλιος ΥΠΕΣ 8/2010: *Τροποποίηση του Κώδικα Ελληνικής Ιθαγένειας*

ΚΥΑ 4000/3/10-ξζ'/2010 «*Παραμονή και εργασία ομογενών από Αλβανία*»

Ν. 3938/2011, άρθρο 26, *Επιτροπή Πολιτογράφησης*

ΥΠΕΣΔΔΑ Φ131060/48451/2010 «*Περί πολιτογράφησης ομογενών συζύγων ελλήνων πολιτών που δεν διαθέτουν άδεια παραμονής ως ομογενείς*»

Ν. 4093/2012 (ΦΕΚ Α'222) «*Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016...*»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

A. Νομοθεσία για την είσοδο, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια

Ν. 3991/2011 (ΦΕΚ 162/Α/2011) *Κύρωση του αναθεωρημένου Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας*

Αριθμ. Γ.Π. οικ. 39728 (ΦΕΚ 1085/Β/2013) *Κατάργηση Υγειονομικής Διάταξης ΓΥ/39^A (ΦΕΚ 1002/Β/2012).*

Υ.Α. Γ.Υ. 39α/2012 (Φ.Ε.Κ. 1002/Β'/2.4.2012) *Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων*

Ν. 3068/2002 (ΑΡΘΡΟ 15 - Καθ' ύλη αρμοδιότητα στις ακυρωτικές υποθέσεις αλλοδαπών)

Ν. 3386/2005(ΦΕΚ Α' 212) «*Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια.*»

Ν. 3448/2006 (ΦΕΚ Α' 57) «*Για την περαιτέρω χρήση πληροφοριών του δημόσιου τομέα και τη ρύθμιση θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.*»

Ν. 3536/2007 (ΦΕΚ Α' 42) «Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.»

Ν. 3613/2007 (ΦΕΚ Α' 263) «Ρυθμίσεις θεμάτων Ανεξάρτητων Αρχών, Γενικού Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης, Σώματος Επιθεωρητών Ελεγκτών Δημόσιας Διοίκησης και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, άρθρο 22 "Ευρωπαϊκός Όμιλος Εδαφική.»

Ν.3731/2008 (ΦΕΚ Α' 263) «Αναδιοργάνωση της δημοτικής αστυνομίας και ρυθμίσεις λοιπών θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών»

Ν.3772/2009 (ΦΕΚ Α' 112) «Μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας, στη θεραπευτική μεταχείριση χρηστών ναρκωτικών ουσιών και άλλες διατάξεις.»

Ν.3801/2009 (ΦΕΚ Α' 163) «Ρυθμίσεις θεμάτων προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου και άλλες διατάξεις οργάνωσης και λειτουργίας της Δημόσιας Διοίκησης.»

Ν. 3838/2010 (ΦΕΚ Α' 49-24.3.2010) «Σύγχρονες διατάξεις για την Ελληνική Ιθαγένεια και την πολιτική συμμετοχή ομογενών και νομίμως διαμενόντων μεταναστών και άλλες ρυθμίσεις»

Ν. 4018/2011 Αναδιάρθρωση του συστήματος αδειοδότησης για τη διαμονή αλλοδαπών στη χώρα υπό όρους αυξημένης ασφάλειας .

Εγκύκλιος 12/2012 - Ίδρυση στις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις «υπηρεσίες μίας στάσης»

Εγκύκλιος 41/2012 (διαδικασία επίδοσης απορριπτικών ή αποφάσεων ανάκλησης αδειών διαμονής)

Ν. 4052/2012 (άρθρα 77-94, σελ. 42 επ. όπου και διεκδίκηση οφειλών από τον εργαζόμενο) (Οδηγία 2009/52/ΕΚ Μέτρα κατά εργοδοτών που απασχολούν παράνομα διαμένοντες πολίτες τρίτων χωρών)

Ν. 4075/2012 (ΦΕΚ Α-89/11.04.2012) «Θέματα Κανονισμού Ασφάλισης ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, Ασφαλιστικών Φορέων, προσαρμογή της νομοθεσίας στην Οδηγία 2010/18/ΕΕ και λοιπές διατάξεις» και Απόφαση Γ.Υ. 39α-2012, Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης Λοιμωδών Νοσημάτων.

B. Νομοθεσία για πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, προσωρινά διαμένοντες υπό το καθεστώς επικουρικής προστασίας και διαμένοντες για ανθρωπιστικούς λόγους, θύματα εμπορίας ανθρώπων, λαθραία μετακινούμενων μεταναστών

Διεθνή Κείμενα

Σύμβαση της 28.4.1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων

Πρωτόκολλο της 31.1.1967 για τη Νομική Κατάσταση των Προσφύγων

Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διασυνοριακού Οργανωμένου Εγκλήματος

Πρόσθετο Πρωτόκολλο στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διασυνοριακού Οργανωμένου Εγκλήματος για την Πρόληψη, Καταστολή και Τιμωρία της Εμπορίας Ανθρώπων, ιδιαίτερα γυναικών και ανηλίκων

Πρόσθετο Πρωτόκολλο στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διασυνοριακού Οργανωμένου Εγκλήματος κατά της λαθραίας διακίνησης μεταναστών από ξηράς, θαλάσσης και αέρος

Ευρωπαϊκή Νομοθεσία

Κανονισμός Δουβλίνο II (343/2003 Συμβουλίου Ευρώπης)

Κανονισμός αριθ. 2725/2000 του Συμβουλίου της 11ης Δεκεμβρίου 2000 σχετικά με τη θέσπιση του «Eurodac» για την αντιπαραβολή δακτυλικών αποτυπωμάτων για την αποτελεσματική εφαρμογή της σύμβασης του Δουβλίνου.

Οδηγία 2011/95/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 13ης Δεκεμβρίου 2011, «σχετικά με τις απαιτήσεις για την αναγνώριση των υπηκόων τρίτων χωρών ή των απάτριδων ως δικαιούχων διεθνούς προστασίας, για ένα ενιαίο καθεστώς για τους πρόσφυγες ή για τα άτομα που δικαιούνται επικουρική προστασία και για το περιεχόμενο της παρεχόμενης προστασίας, η οποία αναδιατυπώνει την Οδηγία 2004/83/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004».

Αναγνώριση καθεστώτος του πρόσφυγα

Οδηγία 2004/83/ΕΚ του Συμβουλίου της 29.4.2004 για θέσπιση ελάχιστων απαιτήσεων για την αναγνώριση και το καθεστώς υπηκόων τρίτων χωρών ή των απάτριδων ως προσφύγων ή ως προσώπων που χρήζουν διεθνούς προστασίας για άλλους λόγους (Συλλογή κειμένων)

Διαδικασίες του ασύλου

Οδηγία 2005/85/EK του Συμβουλίου της 1ης Δεκεμβρίου 2005 σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές για τις διαδικασίες με τις οποίες τα κράτη-μέλη χορηγούν και ανακαλούν το καθεστώς του πρόσφυγα (Συλλογή κειμένων)

Συνθήκες υποδοχής

Οδηγία 2003/9/EK του Συμβουλίου της 27ης Ιανουαρίου 2003 σχετικά με τις ελάχιστες απαιτήσεις για την υποδοχή των αιτούντων άσυλο στα κράτη μέλη (Συλλογή κειμένων)

Νομολογία ΕΔΔΑ και Δικαστηρίου ΕΕ για τις συνθήκες υποδοχής

Οικογενειακή επανένωση

Οδηγία 2003/86/EK του Συμβουλίου της 22ας Σεπτεμβρίου 2003 σχετικά με το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης (Συλλογή κειμένων)

Παροχή προσωρινής προστασίας

Οδηγία 2001/55/EK του Συμβουλίου της 20ης Ιουλίου 2001 σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές παροχής προσωρινής προστασίας (Συλλογή κειμένων)

Κανονισμός Δουβλίνου II & Σχετικά κείμενα

Κανονισμός (ΕΚ) αριθμ. 343/2003 του Συμβουλίου για τον προσδιορισμό του κράτους μέλους που είναι υπεύθυνο για την εξέταση αίτησης ασύλου που υποβάλλεται σε κράτος μέλος από υπήκοο τρίτης χώρας

Κανονισμοί-Κανονισμός (ΕΚ) αριθμ. 1560/2003 της Επιτροπής της 2ας Σεπτεμβρίου 2003 για τα μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΚ) αριθμ. 343/2003 του Συμβουλίου. - Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 407/2002 του Συμβουλίου της 28ης Φεβρουαρίου 2002, που θεσπίζει ορισμένους κανόνες εφαρμογής του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 2725/2000 σχετικά με τη θέσπιση του «Eurodac» για την αντιπαραβολή δακτυλικών αποτυπωμάτων για την αποτελεσματική εφαρμογή της σύμβασης του Δουβλίνου.

Κανονισμός (ΕΚ) αριθμ. 2725/2000 του Συμβουλίου της 11ης Δεκεμβρίου 2000 σχετικά με τη θέσπιση του EURODAC

Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 2ας Σεπτεμβρίου 2008 σχετικά με την αξιολόγηση του συστήματος του Δουβλίνου

Αρχή της ίσης μεταχείρισης

Οδηγία 2000/78/ΕΚ του Συμβουλίου της 27ης Νοεμβρίου 2000 για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία.

Οδηγία 2000/43/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Ιουνίου 2000 περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή εθνοτικής τους καταγωγής

Επί μακρόν διαμένοντες υπήκοοι τρίτων χωρών

Οδηγία 2011/51/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 11ης Μαΐου 2011 που τροποποιεί την οδηγία 2003/109/ΕΚ του Συμβουλίου επεκτείνοντας το πεδίο εφαρμογής της και στους δικαιούχους διεθνούς προστασίας.

Οδηγία 2003/109/ΕΚ του Συμβουλίου της 25ης Νοεμβρίου 2003 σχετικά με το καθεστώς υπηκόων τρίτων χωρών οι οποίοι είναι επί μακρόν διαμένοντες

Εμπορία ανθρώπων

Η στρατηγική της ΕΕ για την εξάλειψη της εμπορίας ανθρώπων 2012-2016

Οδηγία 2011/36/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 5ης Απριλίου 2011 για την πρόληψη και την καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων και για την προστασία των θυμάτων της, καθώς και για την αντικατάσταση της απόφασης-πλαίσιο 2002/629/ΔΕΥ του Συμβουλίου

Οδηγία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την πρόληψη και την καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων, καθώς και για την προστασία των θυμάτων, με την οποία καταργείται η απόφαση-πλαίσιο 2002/629/ΔΕΥ

Οδηγία 2004/81/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004 σχετικά με τον τίτλο παραμονής που χορηγείται στους υπηκόους τρίτων χωρών θύματα εμπορίας ανθρώπων ή συνέργειας στη λαθρομετανάστευση, οι οποίοι συνεργάζονται με τις αρμόδιες αρχές

2002/629/ΔΕΥ Απόφαση πλαίσιο του Συμβουλίου της 19ης Ιουλίου 2002 για την καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων και Ψήφισμα του Συμβουλίου της 20ής Οκτωβρίου 2003 σχετικά με πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων, ιδίως γυναικών

Σύνορα

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 2007/2004 του Συμβουλίου της 26ης Οκτωβρίου 2004 σχετικά με τη σύσταση ευρωπαϊκού οργανισμού για τη διαχείριση της επιχειρησιακής

συνεργασίας στα εξωτερικά σύνορα των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. –
Frontex

Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Υποστήριξης για το Άσυλο

Κανονισμός (ΕΚ) 859/2003 του Συμβουλίου της 14ης Μαΐου 2003 για την επέκταση των διατάξεων του κανονισμού (ΕΟΚ) 1408/71 και του κανονισμού (ΕΟΚ) 574/72 στους υπηκόους τρίτων χωρών

Οδηγία 2002/90/ΕΚ του Συμβουλίου της 28ης Νοεμβρίου 2002, για τον ορισμό της υποβοήθησης της παράνομης εισόδου, διέλευσης και διαμονής και 2002/946/ΔΕΥ Απόφαση-Πλαίσιο του Συμβουλίου της 28ης Νοεμβρίου 2002

Εθνική Νομοθεσία για το Άσυλο

Π.Δ. 104/2012 (ΦΕΚ Α172/5-9-2012) «*Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσίας Ασύλου του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη*»

Π.Δ. 102/2012 (ΦΕΚ Α 176 / 13.09.2012) «*Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη*»

Π.Δ. 116/2012 (ΦΕΚ Α-201/19-10-2012) «*Τροποποίηση του π.δ.114/2010 - Παράταση της κράτησης αιτούντων άσυλο*»

Γενικός Κανονισμός Λειτουργίας Περιφερειακών Υπηρεσιών Πρώτης Υποδοχής 26 Ιανουαρίου 2012.

Ν. 3907/2011 (ΦΕΚ Α-7/26.01.2011) «*ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/ΕΚ*»

Π.Δ. 114/2010 (ΦΕΚ Α 195/22.11.2010) «*Καθιέρωση ενιαίας διαδικασίας αναγνώρισης σε αλλοδαπούς και ανιθαγενείς του καθεστώτος του πρόσφυγα ή δικαιούχου επικουρικής προστασίας*»

Π.Δ. 81/2009 (ΦΕΚ 99/30.6.2009) «*Τροποποίηση π.δ. 90/2008 «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2005/85/ ΕΚ του Συμβουλίου της 1ης Δεκεμβρίου 2005, σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές για τις διαδικασίες με τις οποίες τα κράτη μέλη χορηγούν και ανακαλούν το καθεστώς του πρόσφυγα» (L 326/13.12.2005)*»

Π.Δ. 90/2008 (ΦΕΚ 138/Α'/11.7.2008) «Προσαρμογή ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2005/85/ΕΚ του Συμβουλίου της 1ης Δεκεμβρίου 2005 σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές για τις διαδικασίες με τις οποίες τα κράτη μέλη χορηγούν και ανακαλούν το καθεστώς του πρόσφυγα».

Π.Δ. 96/2008 (ΦΕΚ 152/Α'/30.7.20080) «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2004/83/ΕΚ του Συμβουλίου της 29.4.2004 για θέσπιση ελάχιστων απαιτήσεων για την αναγνώριση και το καθεστώς υπηκόων τρίτων χωρών ή των απάτριδων ως προσφύγων ή ως προσώπων που χρήζουν διεθνούς προστασίας για άλλους λόγους»

Π.Δ. 220/2007 (ΦΕΚ 251/13.11.2007) «Προσαρμογή της Ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2003/9/ΕΚ του Συμβουλίου της 27ης Ιανουαρίου 2003, σχετικά με τις ελάχιστες απαιτήσεις για την υποδοχή των αιτούντων άσυλο στα Κράτη-Μέλη»

Π.Δ. 80/2006 (ΦΕΚ 82/Α'/14.4.2006) «Παροχή προσωρινής προστασίας σε περίπτωση μαζικής εισροής εκτοπισθέντων αλλοδαπών»

Π.Δ. 366/2002 (ΦΕΚ 313, τ. Α'). «Ίδρυση Κέντρου Προσωρινής Διαμονής Αιτούντων Άσυλο Αλλοδαπών Προσφύγων στην Αθήνα»

Ν.1975/1991 (ΦΕΚ 184, τ. Α') (όπως τροποποιήθηκε με το Νόμο 2452/1996) « Είσοδος - έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών»

Π.Δ. 266/1999 (ΦΕΚ 217, τ. Α') «Διοικητική υπαγωγή και λειτουργία του υφισταμένου στο Λαύριο Αττικής Κέντρου Προσφύγων και κοινωνική προστασία των αναγνωρισμένων προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των παραμενόντων για ανθρωπιστικούς λόγους»

Π.Δ. 61/1999 (ΦΕΚ-63/06.04.1999) «Διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπού πρόσφυγα, ανάκληση της αναγνώρισης και απέλαση αυτού, έγκριση εισόδου των μελών της οικογενείας του και τρόπος συνεργασίας με τον Εκπρόσωπο της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες στην Ελλάδα» (όπως τροποποιήθηκε με τα ΠΔ 90/2008, 96/2008 και 167/2008)

Υγεία -Κοινωνική Προστασία προσφύγων

Π.Δ. 189/1998 «Προϋποθέσεις και διαδικασία παροχής άδειας εργασίας ή άλλης βοήθειας για επαγγελματική αποκατάσταση αναγνωρισμένων από την Πολιτεία ως προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των προσωρινά διαμενόντων για λόγους ανθρωπιστικούς»

Εγκύκλιος Υπουργείου Απασχόλησης (19-10-2012) «Για την αρχική χορήγηση και ανανέωση της άδειας εργασίας για τους αιτούντες άσυλο και τους πρόσφυγες».

Αρ. Πρ.: Δ27/οικ.25530/790 *Ενιαίο Επίδομα Στήριξης Τέκνων*

Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας (29-6-2011) «*Επέκταση προνοιακών προγραμμάτων οικονομικής ενίσχυσης ΑμεΑ σε δικαιούχους επικουρικής προστασίας και σε τελούντες σε καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους*».

Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας (2-5-2012) «*Πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης*»

Ν. 3918/2011 «*Οικογενειακά επιδόματα σε πολύτεκνες και τρίτεκνες οικογένειες*»

Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας (8-4-2009) «*Χορήγηση επιδόματος αναπηρίας σε αλλοδαπούς αιτούντες άσυλο*»

Ν. 3631/2008 Άρθρο 6 – «*χορήγηση πολυτεκνικού επιδόματος*»

Ν. 3454/2006 «*Ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις*»

Υ. Α. Π1α/Γ.Π. οικ. 60227/2006, ΦΕΚ 645, Τ.Β' «*Καθορισμός των δικαιολογητικών και των λεπτομερειών της διαδικασίας χορήγησης της εφάπαξ παροχής για την απόκτηση τρίτου (και επόμενων) παιδιού σε πρόσφυγες, κατόχους ανθρωπιστικού καθεστώτος και ανιθαγενείς, που προβλέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 1 και 4 του Ν 3454/2006 «Ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις*»

Υγειονομική περίθαλψη αλλοδαπών (Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Υπ. Αριθμ. ΟΙΚ/ΕΜΠ518, 02/02/2005)

Παροχή προνοιακών οικονομικών ενισχύσεων σε πολιτικούς πρόσφυγες (Εγκύκλιος Υπ. Υγείας και Πρόνοιας υπ' αριθμ Π3α/Φ32/2671, 14/07/2000)

Π.Δ. 266/1999 «*Διοικητική υπαγωγή και λειτουργία του υφισταμένου στο Λαύριο Αττικής Κέντρου Προσφύγων και κοινωνική προστασία των αναγνωρισμένων προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των παραμενόντων για ανθρωπιστικούς λόγους*»

Ν. 1296/1982 «*Για την Ασφάλιση Ανασφάλιστων Ομάδων*»

Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – «*Περίθαλψη στα θύματα ναρκών*»

Π.Δ. 131/2006 «Εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την Οδηγία 2003/86/ΕΚ του Συμβουλίου σχετικά με το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης»

Π.Δ. 167/2008 Συμπλήρωση Π.Δ. 131/2006 «Εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την Οδηγία 2003/86/ΕΚ του Συμβουλίου, σχετικά με το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης»

Εθνική νομοθεσία για την πρόσβαση αλλοδαπών στο σύστημα ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη

Εγκύκλιος Υ4Α/ΟΙΚ.8992/13-7-2000 *Ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη αλλοδαπών*

Ν. 2910/2001 *είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στη Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της Ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις*

Ν. 3386/2005 (ΦΕΚ 212/Α/23-8-2005)*Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια*

ΚΥΑ 139491/2006 (ΦΕΚ 1747/Β/30.11.2006)*Καθορισμός κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών και οικονομικά αδυνάτων πολιτών*

Π.Δ. 220/2007 (ΦΕΚ 251/Α/13-11-2007) *Περί προσαρμογής της ελληνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας του Συμβουλίου 2003/9/ΕΚ της 27 Ιανουαρίου σχετικά με τις ελάχιστες απαιτήσεις για την υποδοχή των αιτούντων άσυλο στα κράτη-μέλη.*

Π.Δ. 96/2008 (ΦΕΚ 152/Α/30-7-2008)*Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2004/83/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004 για τη θέσπιση ελάχιστων απαιτήσεων για την αναγνώριση και το καθεστώς των υπηκόων τρίτων χωρών ή των απάτριδων ως προσφύγων ή ως προσώπων που χρήζουν διεθνούς προστασίας για άλλους λόγους (L 304/30.9.2004).*

Π.Δ. 114/2010 (ΦΕΚ 195/Α/22-11-2010)*Καθιέρωση ενιαίας διαδικασίας αναγνώρισης σε αλλοδαπούς και ανιθαγενείς του καθεστώτος του πρόσφυγα ή δικαιούχου επικουρικής προστασίας (σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2005/85/ΕΚ)*

Εγκύκλιος Υ4α/οικ.45610/2-5-2012 *Διευκρινήσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας σε αλλοδαπούς ανασφάλιστους.*

Εθνική Νομοθεσία για τα θύματα εμπορίας ανθρώπων

Σχέδιο Νόμου (δεν έχει δημοσιευτεί στο ΦΕΚ) «Πρόληψη και καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων και προστασία των θυμάτων αυτής»

Ν.3064/2002(ΦΕΚ 248/Α/15-10-2002) περί «καταπολέμησης της εμπορίας ανθρώπων, των εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας, της πορνογραφίας ανηλίκων και γενικότερα της οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής και αρωγής στα θύματα των πράξεων αυτών»

Π.Δ. 233/2003 περί «προστασίας και αρωγής στα θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323 Α349, 351 και 351 Α του Π.Κ.»

άρθρα 323, 323 Α, 349, 351 και 351 Α του Π.Κ.

Ν. 3386/2005 «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια» άρθρα 46 επ.

Υ.Α. 21879/30-8-2011 (δικαιολογητικά)

Ν.3625/2007 (ΦΕΚ 290/24.12.2007) «Κύρωση, εφαρμογή του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού σχετικά με την εμπορία παιδιών, την παιδική πορνεία και παιδική πορνογραφία και άλλες διατάξεις»

Ν. 3727/2008 (ΦΕΚ 257/Α'/18-12-2008) αρ. 7 «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των παιδιών κατά της γενετήσιας εκμετάλλευσης και κακοποίησης, μέτρα για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και την αποσυμφόρηση των καταστημάτων κράτησης και άλλες διατάξεις»

Ν. 3772/2009 (ΦΕΚ 112/Α'/10.7.2009) Αρ. 29 παρ.2«Μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας, στη θεραπευτική μεταχείριση χρηστών ναρκωτικών ουσιών και άλλες διατάξεις»

Ν. 3875/2010(ΦΕΚ 158/20.11. 2010) «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος και των τριών Πρωτοκόλλων αυτής και συναφείς διατάξεις»

Εθνική νομοθεσία για τους επί μακρόν διαμένοντες

Ν. 3386/05 (ΑΡΘΡΑ 67, 68, 69)

Π.Δ. 150/2006

Εγκύκλιος 15/09

Εγκύκλιος 30/07

Εγκύκλιος 47/06

Υ.Α.933-16-01-09 (δικαιολογητικά)

Υ.Α.999-03-03-08

Υ.Α.1768-27-01-09

Υ.Α.16928-17-08-07

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Εθνική Νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας

Εγκύκλιος Ι.Κ.Α. αρ. 91/8.12.2011

Ν. 3996/2011(ΦΕΚ 170/5-8-2011 τ.Α') «*Αναμόρφωση του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας, ρυθμίσεις θεμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις*»

Εγκύκλιοι ΓΓΚΑΦ.40021/οικ19458/2380/11.8.2011 και Φ.40021/23219/2780/24-10-2011

Εγκύκλιος 20/09 της Δ/σης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Υ.Α 33891/606/08 (ΦΕΚ 833/9-5-08 τ.Β')

Ν 3655/08 (ΦΕΚ 58 Α/3-4-2008)

Ν.100(Ι)/1997

Π.Δ. 221/97

Ν. 549/1977

Π.Δ. 776/77

Εθνική Νομοθεσία για την προστασία της παιδικής ηλικίας

Ν. 3500/06 για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας

Εγκύκλιος Γ2/22673/02.03.2006 επιβολή σωματικής τιμωρίας σε μαθητές.

Ν. 3328/2005, άρθρο 21(ΦΕΚ 80Α/1-04-2005)

ΚΥΑ 16065/2002 (ΦΕΚ Β 497/22-4-2002), αρ. 14, παρ. 1 απαγόρευση της σωματικής τιμωρίας στη λειτουργία των δημοτικών παιδικών-βρεφονηπιακών σταθμών, η παραβίαση της οποίας μάλιστα αποτελεί «σοβαρότατο πειθαρχικό παράπτωμα»

Π.Δ. 201/1998

Ν 2477/1997 / Α-59 ιδρυτικός νόμος της Ανεξάρτητης Αρχής .Συνήγορος του Πολίτη Ν.2101/92.: *Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού*(ΦΕΚ Α' 192)

ΥΑ Γ 2β/1984, αρ. 23, παρ. 2οι σωματικές ποινές «απαγορεύονται αυστηρά» στο πλαίσιο λειτουργίας των Κέντρων Παιδικής Μέριμνας (ΦΕΚ Β 860).

Εθνική Νομοθεσία για την ισότητα των φύλων

Ν. 4097/2012, «*Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών κατά την άσκηση αυτοτελούς επαγγελματικής δραστηριότητας- Εναρμόνιση της νομοθεσίας με την Οδηγία 2010/41/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου*», (ΦΕΚ 235 Α/3/12/2012)

Σύνταγμα 2001άρθρο 4 παρ.2 «*Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις.*» και άρθρο 116 παρ.2 «*Δεν αποτελεί διάκριση λόγω φύλου η λήψη θετικών μέτρων για την προώθηση της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το Κράτος μεριμνά για την άρση των ανισοτήτων που υφίστανται στην πράξη, ιδίως σε βάρος των γυναικών.*»

Διατάξεις σχετικά με την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών

Ν. 1419/1984 (ΦΕΚ 28/Α') βάσει του οποίου ορίζεται ως κακούργημα το έγκλημα του βιασμού. Με το νόμο αυτό καθιερώθηκε η αυτεπάγγελτη δίωξη για το έγκλημα του βιασμού

Ν. 3500/2006 (ΦΕΚ 232/Α'/24.10.2006) «*Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και άλλες διατάξεις*»

Ν. 3875/2010(ΦΕΚ 158/20.09.2010) «*Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος και των τριών Πρωτοκόλλων αυτής και συναφείς διατάξεις*»

Διατάξεις σχετικά με την ίση μεταχείριση των εργαζομένων

Ν. 4075/2012 «*Θέματα Κανονισμού Ασφάλισης ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, Ασφαλιστικών Φορέων, προσαρμογή της νομοθεσίας στην Οδηγία 2010/18/ΕΕ και λοιπές διατάξεις*» σχετικό κεφάλαιο ΣΤ' (Άρθρα 48 – 54) με τίτλο «*Ενσωμάτωση στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας*

2010/18/EE του Συμβουλίου της 8^{ης} Μαρτίου σχετικά με την εφαρμογή της Αναθεωρημένης Συμφωνίας-Πλαισίου για τη γονική άδεια που συνήφθη από τις οργανώσεις BUSINESSEUROPE, UEAPME, CEEP ΚΑΙ ETUC και με την κατάργηση της Οδηγίας 96/34/EK»

N. 3996/2011 (ΦΕΚ 170/A'5-8-2011) «Αναμόρφωση του Σώματος Επιθεωρητών»

N. 4002/2011 (ΦΕΚ Α' 180/22-8-2011)

N. 3863/2010 (ΦΕΚ Α' 115/15-6-2010) «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις».

N. 3865/2010 (ΦΕΚ Α' 120/21-7-2010) «Μεταρρύθμιση του Συνταξιοδοτικού Συστήματος του Δημοσίου και συναφείς διατάξεις»

N 3896/2010 (ΦΕΚ 207/A'8-12-2010): «Εφαρμογή της αρχής των ίσων ευκαιριών και της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών σε θέματα εργασίας και απασχόλησης – Εναρμόνιση της κείμενης νομοθεσίας με την Οδηγία 2006/54/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5ης Ιουλίου 2006 και άλλες συναφείς διατάξεις»

N. 3769/2009 (ΦΕΚ 105/A'1-7-2009) «για την εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης Ανδρών και Γυναικών όσον αφορά την πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες και την παροχή αυτών»

N. 3655/2008 (ΦΕΚ 58/A'3-4-2008) «Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις»

N. 3528/2007 (ΦΕΚ 26 τ. Α'). Υπαλληλικός Κώδικας

N. 3454/2006 «Ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις»

N. 3488/2006 (ΦΕΚ 191/A'11-9-2006) «Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών όσον αφορά στην πρόσβαση στην απασχόληση, στην επαγγελματική εκπαίδευση και προώθηση, στους όρους και στις συνθήκες εργασίας».

N. 3500/2006 «για την Αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας»

N. 3454/2006 (ΦΕΚ 75/A/7-4-2006) «Ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις»

N. 3385/2005 (ΦΕΚ Α' 210/19-8-05) «περί ρυθμίσεων για την προώθηση της απασχόλησης, την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και άλλες διατάξεις»

- N. 3386/2005 άρθρα 46-52 (ΦΕΚ 212/Α/23-8-2005) «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην ελληνική επικράτεια»
- N. 3232/2004 (ΦΕΚ Α' 48/12-2-2004) «Θέματα κοινωνικής ασφάλισης και άλλες διατάξεις»
- N. 3250/2004 (ΦΕΚ 124/Α'/7-7-04) «για τη Μερική Απασχόληση στο Δημόσιο, τους ΟΤΑ και τα ΝΠΔΔ»
- N. 3274/2004 άρθρο 34. παρ. 7 (ΦΕΚ Α'195/19-8-04) «Οργάνωση και λειτουργία των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού»
- N. 3257/2004 (ΦΕΚ 143Α/29-7-04) «Ρυθμίσεις θεμάτων προσωπικού των ενόπλων δυνάμεων και άλλες διατάξεις»
- N. 3205/2003 (ΦΕΚ 297/Α'/23-12-2003)
- Π.Δ. 41/2003 (ΦΕΚ 44/Α'/21-2-2003) «Μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων»
- Π.Δ. 105/2003 (ΦΕΚ 96/Α'/23-4-2003) «Προσαρμογή του εσωτερικού δικαίου προς τις διατάξεις της Οδηγίας 97/80/ΕΚ του Συμβουλίου της 15.12.1997 (ΕΕΛ της 20.1.1998, σελ. 6) “σχετικά με το βάρος αποδείξεως σε περιπτώσεις διακριτικής μεταχείρισης λόγω φύλου”».
- ΠΔ. 233/2003(ΦΕΚ 204/Α/2-9-2003)
- N. 3064/2002 (ΦΕΚ 248/Α/15-10-2002) «καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων, των εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας, της πορνογραφίας ανηλίκων και γενικότερα της οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής και αρωγή στα θύματα των πράξεων αυτών»
- N. 3029/2002 (ΦΕΚ Α' 160/11-7-2002) «Μεταρρύθμιση συστήματος κοινωνικής ασφάλισης»
- N. 2874/2000 (ΦΕΚ 286/Α'/29-12-2000) «προώθηση της απασχόλησης και άλλες διατάξεις»
- Π.Δ. 176/1997 (ΦΕΚ 150/Α'/15-7-1997) «Μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων σε συμμόρφωση με την οδηγία 92/85/ΕΟΚ».

Ν. 1849/1989 (ΦΕΚ 113/Α'/8-5-1989) «*Επέκταση και συμπλήρωση των στεγαστικών προγραμμάτων του Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας και άλλες διατάξεις*».

Π.Δ. 193/1988 (ΦΕΚ 84/Α'/6-5-1988)

Ν. 1414/84 (ΦΕΚ 25/Α'/2-2-1984) «*Εφαρμογή της αρχής της ισότητας των φύλων στις εργασιακές σχέσεις και άλλες διατάξεις*».

Ν. 1483/1984 (ΦΕΚ 153/Α'/8-10-1984) «*για την προστασία και διευκόλυνση των εργαζομένων με οικογενειακές υποχρεώσεις*»

Διεθνείς πράξεις

Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία
(13 Δεκεμβρίου 2006)

Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεως κατά των γυναικών (18 Δεκεμβρίου 1979)

Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για την εξάλειψη κάθε μορφής φυλετικής διάκρισης (4 Ιανουαρίου 1969)

Διεθνές σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα
(16 Δεκεμβρίου 1966)

Διεθνές σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (16 Δεκεμβρίου 1966)

Ευρωπαϊκή σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου (4 Νοεμβρίου 1950)

Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (10 Δεκεμβρίου 1948)

Οδηγία για την ισότητα των φύλων (αναδιατύπωση) ή οδηγία 2006/54/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή της αρχής των ίσων ευκαιριών και της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών σε θέματα εργασίας και απασχόλησης (αναδιατύπωση) (5 Ιουλίου 2006)

Οδηγία για την ισότητα των φύλων στον τομέα των αγαθών και υπηρεσιών ή οδηγία 2004/113/EK του Συμβουλίου για την εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών στην πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες και την παροχή αυτών (13 Δεκεμβρίου 2004)

Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ ή Χάρτης των Θεμελιωδών

Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (7 Δεκεμβρίου 2000)

Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 5ης Απριλίου 2011 σχετικά με τις προτεραιότητες και τα γενικά χαρακτηριστικά ενός νέου πλαισίου πολιτικής της ΕΕ για την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών

Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της ενδοοικογενειακής βίας Ισταμπούλ 11.5.2011

Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος και των τριών Πρωτοκόλλων αυτής.

Πράξεις ΕΕ

Συνθήκη της Λισαβόνας για την τροποποίηση της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση και της Συνθήκης περί ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (13 Δεκεμβρίου 2007)

Οδηγία για την ισότητα στην απασχόληση ή οδηγία 2000/78/ΕΚ του Συμβουλίου για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία (27 Νοεμβρίου 2000)

Οδηγία για τη φυλετική ισότητα ή οδηγία 2000/43/ΕΚ του Συμβουλίου περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή εθνοτικής τους καταγωγής (29 Ιουνίου 2000)

Αναθεωρημένος Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (1996)

Δήλωση του Συμβουλίου σχετικά με την εφαρμογή της σύστασης της Επιτροπής για την προστασία της αξιοπρέπειας των ανδρών και γυναικών κατά την εργασία, καθώς και του κώδικα συμπεριφοράς για την καταπολέμηση των σεξουαλικών παρενοχλήσεων (19 Δεκεμβρίου 1991)

Σύσταση 92/131/ΕΟΚ της Επιτροπής για την προστασία της αξιοπρέπειας γυναικών και ανδρών κατά την εργασία (27 Νοεμβρίου 1991)

Οδηγία 79/7/ΕΟΚ του Συμβουλίου περί της προοδευτικής εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχειρίσεως μεταξύ ανδρών και γυναικών σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης (19 Δεκεμβρίου 1978)

Οδηγία για την ίση μεταχείριση ή οδηγία 76/207/ΕΟΚ του Συμβουλίου περί της εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχειρίσεως ανδρών και γυναικών, όσον αφορά την

πρόσβαση σε απασχόληση, την επαγγελματική εκπαίδευση και προώθηση και τις συνθήκες εργασίας (9 Φεβρουαρίου 1976)

Συνθήκη περί ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (25 Μαρτίου 1957)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Εθνική Νομοθεσία για ομογενείς και παλιννοστούντες

N.4093/2012 (ΦΕΚ Α' 222/12.11.2012): Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016

N. 3838/2010 (Φ.Ε.Κ. Α'49/24.3.2010) «Σύγχρονες διατάξεις για την Ελληνική Ιθαγένεια και την πολιτική συμμετοχή ομογενών και νομίμως διαμενόντων μεταναστών και άλλες ρυθμίσεις».

ΚΥΑ Αριθ. Φ. 79174/30916 *Συγκρότηση των Ειδικών Επιτροπών του άρθρο 15 του Ν. 3284/2004*

N. 3284/2004 άρθρο 15 (ΦΕΚ Α' 217/10.11.2004) *Περί κυρώσεως του Κώδικα Ελληνικής Ιθαγένειας*

N. 3013/2002 (ΦΕΚ 102/1.5.2002) άρθρο 24 «*Αναβάθμιση της Πολιτικής Προστασίας και λοιπές διατάξεις*»

N. 2910/2001 (ΦΕΚ 91Α/2.5.2001) «*Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην ελληνική επικράτεια. Κτήση της Ελληνικής Ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις*».

N. 2790/2000(ΦΕΚ 24 Α' /16.2.2000) *Αποκατάσταση των παλιννοστούντων ομογενών από την τέως Σοβιετική Ένωση και άλλες διατάξεις*

N. 1469/1984, (ΦΕΚ 111 τεύχος Α') «*Ασφάλιση ομογενών, τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της νομοθεσίας του ΙΚΑ και ρύθμιση διαφόρων ασφαλιστικών θεμάτων*»

N. 3370/1955 (ΦΕΚ 258/23.9.1955) *Κώδικας Ελληνικής Ιθαγένειας*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

Εθνική Νομοθεσία για τους ανέργους

ΥΑ Φ 80000/2685/59, 02/2013

Ν. 3986/2011 (ΦΕΚ Α 152)«Επείγοντα μέτρα εφαρμογής Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015»

Ν. 3762/09 (ΦΕΚ 75 Α/15-5-2009)«Αναδιοργάνωση Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (ΣΕΠΕ), ρύθμιση θεμάτων οργανισμών εποπτευόμενων από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και άλλες διατάξεις»

Κ.Υ.Α 65646/1026/2-10-08 (ΦΕΚ 2034 Β/2-10-08)

ΔΙΑΔΠ/Α/12604/4-7-03 (ΦΕΚ 927Β)

Υ.Α 33142/19-2-98 (ΦΕΚ 237/Β/98)

Ν. 2556/97 (ΦΕΚ 270/Α/24-12-97)«Μέτρα κατά της εισφοροδιαφυγής, διασφάλιση εσόδων Ι.Κ.Α και άλλα θέματα»

Ν. 2434/96 (ΦΕΚ 188/Α/20-8-96)«Μέτρα πολιτικής για την απασχόληση και την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση»

Υ.Α. 33196/23-2-1995

Ν. 2224/94 (ΦΕΚ 112/Α/6-7-94)

Υ.Α 32023/93

Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154/Α/10-9-92)

Υ.Α. 33988/4-12-1991

Υ.Α 33967/91

Ν.1836/89 (ΦΕΚ 79/Α/14-3-89)

ΥΑ 30659/31-3-89 (ΦΕΚ 239/Β/5-4-89)

ΥΑ 30962/27-4-89 (ΦΕΚ 315/Β/27-4-89)

ΥΑ 31353/7-6-89 (ΦΕΚ 448/Β/9-6-89)

ΥΑ 32021/6-10-89 (ΦΕΚ 773/Β/9-10-89)

Ν. 1545/1985«Εθνικό Σύστημα προστασίας από την ανεργία και άλλες διατάξεις»

Υ.Α 31658/85

Ν.Δ. 2961/1954«Περί Οργανώσεως Σώματος Επιθεωρήσεως Εργασίας και άλλων τινών διατάξεων»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII

Εθνική νομοθεσία για τους αστέγους

Ν. 4052/12(ΦΕΚ Α'41/01/03/2012) *Εφαρμοστικός του Μνημονίου 2: Θέματα Υπ. Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης*

Ευρωπαϊκή νομοθεσία για τους αστέγους

Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 437/2010 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 19ης Μαΐου 2010, για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 1080/2006 για το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης, όσον αφορά την επιλεξιμότητα παρεμβάσεων στέγασης υπέρ περιθωριοποιημένων κοινοτήτων, ΕΕ L 132 της 29.5.2010

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIX

Εθνική νομοθεσία για τους Ρομά

Εγκύκλιος για ΚΥΑ 33165/ 25.5.2007 *Για τα στεγαστικά δάνεια*

ΚΥΑ 56067/844/29-10-2008 *Πρόγραμμα επιχορήγησης 500 Νέων Ελεύθερων Επαγγελματιών και επιτηδευματιών, ατόμων ηλικίας 18 έως 64 ετών με πολιτιστικές ιδιαιτερότητες (ΡΟΜ) καθώς και προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης*

ΚΥΑ 33165_23.6.2006 *Ανακαθορισμός και συμπλήρωση των υφιστάμενων όρων χορήγησης στεγαστικών δανείων σε Έλληνες Τσιγγάνους, οι οποίοι διαβιούν σε καταυλισμούς της χώρας, μέσα σε σκηνές, παράγκες ή άλλες κατασκευές που δεν πληρούν τις ελάχιστες προϋποθέσεις μόνιμης κατοικίας.*

ΚΥΑ Αρ. Πρωτ.:113956 (ΦΕΚ 1295 / Β' / 4-10-2002) *«Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης Ελέγχου και Διαδικασία Εφαρμογής της ενέργειας «Προάσπιση - 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».*

Γενικές Διαταγές: Γ.Δ. 212/69468/78 και 51/16701/79 Υπουργείου Εσωτερικών *«Για την τακτοποίηση από απόψεως ιθαγένειας των διαβιούντων στην χώρα μας Αθίγγανων» και «Περί εγγραφής αδήλων Αθίγγανων».*

Β.Δ. 20/25-7-15 *Μέτρα επί προσφύγων, αστέγων, αλητών επαιτών και αθιγγάνων*

Εθνική Νομοθεσία σχετική με τη Εκπαίδευση Τσιγγανοπαίδων

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 14.4.1987 *Η εκπαίδευση των παιδιών των τσιγγάνων*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 16.9.1992 *Αλφαριθμητικός Τσιγγανοπαίδων*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 22.8.1995 *Εγγραφή και φοίτηση Τσιγγανοπαίδων στο νηπιαγωγείο και στο δημοτικό σχολείο*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 22.8.1995 *Απόκτηση τίτλου σπουδών δημοτικού σχολείου από όσους συμπλήρωσαν το όριο ηλικίας της υποχρεωτικής εκπαίδευσης*

Υπουργική Απόφαση Φ 4/155/Γ 1/1257/11.9.1996 *Καθιέρωση κάρτας φοίτησης τσιγγανοπαίδων*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 1.9.1999 *Φοίτηση Τσιγγανοπαίδων*

Υπουργική Απόφαση – Φ 10 / 20 / Γ 1 / 7.9.1999 *Ίδρυση και λειτουργία Τάξεων Υποδοχής και Φροντιστηριακών Τμημάτων*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 6.3.2000 *Όριο ηλικίας για φοίτηση μαθητών στο δημοτικό σχολείο*

Εγκύκλιος του Υπουργείου Εθν. Οικονομίας και Οικονομικών– 8.7.2002 *Εισοδηματική ενίσχυση οικογενειών με τέκνα υποχρεωτικής εκπ/σης και χαμηλά εισοδήματα*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 17.9.2003 *Εφαρμογή προγράμματος « Ένταξη τσιγγανοπαίδων στο σχολείο »*

Έγγραφο του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας – 5.9.2006 *Εφαρμογή προγράμματος «Ένταξη τσιγγανοπαίδων στο σχολείο»*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 10.9.2008 *Εγγραφή και φοίτηση Ρομά*

Εγκύκλιος της Δ/νσης Σπουδών Π.Ε. του ΥΠΕΠΘ – 3.10.2008 *Προγράμματα για την ενεργό ένταξη Παλιννοστούτων, Αλλοδαπών και Ρομά μαθητών στο εκπαιδευτικό μας σύστημα*

Εγκύκλιος Δ/σης Σπουδών Π.Ε. ΥΠΔΒΜΘ αρ. 102679/Γ1/20-8-2010 *Εγγραφή και σχολική παρακολούθηση των παιδιών Ρομά 2010-2011*

Εγκύκλιος Περιφερειακής Δ/σης Π.Ε. & Δ.Ε. Κεντρικής Μακεδονίας αρ. 12061/1-10-2010 *Αναφορά για εκπαιδευτικό αποκλεισμό παιδιών Ρομά*

Εγκύκλιος Δ/σης Σπουδών Π.Ε. ΥΠΔΒΜΘ αρ. 123316/Γ1/4-10-201 *Εισοδηματική ενίσχυση οικογενειών με τέκνα υποχρεωτικής εκπαίδευσης και χαμηλά εισοδήματα*

Εγκύκλιος Δ/σης Σπουδών Π.Ε. ΥΠΔΒΜΘ αρ. 132975/Γ1/21-10-2010 *Τήρηση των διατάξεων σχετικά με την εγγραφή και σχολική παρακολούθηση των παιδιών Ρομά*

Εγκύκλιος Δ/σης Σπουδών Π.Ε. ΥΠΔΒΜΘ αρ. 39563/Γ1/31-3-2011 *8η Απριλίου 2011 Παγκόσμια Ημέρα των Ρομά - εκστρατεία DOSTA στην Ελλάδα*

Εγκύκλιος Δ/σης Σπουδών Π.Ε. ΥΠΔΒΜΘ αρ. 18357/Γ1/21-2-2012 *Πρόγραμμα – «Εκπαίδευση των παιδιών Ρομά, Δράση 5 ψυχοκοινωνική στήριξη»*

Εγκύκλιος Δ/σης Σπουδών Π.Ε. ΥΠΔΒΜΘ αρ. 29346/Γ1/19-3-2012 *Υλοποίηση Υποδράσης 2.3. «Διεύρυνση δραστηριοτήτων εντός και εκτός σχολικής μονάδας» στα σχολεία από το Πρόγραμμα «Εκπαίδευση των παιδιών Ρομά στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας, Δυτικής & Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης» του Α.Π.Θ.*

Υπουργική απόφαση, αρ. 2/46354/0026/20.7.2012 (Φ.Ε.Κ. 2204 τ.Β'/26-7-2012) *Καθορισμός διαδικασίας & δικαιολογητικών για την πληρωμή της εισοδηματικής ενίσχυσης οικογενειών με τέκνα υποχρεωτικής εκπαίδευσης και χαμηλά εισοδήματα*

Κείμενα Ευρωπαϊκών Οργάνων

Ανακοίνωση της Επιτροπής με τίτλο «Πλαίσιο της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά μέχρι το 2020», COM(2011) 173 της 5ης Απριλίου 2011.

Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με τίτλο «Χειραφέτηση και κοινωνική ένταξη των πολιτών Ρομά στην Ευρώπη», CESE 998/2011 της 16ης Ιουνίου 2011.

Γνωμοδότηση της Επιτροπής των Περιφερειών με τίτλο «Πλαίσιο της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά μέχρι το 2020», CdR 247/2011 της 14ης Δεκεμβρίου 2011.

Συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, EUCO 23/11 της 23ης και 24ης Ιουνίου 2011, μετά τα συμπεράσματα του Συμβουλίου EPSCO σχετικά με ένα πλαίσιο της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά μέχρι το 2020, έγγραφο 106665/11 της 19ης Μαΐου 2011.

Ανακοίνωσης της επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών, Εθνικές στρατηγικές για την ένταξη των Ρομά: ένα πρώτο βήμα προς την εφαρμογή του πλαισίου της ΕΕ, COM(2012) 226

Θέση του ευρωκοινοβουλίου EP-PE_TC1-COD(2009)0105 για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 1080/2006 για το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης όσον αφορά την επιλεξιμότητα παρεμβάσεων στέγασης υπέρ περιθωριοποιημένων κοινοτήτων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ