

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ (Μ.Δ.Ε.)

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΑΡΒΑΝΙΤΗ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 20032

ΑΘΗΝΑ, 2021



Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπων Γεώργιος
Καθηγητής Πιερράκος
Καθηγητής**

**Μέλος Σωτήριος Σούλης
Καθηγητής**

**Μέλος Ασπασία Γούλα
Αναπληρώτρια
καθηγήτρια**



Δήλωση συγγραφέα

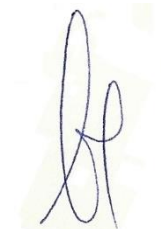
Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αρβανίτη Χριστίνα του Βησσαρίωνα, με αριθμό μητρώου 20032, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα





Σύντομη περίληψη

Το Σύστημα Υγείας είναι ένας τομέας που δίνει μεγάλη βάση ένα κράτος που ασχολείται με την Κοινωνική Πολιτική. Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως μεικτό, επειδή συνδυάζει το πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, της Κοινωνικής Ασφάλισης και της Ιδιωτικής Ασφάλισης. Επιχειρείται να υπάρξει μια ισορροπία στην πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας και αξιολογούνται οι διαστάσεις πρόσβασης που είναι η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα, η διαμονή, η προσιτή τιμή και η αποδοχή.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση χρηματοδοτεί τα κράτη μέλη για την λειτουργία Δομών Καταπολέμησης της Φτώχειας, καθώς και για την θέσπιση προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, τα οποία είναι κοινά στα περισσότερα κράτη μέλη, αλλά με μικρές διαφοροποιήσεις σχετικά με τις παροχές και με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, όπως είναι το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, κλπ.

Οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες είναι οι κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίζουν δυσκολία στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, λόγω οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων, είτε λόγω κάποιας μορφής αναπηρίας. Οι ευάλωτες οικογένειες είναι οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα, νέων ή ανηλίκων γονέων, μονογονεϊκές, οικογένειες προσφύγων ή μεταναστών, οικογένειες ΑμεΑ, οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα στέγασης, ενδοοικογενειακής βίας, κατάχρησης ουσιών και αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας. Όμως, τόσο το Σύνταγμα της Ελλάδας, όσο και η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, τα διεθνή σύμφωνα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων και οι συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προβλέπουν ότι όλοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός με τον οποίο κινδυνεύουν οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες που υφίστανται διακρίσεις σε αρκετά πεδία της οικονομικής και κοινωνικής ζωής, εκτός από τις Υπηρεσίες Υγείας, όπως στην εργασία, στην κοινωνική προστασία και στην παιδεία, αντιμετωπίζεται από τη συνεργασία των κρατικών οργανισμών και των κοινωνικών φορέων.



Λέξεις – κλειδιά:

- Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας
- Πρόσβαση
- Δομές Κοινωνικής Φροντίδας
- Ευπαθείς ομάδες
- Ευάλωτες οικογένειες
- Φτώχεια
- Κοινωνικός αποκλεισμός

Τίτλος:

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών



Abstract

Health System is a sector that emphasizes a state that implement with Social Policy. The Health System in Greece is characterized as mixed, because it combines the model of the National Health Service, Social Security and Private Insurance. An attempt is made to have a balance in access to the Health System and the dimensions of access are evaluated, which are availability, accessibility, accommodation, affordable price and acceptance.

The European Union is funding the member states for the operation of anti-poverty strategies, as well as for the establishment of programmes to tackle poverty and social exclusion, which are common to most member states, but with slight variations in benefits and eligibility criteria, such as the Guaranteed Minimum Income, etc.

Vulnerable groups are the social groups that face difficulties in accessing Health Services, due to economic and social problems, or due to some form of disability. Vulnerable families are families with low incomes, young or adult parents, single parents, refugee or migrant families, families with disabilities, families facing housing problems, domestic violence, substance abuse and face obstacles in accessing Health Services. However, both the Constitution of Greece and the Universal Declaration of Human Rights, the United Nations Conventions, the Charter of Fundamental Rights and the Treaties of the European Union provide that everyone should have access to the Health Services they need.

The social exclusion of vulnerable groups who are discriminated in several areas of economic and social life, in addition to Health Services, such as work, social protection and education, is addressed by the cooperation of state organizations and social actors.

Keywords:

- Health and Social Care Services
- Access
- Social Care Services
- Vulnerable Groups



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής
Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών



- Vulnerable Families
- Poverty
- Social Exclusion

Subject:

Access to Health and Social Care Services for Vulnerable Families



Πίνακας περιεχομένων

Επιτροπή Αξιολόγησης.....	ii
Δήλωση συγγραφέα.....	iii
Σύντομη περίληψη.....	iv
Λέξεις – κλειδιά:.....	v
Τίτλος:.....	v
Abstract.....	vi
Keywords:.....	vi
Subject:.....	vii
Πίνακας περιεχομένων.....	viii
Κατάλογος Πινάκων.....	xiv
Κατάλογος Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών.....	xvi
Κατάλογος σχετικής Εθνικής Νομοθεσίας.....	xxiii
Εισαγωγή.....	xxviii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
1.1 Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας.....	1
Κατάταξη Συστημάτων Υγείας.....	2
Δαπάνες υγείας.....	2
Υγειονομικές Περιφέρειες.....	5
1.2 Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας.....	7
1.3 Βαθμίδες Υγείας (Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια).....	7
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).....	7
Δευτεροβάθμια Περίθαλψη.....	8
Τριτοβάθμια Περίθαλψη.....	9
1.4 Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.....	9
Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη.....	12
1.5 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).....	16
1.6 Έννοια της πρόσβασης σε Υπηρεσίες Υγείας.....	19
1.7 Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας της Ε.Ε.	21
1.8 Βαθμός ικανοποίησης ασθενών στην Ελλάδα.....	22
1.9 Βαθμός ικανοποίησης ασθενών ανά τον κόσμο.....	23
1.10 Οργανωσιακή κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας.....	24



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	27
2.1 Δομές Κοινωνικής Φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.....	27
Βρεφικοί - Παιδικοί - Βρεφονηπιακοί σταθμοί.....	28
Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.).....	30
Βοήθεια στο Σπίτι.....	31
2.2 Δομές Καταπολέμησης της Φτώχειας.....	34
Κοινωνικό Παντοπωλείο (Κ.Π.).....	36
Δομή παροχής συσσιτίων.....	36
Κοινωνικό Φαρμακείο (Κ.Φ.).....	36
Κέντρο Κοινότητας (Κ.Κ.).....	36
2.3 Προγράμματα Κοινωνικής Πολιτικής.....	37
Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (Ε.Ε.Ε.).....	37
Επίδομα Στέγασης.....	41
Επίδομα Παιδιού.....	43
Επίδομα Γέννησης.....	44
Επίδομα Αναδοχής.....	45
Ενίσχυση σε Οικογένειες Ορεινών και Μειονεκτικών Περιοχών.....	47
Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων.....	47
Στέγαση και Εργασία για τους αστέγους.....	49
2.4 Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ο.Π.Ε.Κ.Α.).....	50
2.5 Κοινωνική Πολιτική στην Ε.Ε.....	52
Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (Ε.Κ.Π.).....	53
Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Πολιτικής (ESPN).....	54
Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού (Α.Μ.Σ.).....	55
Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.....	57
Ευρωπαϊκό Εξάμηνο.....	58
Συμβούλιο Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών (EPSCO).....	58
2.6 Χρηματοδοτικοί μηχανισμοί της Ε.Ε για την Κοινωνική Πολιτική.....	59
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.).....	60
Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσαρμογής στην Παγκοσμιοποίηση για τους απολυμένους εργαζόμενους (ΕΤΠ).....	60



Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για την απασχόληση και την κοινωνική καινοτομία (EaSI).....	61
Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Μικροχρηματοδοτήσεων Progress	62
Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (T.E.B.A.).....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	65
3.1 Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες.....	65
3.2 Πρόσβαση ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας	66
3.3 Στατιστικά στοιχεία ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων.....	67
Κατανομή του εισοδήματος σε τεταρτημόρια	67
Υλική στέρηση.....	69
Υγεία του πληθυσμού.....	69
Μέσο ισοδύναμο ατομικό διαθέσιμο εισόδημα	71
Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού.....	72
Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις	74
Βάθος (χάσμα) του κινδύνου φτώχειας.....	74
3.4 Ευάλωτες οικογένειες.....	75
3.5 Ενδυνάμωση ευάλωτων οικογενειών.....	76
3.6 Ευάλωτες οικογένειες Ρομά	79
Κοινωνική ένταξη των Ρομά	80
Μελέτες για τους Ρομά.....	82
Δυσκολίες στην πρόσβαση των Ρομά στις Υπηρεσίες Υγείας.....	84
Διαχωρισμός των Ρομά με βάση το φύλο	84
Κατάθλιψη στους Ρομά.....	85
3.7 Ακραία - σχετική φτώχεια.....	86
3.8 Δείκτες παρακολούθησης της φτώχειας.....	88
3.9 Παιδική φτώχεια.....	90
Επένδυση στα παιδιά – σπάζοντας τον κύκλο της μειονεξίας.....	90
Εναλλακτική φροντίδα.....	92
Παιδική φτώχεια και προβλήματα υγείας.....	93
Παιδική φτώχεια στην Ε.Ε.	94
Ευρωπαϊκή Εγγύηση για τα παιδιά	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	99



4.1 Πρόσβαση ευάλωτων οικογενειών σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.....	99
Διεθνείς κανόνες προστασίας.....	99
Θεμελιακές αξίες και αρχές λειτουργίας των Υπηρεσιών Υγείας της Ε.Ε.....	100
Διαστάσεις πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.....	102
4.2 Εμπόδια πρόσβασης ευάλωτων οικογενειών.....	103
4.3 Εμπόδια πρόσβασης φτωχών οικογενειών ή απειλούμενων σε φτώχεια οικογενειών.....	106
4.4 Εμπόδια πρόσβασης οικογενειών ΑμεΑ.....	107
Διεθνείς κανόνες προστασίας.....	108
4.5 Εμπόδια πρόσβασης οικογενειών Ρομά.....	109
4.6 Εμπόδια πρόσβασης ασθενών με χρόνιες παθήσεις.....	114
4.7 Ευρωπαϊκά Ταμεία για την κοινωνική προστασία.....	116
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	119
5.1 Κορωνοϊοί στο παρελθόν.....	119
5.2 COVID-19 και πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.....	119
5.3 Υγειονομική κρίση.....	121
5.4 Ρόλος της υγειονομικής κρίσης σε αύξηση των ανισοτήτων.....	123
5.5 Επιπτώσεις σε οικονομική και κοινωνική ευημερία οικογενειών και παιδιών.....	124
5.6 Προβλήματα και εμπόδια πρόσβασης λόγω της πανδημίας.....	127
5.7 Αντιμετώπιση κοινωνικού αποκλεισμού λόγω της πανδημίας.....	129
5.8 Προγράμματα της Ε.Ε για την αντιμετώπιση της πανδημίας.....	131
EU4Health.....	131
NextGenerationEU.....	132
SURE.....	133
InvestEU.....	134
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	136
6.1 Πρόσβαση μεταναστών και προσφύγων σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.....	136
6.2 Πρόσβαση μεταναστών και προσφύγων σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα.....	138
6.3 Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων.....	139
Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων παγκοσμίως.....	139
Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων στην Ε.Ε.....	140



Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα	141
6.4 Εμπόδια πρόσβασης μεταναστών και προσφύγων	143
Επικοινωνία.....	144
Άδεια παραμονής.....	145
Ανασφάλιση.....	146
Φαρμακευτική αγωγή.....	147
6.5 Διευκόλυνση πρόσβασης μεταναστών και προσφύγων.....	147
Υγειονομική παιδεία.....	147
Πρόληψη.....	148
Εμβολιασμός.....	149
Βαθμός ικανοποίησης.....	150
6.6 Προγράμματα και θεσμοί της Ε.Ε	150
6.7 Ρόλος του Δ.Ο.Μ. στην ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών μεταναστών	152
Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (Δ.Ο.Μ.).....	152
Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης στην Ελλάδα (Δ.Ο.Μ. Ελλάδας)	153
Το έργο του Δ.Ο.Μ.....	155
Συνεργασία Δ.Ο.Μ. με Μ.Κ.Ο.	156
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	159
7.1 Κοινωνικός αποκλεισμός.....	159
7.2 Παράμετροι κοινωνικού αποκλεισμού.....	159
Κοινωνικός αποκλεισμός και φτώχεια	160
Κοινωνικός αποκλεισμός και ανεργία.....	161
Κοινωνικός αποκλεισμός και προβλήματα υγείας	161
Κοινωνικός αποκλεισμός και παραβατικότητα.....	161
Κοινωνικός αποκλεισμός και εκπαίδευση	162
Κοινωνικός αποκλεισμός και ρατσισμός.....	162
7.3 Κοινωνική ευπάθεια	162
7.4 Μέτρα καταπολέμησης κοινωνικού αποκλεισμού	163
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	164
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	166
Ελληνική βιβλιογραφία	166
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	171



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής
Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών



Ελληνικές Ηλεκτρονικές Πηγές.....	183
Ξενόγλωσσες Ηλεκτρονικές Πηγές.....	187



Κατάλογος Πινάκων

- Πίνακας 1:** Ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το Α.Ε.Π. για τα έτη 2015 έως 2019
- Πίνακας 2:** Κατανομή των δαπανών υγείας που καταβλήθηκαν από το Ελληνικό Δημόσιο, για τα έτη 2010-2019 στην Ελλάδα
- Πίνακας 3:** Κατανομή των δαπανών υγείας που καταβλήθηκαν από τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, για τα έτη 2010-2019 στην Ελλάδα
- Πίνακας 4:** Κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας (out of pocket) για τα έτη 2009-2019 στην Ελλάδα
- Πίνακας 5:** Κατανομή του εισοδήματος σε τεταρτημόρια για τα έτη 2005-2019 στην Ελλάδα
- Πίνακας 6:** Κατανομή του πληθυσμού με υλική στέρηση για τα έτη 2009-2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 7:** Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με την κατάσταση της υγείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 8:** Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με το αν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 9:** Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω προβλήματος υγείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 10:** Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με την αδυναμία πραγματοποίησης ιατρικής εξέτασης ή θεραπείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 11:** Κατανομή του μέσου ισοδύναμου ατομικού διαθέσιμου εισοδήματος για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα



- Πίνακας 12:** Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 13:** Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ανά ηλικία και ανά υπηκοότητα ή ανά χώρα γέννησης
- Πίνακας 14:** Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ανά δείκτη φτώχειας και ανά ηλικία
- Πίνακας 15:** Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις στο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 16:** Κατανομή του βάθους (χάσματος) του κινδύνου φτώχειας για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 17:** Κατανομή του συντελεστή Gini για τα έτη 2008-2019 στην Ελλάδα
- Πίνακας 18:** Κατανομή των ακάλυπτων ιατρικών αναγκών στο σύνολο του πληθυσμού, για τα έτη 2011-2020 στην Ελλάδα
- Πίνακας 19:** Κατανομή των μεταναστών και των προσφύγων για τα έτη 2017-2021 παγκοσμίως



Κατάλογος Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών

Ορολογία στα Ελληνικά	Ακρωνύμια	Ορολογία στα Αγγλικά	Abbreviations
COVID-19		Coronavirus Disease 2019	
Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	ΑΕΠ	Gross domestic Product	GDP
Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα	ΑΕΕ	Gross National Income	GNI
Ακάλυπτες ανάγκες υγείας		Unmet Health Needs	
Ακραία Φτώχεια		Absolute Poverty	
Ανάδοχη Φροντίδα		Foster care	
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση	ΕΠΙΧΑΡΑΔΕΔΒΜ	Human Resources Development, Education and Lifelong Learning	
Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού	ΑΜΣ	Open Method of Coordination	OMC
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης	ΑΜΚΑ	Social Security Registration Number	
Αρχή για την Αντιμετώπιση των Έκτακτων Αναγκών στον Τομέα της Υγείας		Health Emergency Response Authority	HERA
Άτομα με Αναπηρίες	ΑμεΑ	Persons with disabilities	PRM
Βοήθεια στο Σπίτι		Aid at Home	
Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης		General for Employment, Social Affairs and Inclusion	
Γενική Διεύθυνση Γεωργίας και Αγροτικής Ανάπτυξης		Directorate-General for Agriculture and Rural Development	AGRI
Γενική Διεύθυνση Δικαιοσύνης και Καταναλωτών		Directorate-General for Justice and Consumers	
Γενική Διεύθυνση Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής		Directorate-General for Migration and Home Affairs	DG HOME
Γιατροί του Κόσμου		Médecins du Monde	
Δευτεροβάθμια Περίθαλψη		Secondary Health Care	
Δημόσιες Υπηρεσίες		Public Health Services	



Ορολογία στα Ελληνικά	Ακρωνύμια	Ορολογία στα Αγγλικά	Abbreviations
Υγείας			
Διακυβερνητική Επιτροπή Μετανάστευσης εξ Ευρώπης	ΔΕΜΕ	Intergovernmental Committee for European Migration	ICEM
Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού		Declaration of the Rights of the Child	
Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων		Declaration on the Rights of Disabled Persons	
Διακήρυξη των δικαιωμάτων των πνευματικά καθυστερημένων ατόμων		Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons	
Διεθνές Νομισματικό Ταμείο	ΔΝΤ	International Monetary Fund	IMF
Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα του Ο.Η.Ε		UN International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights	
Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης	ΔΟΜ	International Organization for Migration	IOM
Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού		Declaration of the rights of the child	
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας	ΕΣΔΥ	National School of Public Health	
Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού	ΕΙΕΑΔ	National Institute of Labour and Human Resources	
Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας	ΕΚΑΒ	National Center for Emergency Care	
Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης	ΕΚΚΑ	National Center for Social Solidarity	
Εθνικό Σύστημα Υγείας	ΕΣΥ	National Health System	
Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας	ΕΟΔΥ	National Public Health Organization	
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	ΕΟΠΥΥ	National Organization for Health Care Provision	
Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας	ΕΟΠ	National Welfare Organization	
Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης	ΕΥΣΕΚΤ	ESF Actions Co-ordination and Monitoring Authority	



Ορολογία στα Ελληνικά	Ακρωνύμια	Ορολογία στα Αγγλικά	Abbreviations
Δράσεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου			
Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα		Guaranteed Minimum Income	GMI
Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης	ΕΕΤΑΑ	Hellenic Agency for Local Development and Local Government	
Ελληνική Στατιστική Αρχή	ΕΛΣΤΑΤ	Hellenic Statistical Authority	
Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης	ΕΦΚΑ	National Social Security Fund	
Επενδυτικό Σχέδιο της Ευρωπαϊκής Πράσινης Συμφωνίας		European Green Deal Investment Plan	
Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων	ΕΚΑΣ	Pensioner's Social Solidarity Benefit	
Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας	ΕΚΠ	Social Protection Committee	SPC
Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών		Statistics on Income and Living Conditions	SILC
Ευάλωτες οικογένειες		Vulnerable Families	
Ευπαθείς ομάδες		Vulnerable groups	
Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία	ΕΔΕΤ	European Structural and Investment Funds	ESIF
Ευρωπαϊκή Επιτροπή		European Commission	
Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα	ΕΟΚ	European Economic Community	
Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού		European Platform against Poverty and Social Exclusion	
Ευρωπαϊκή Πράσινη Συμφωνία		European Green Deal	
Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία		Eurostat	
Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου	ΕΣΔΑ	European Convention on Human Rights	
Ευρωπαϊκό Γεωργικό Ταμείο Αγροτικής	ΕΓΤΑΑ	European Agricultural Fund for Rural	EAFRD



Ορολογία στα Ελληνικά	Ακρωνύμια	Ορολογία στα Αγγλικά	Abbreviations
Ανάπτυξης		Development	
Ευρωπαϊκό Δικαστήριο		European Court of Justice	
Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου	ΕΔΔΑ	European Court of Human Rights	
Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Πολιτικής		European Social Policy Network	ESPN
Ευρωπαϊκό Εξάμηνο		European Semester	
Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων		European Centre for Disease Prevention and Control	ECDC
Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο		European Parliament	
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο	ΕΚΤ	European Social Fund	ESF
Ευρωπαϊκό Συμβούλιο		European Council	
Ευρωπαϊκό Ταμείο Θάλασσας και Αλιείας	ΕΤΘΑ	European Maritime and Fisheries Fund	EMFF
Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης	ΕΤΠΑ	European Regional Development Fund	ERDF
Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσαρμογής στην Παγκοσμιοποίηση για τους απολυμένους εργαζόμενους	ΕΤΠ	European Globalisation Adjustment Fund for Displaced Workers	EGF
Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων	ΕΤΣΕ	European Fund for Strategic Investments	EFSI
Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Μικροχρηματοδοτήσεων Progress (Μικροχρηματοδοτήσεις Progress)		European Progress Microfinance Facility (Progress Microfinance)	
Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων	ΕΟΦ	European Medicines Agency	EMA
Ευρώπη 2020		Europe 2020	
Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας		Out-of-pocket expenditure on healthcare	
Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας		Private Health Services	
Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης	ΙΚΠΑ	Institute of Social Protection and Solidarity	
Κέντρα Ανοικτής	ΚΑΠΗ	Open Elderly Care centers	



Ορολογία στα Ελληνικά	Ακρωνύμια	Ορολογία στα Αγγλικά	Abbreviations
Προστασίας Ηλικιωμένων			
Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών	ΚΔΑΠ	Centres of Creative Activities for Children	
Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας	ΚΕΠΑ	Disability Certification Centers	
Κέντρα Υγείας	ΚΥ	Health centres	
Κοινωνική Πολιτική		Social Policy	
Κοινωνική Φροντίδα		Social Care	
Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης	ΚΕΑ	Social Solidarity Income	
Κοινωνικός αποκλεισμός		Social Exclusion	
Κράτος Δικαίου		Rule of Law	
Κράτος Πρόνοιας		Welfare State	
Μέσο προσωρινής στήριξης για τον μετριασμό των κινδύνων ανεργίας σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης		Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency	
Μη κυβερνητική οργάνωση	ΜΚΟ	Non-governmental organization	NGO
Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας		Recovery and Resilience Facility	
Οικονομική κρίση χρέους		Greece's debt crisis	
Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου		Universal Declaration of Human Rights	
Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού	ΟΑΕΔ	Manpower Employment Organization	
Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων	ΟΓΑ	Agricultural Insurance Organisation	
Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών	ΟΗΕ	United Nations	UN
Οργανισμός Πρόνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	ΟΠΕΚΑ	Organisation of Welfare Benefits and Social Solidarity	
Παγκόσμια Τράπεζα		World Bank	
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	ΠΟΥ	World Health Organization	WHO
Παιδική φτώχεια		Child Poverty	
Παιδικοί σταθμοί		Nurseries	
Πατριωτικών Ίδρυμα	ΠΙΚΠΑ	Patriotic Foundation for	



Ορολογία στα Ελληνικά	Ακρωνύμια	Ορολογία στα Αγγλικά	Abbreviations
Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως		Social Protection and Perception	
Πρόγραμμα για την απασχόληση και την κοινωνική καινοτομία		Program for employment and social innovation	EaSI
Προσφυγικό – Μεταναστευτικό ζήτημα		Refugee and Migrant Crisis	
Προσωρινός Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης	ΠΑΜΚΑ	Temporary Social Security Registration Number	
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	ΠΦΥ	Primary health care	
Στρατηγική για τη διαμόρφωση του Ευρωπαϊκού ψηφιακού μέλλοντος		Strategy on shaping Europe's digital future	
Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού		United Nations Convention on the Rights of the Child	UNCRC
Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία		United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities	UNCRPD
Συμβούλιο Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών		Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council configuration	EPSCO
Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης	ΣΣΑ	Stability and Growth Pact	SGP
Συνήγορος του Πολίτη		The Greek Ombudsman	
Συνθήκη για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης	ΣΛΕΕ	Treaty on the Functioning of the European Union	TFEU
Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση	ΣΕΕ	Treaty on European Union	TEU
Συνθήκη της Λισαβόνας		Lisbon Treaty	
Συνθήκη του Άμστερνταμ		Treaty of Amsterdam	
Σύστημα Υγείας	ΣΥ	Health System	
Σχέδιο Ανάκαμψης της Ευρωπαϊκής Ένωσης		European Union's Recovery Plan	
Σχετική Φτώχεια		Relative Poverty	
Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και	TAME	Asylum, Migration and Integration Fund	AMIF



Ορολογία στα Ελληνικά	Ακρωνύμια	Ορολογία στα Αγγλικά	Abbreviations
Ένταξης			
Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους	TEBA	Fund for European Aid to the Most Deprived	FEAD
Ταμείο Συνοχής	ΤΣ	Cohesion Fund	CF
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	ΤΕΠ	Emergency department	
Τριτοβάθμια Περίθαλψη		Tertiary Health Care	
Υγειονομικές Περιφέρειες		Health districts	
Υγειονομική Παιδεία		Health Literacy	
Ύπατη Αρμοστεία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών		United Nations High Commissioner for Refugees	UNHCR
Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας		Social Care Services	
Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων		Ministry of Labour and Social Affairs	
Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων	ΥΠΑΙΘ	Ministry of Education and Religions	
Υπουργείο Υγείας	ΥΥ	Ministry of Health	
Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε.		EU Charter of Fundamental Rights	
Χρόνιες παθήσεις		Chronic illness	



Κατάλογος σχετικής Εθνικής Νομοθεσίας

ΝΟΜΟΣ	ΦΕΚ	ΤΕΥΧΟΣ	ΕΤΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ
N.1296/1982	128	A	1982	Για την ασφάλιση ανασφάλιστων ομάδων
N.1397/1983	143	A	1983	Εθνικό Σύστημα Υγείας
N.1532/1985	45	A	1985	Κύρωση του Διεθνούς Συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα
N.2101/1992	192	A	1992	Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού
Κ.Υ.Α. Π4β/οικ.4514/1996	801	B	1996	Εφαρμογή Πιλοτικού Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στον Δήμο Περιστερίου
N.2503/1997	107	A	1997	Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις
N.2646/1998	236	A	1998	Οργάνωση και Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας
N.2880/2001	9	A	2001	Πρόγραμμα Πολιτεία για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις
N.3016/2002	110	A	2002	Για την εταιρική διακυβέρνηση, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις
N.3386/2005	212	A	2005	Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια
N.3463/2006	114	A	2006	Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων
Π.Δ.150/2006	160	A	2006	Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας στην οδηγία 2003/109 ΕΚ της 25 Νοεμβρίου 2003 σχετικά με το καθεστώς υπηκόων τρίτων χωρών οι οποίοι είναι επί μακρόν διαμένοντες
N.3852/2010	87	A	2010	Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης



ΝΟΜΟΣ	ΦΕΚ	ΤΕΥΧΟΣ	ΕΤΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ
N.3979/2011	138	A	2011	Για την ηλεκτρονική διακυβέρνηση και λοιπές διατάξεις
N.4019/2011	216	A	2011	Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις
N.3918/2011	31	A	2011	Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις
N.4052/2012	41	A	2012	Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.
N.4067/2012	79	A	2012	Νέος Οικοδομικός Κανονισμός
N.4093/2012	222	A	2012	Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016
Φ.80000/8786/1078	1240	B	2012	Κριτήρια και διαδικασία επιλογής ωφελούμενων για την υλοποίηση προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας συνταξιούχων
N.4199/2013	216	A	2013	Δημόσιες υπεραστικές οδικές μεταφορές επιβατών - Ρυθμιστική Αρχή Επιβατικών Μεταφορών και άλλες διατάξεις
Κ.Υ.Α. 39892/ΓΔ1.2/7.11.2014	3018	B	2014	Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του πιλοτικού προγράμματος Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα
Κ.Υ.Α. 2/39549/0026	1138	B	2015	Καθορισμός δικαιολογητικών



ΝΟΜΟΣ	ΦΕΚ	ΤΕΥΧΟΣ	ΕΤΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ
				παροχής επιχορηγήσεων και χρηματοδοτήσεων σε Ν.Π.Δ. ή/και Ι.Δ. από πιστώσεις του Κρατικού Προϋπολογισμού
Κ.Υ.Α. Δ23/οικ.30299/2377/2016	2089	B	2016	Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής της πρώτης φάσης του προγράμματος Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης
N.4387/2016	85	A	2016	Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας - Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού - συνταξιοδοτικού συστήματος - Ρυθμίσεις
Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.33475/1935/2018	2281	B	2018	Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του προγράμματος Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης
Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.54653/2701/2018	4837	B	2018	Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του προγράμματος Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης
N.4512/2018	5	A	2018	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις
N.4520/2018	30	A	2018	Μετεξέλιξη του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων σε Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) και λοιπές διατάξεις.
N.4538/2018	85	A	2018	Μέτρα για την προώθηση των Θεσμών της Αναδοχής και Υιοθεσίας και άλλες διατάξεις
Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.25150/557/2019	2194	B	2019	Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του προγράμματος Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης
	211	A	2019	Σύνταγμα της Ελλάδας
Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.10747/256/2019	792	B	2019	Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για την εφαρμογή προγράμματος Επιδόματος



ΝΟΜΟΣ	ΦΕΚ	ΤΕΥΧΟΣ	ΕΤΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ
				Στέγασης
Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.16250/321/2020	1655	B	2020	Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του προγράμματος Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης
Π.Ν.Π. 64/2020	64	A	2020	Κατεπείγοντα μέτρα αντιμετώπισης της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19
N.4659/2020	21	A	2020	Επίδομα γέννησης και λοιπές διατάξεις
N.4701/2020	128	A	2020	Πλαίσιο χορήγησης μικροχρηματοδοτήσεων, ρυθμίσεις χρηματοπιστωτικού τομέα και άλλες διατάξεις
Κ.Υ.Α. Δ11/οικ.28711/1021	2882	B	2020	Καθορισμός της διαδικασίας χορήγησης της ετήσιας εισοδηματικής ενίσχυσης οικογενειών ορεινών και μειονεκτικών περιοχών
Κ.Υ.Α. Γ.Π.Δ11/οικ.31720/2021	2220	B	2021	Χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης αναδοχής
Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.53923/23-7-2021	3359	B	2021	Τροποποίηση των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του προγράμματος Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα
Κ.Υ.Α. 5160/2021	5247	B	2021	Χορήγηση προσωρινού Α.Μ.Κ.Α. από άλλες διοικητικές δομές φορέων της Γενικής Κυβέρνησης και προσδιορισμός τεχνικών λεπτομερειών απόδοσής του
Κ.Υ.Α. 71670/2021	4500	B	2021	Αντικατάσταση της υπό στοιχεία Δ13 οικ. 10747/256/6.3.2019 κοινής υπουργικής απόφασης «Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για την εφαρμογή προγράμματος Επιδόματος Στέγασης»
Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.42815/2021	2788	B	2022	Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων υλοποίησης του προγράμματος με τίτλο «Στέγαση και Εργασία για τους αστέγους»



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής
Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών





Εισαγωγή

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία (Μ.Δ.Ε.), συντάχθηκε στα πλαίσια του έκτου κύκλου Σπουδών, του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Επιβλέπων Καθηγητής είναι ο Καθηγητής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής κ. **Γεώργιος Πιερράκος**.

Το θέμα της Μ.Δ.Ε. είναι η «**Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών**» που είναι θέμα το οποίο έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας σε πολλαπλές διαφορετικές προσεγγίσεις τις τελευταίες δεκαετίες.

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια μαστίζεται από πολλαπλές κρίσεις και από το προσφυγικό - μεταναστευτικό ζήτημα. Τα προβλήματα αυτά αντιμετωπίζονται και από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά σε εμφανώς μικρότερη κλίμακα. Η οικονομική κρίση χρέους (Greece's debt crisis) της τελευταίας δεκαετίας οδήγησε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού στην ανεργία και κατ' επέκταση στην φτώχεια. Η πανδημική κρίση της νόσου COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), που την ανακήρυξε πανδημία ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) στις 11 Μαρτίου 2020, προκάλεσε ακόμα μεγαλύτερα προβλήματα στους οικονομικά ασθενέστερους και στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Το προσφυγικό – μεταναστευτικό ζήτημα (Refugee and Migrant Crisis) έχει λάβει τα τελευταία χρόνια πρωτόγνωρες διαστάσεις στη χώρα μας, λόγω των πολιτικών εξελίξεων στις χώρες της Μέσης Ανατολής.

Τα προβλήματα αυτά δημιούργησαν μία ραγδαία αύξηση των ευάλωτων οικογενειών (Vulnerable Families), κάτι που αποτυπώνεται και στα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), καθώς και στην αύξηση των δικαιούχων στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας (Social Care Services).

Στην παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία θα παρουσιασθεί καταρχάς το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, οι Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης θα γίνει μία παρουσίαση των Δομών και των Προγραμμάτων Κοινωνικής Φροντίδας και των



Δομών Καταπολέμησης της φτώχειας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, των ωφελούμενων, της λειτουργίας και των παροχών τους, καθώς και των αντίστοιχων προγραμμάτων Κοινωνικής Πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα Συστήματα Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι Δομές Κοινωνικής Φροντίδας, βρίσκονται στο προσκήνιο λόγω της πανδημίας της νόσου COVID-19 που προκάλεσε παγκοσμίως, πέραν από την υγειονομική κρίση, αύξηση των ανισοτήτων, οδήγησε σε κοινωνικό αποκλεισμό πολλούς ανθρώπους και επιδείνωσε τα προβλήματα πρόσβασης των ευάλωτων οικογενειών σε Υπηρεσίες Υγείας, τα οποία θα παρουσιασθούν στην Εργασία.

Κατόπιν θα ορισθούν οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, θα παρουσιασθούν στατιστικά στοιχεία από την ΕΛΣΤΑΤ, θα επιχειρηθεί μία παρουσίαση του ορισμού των ευάλωτων οικογενειών, του διαχωρισμού της ακραίας και της σχετικής φτώχειας (Absolute Poverty and Relative Poverty), αλλά και των δεικτών παρακολούθησης της φτώχειας και του ορισμού της παιδικής φτώχειας (Child Poverty).

Στη συνέχεια θα εντοπισθούν τα εμπόδια πρόσβασης στις ανωτέρω Δομές και στο Σύστημα Υγείας, από ευάλωτες οικογένειες, από φτωχές οικογένειες, από οικογένειες με ΑμεΑ, από οικογένειες Ρομά, από ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και θα παρουσιασθούν τα Ευρωπαϊκά Ταμεία για την κοινωνική προστασία.

Στο επόμενο κεφάλαιο, αφού γίνει μία συνοπτική ανασκόπηση της νόσου COVID-19, θα εξεταστεί ο βαθμός που επηρέασε την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, στην αύξηση των ανισοτήτων, στον κοινωνικό αποκλεισμό, αλλά θα παρουσιασθούν και τα προγράμματα της Ε.Ε. για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Εκτός από την πανδημία, η χώρα μας μαστίζεται και από το προσφυγικό - μεταναστευτικό ζήτημα. Θα εξεταστεί η πρόσβαση των μεταναστών, των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, αλλά και τα πολλαπλά εμπόδια πρόσβασης. Θα αναλυθεί ο κομβικός ρόλος που διαδραματίζει ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (Δ.Ο.Μ.) και τα προγράμματα που υλοποιεί.



Στο τελευταίο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού με τον οποίο κινδυνεύουν οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, όπως παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια. Βασική παράμετρος του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η οικονομική δυσχέρεια, αλλά δεν είναι η μοναδική παράμετρος, καθώς βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό και άτομα που μπορεί να μην αντιμετωπίζουν οικονομική δυσχέρεια, αλλά να ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες. Εκτός από την φτώχεια, άλλες παράμετροι κοινωνικού αποκλεισμού είναι η ανεργία, τα προβλήματα υγείας, η παραβατικότητα, η εκπαίδευση και ο ρατσισμός.

Συμπερασματικά, από την παρούσα Μ.Δ.Ε. προκύπτει ότι η πρόσβαση των ευάλωτων οικογενειών σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας έγινε ακόμα πιο δύσκολη κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Όμως τα προγράμματα της Ε.Ε. και οι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί τείνουν να μετριάσουν τις αρνητικές επιπτώσεις. Στην Ελλάδα, η λειτουργία των Δομών Καταπολέμησης της Φτώχειας και τα εφαρμοζόμενα προγράμματα Κοινωνικής Πολιτικής, όπως είναι το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, το Επίδομα Στέγασης, το Επίδομα Παιδιού, κλπ. έχουν συμβάλει καθοριστικά στην βελτίωση της πρόσβασης των ευάλωτων οικογενειών σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας

Το **Σύστημα Υγείας** (Health System) είναι ένας τομέας που δίνει μεγάλη βάση ένα κράτος που ασχολείται με την **Κοινωνική Πολιτική** (Social Policy). Το Σύστημα Υγείας σε ένα κράτος είναι αλληλένδετο με τις όποιες μεταρρυθμίσεις και γενικότερες αλλαγές κάνει μια κυβέρνηση στην Κοινωνική Πολιτική. Αν θεωρήσουμε ότι η υγεία είναι ένα αγαθό και συγκεκριμένα ένα προαπαιτούμενο αγαθό για την ύπαρξη οποιουδήποτε άλλου αγαθού, τότε καταλαβαίνουμε ότι το Σύστημα Υγείας συμβάλει στην δημιουργία αγαθών (Πεχλιβανίδου, 2017).

Ένα Σύστημα Υγείας δεν αποτελείται μόνο από τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα των πασχόντων, αλλά περιέχει και άλλους τομείς όπως είναι η απλή ενημέρωση για θέματα υγείας, η οποία αποδεδειγμένα είναι πολύ σημαντική. Ένα Σύστημα Υγείας δεν αντιμετωπίζει έναν άρρωστο μονοδιάστατα, αλλά με τη συνεργασία πολλών μερών του συστήματος. Η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού, η παροχή Υπηρεσιών Υγείας και η οικονομική κάλυψη αυτών αποτελούν βασικούς πυλώνες ενός Συστήματος Υγείας (Πεχλιβανίδου, 2017).

Στην Ελλάδα, από το 1983, με τον νόμο Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/1983), έχει θεσπιστεί το **Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)** (National Health System) που από τότε που δημιουργήθηκε έθεσε ως στόχο ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας για όλους. Αποτελείται από νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας (Health Centres) σε όλη την Ελλάδα. Το Ε.Σ.Υ. βασίζεται στα ασφαλιστικά ταμεία (Σίσκου κ.α., 2008) (Πεχλιβανίδου, 2017).

Στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας (Public Health Services) υπάρχει ο **Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)** (National Organization for Health Care Provision), μια υγειονομική υπηρεσία σε συστοιχία με μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Η καθιέρωση αυτού του οργανισμού πραγματοποιήθηκε με τον νόμο Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» και ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1η Ιανουαρίου 2012. Διαθέτει από τότε το μονοπώλιο της παροχής Υπηρεσιών Υγείας για τους νοσούντες και καλύπτεται μέσω του Δημόσιου χρηματοδοτούμενου



Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας (Economou & Giorno, 2009).

Κατάταξη Συστημάτων Υγείας

Τα συστήματα υγείας, αναλόγως με τον τρόπο χρηματοδότησής τους, ταξινομούνται ως εξής (Γούλα, 2014):

- στο πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Beveridge Model),
- στο πρότυπο της Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismark Model),
- στο πρότυπο της Ιδιωτικής Ασφάλισης (Bismark Model),
- στο πρότυπο που συνδυάζει τα τρία (3) ανωτέρω πρότυπα

Στην Ελλάδα το Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, επειδή συνδυάζει τα τρία (3) ανωτέρω πρότυπα. Λειτουργεί σύμφωνα με το πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας από την πλευρά της προσφοράς και σύμφωνα με το πρότυπο της Κοινωνικής Ασφάλισης από την πλευρά της ζήτησης, μέσω του Εθνικού Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.). Λειτουργεί επίσης και σύμφωνα με το πρότυπο της Ιδιωτικής Ασφάλισης, αφού οι Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας καλύπτουν ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά των αναγκών υγείας του πληθυσμού στην Ε.Ε. (Γούλα, 2014).

Σύμφωνα με το βρετανικό ινστιτούτο Legatum, η Ελλάδα κατατάσσεται στην 43^η θέση σχετικά με την ευημερία του τόπου και τις συνθήκες ζωής του κόσμου και κατατάσσεται στην 46^η θέση στην Υγεία, σε σύνολο 167 χωρών, με κριτήρια την ευκολία πρόσβασης στην Δημόσια Υγεία, σε συνδυασμό με την Υγεία των πολιτών και τους δείκτες θνησιμότητας. Στις πρώτες θέσεις σχετικά με την ευημερία του τόπου και τις συνθήκες ζωής βρίσκονται οι Σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Νορβηγία, Σουηδία, Φιλανδία), ενώ στις πρώτες θέσεις σχετικά με την κατάταξη στην υγεία βρίσκονται η Ιαπωνία, η Σιγκαπούρη, η Νότια Κορέα και η Νορβηγία (Legatum Prosperity Index, 2021). Το γεγονός αυτό καθιστά το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα στα ανεπτυγμένα Συστήματα Υγείας παγκοσμίως.

Δαπάνες υγείας

Η Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλα κράτη, έχει μια βασική διαφορά στο Σύστημα Υγείας. Η διαφορά έχει κάνει στο τρόπο που γίνεται η διαχείριση στις δαπάνες για την υγεία και τους επιμέρους τομείς τους. Η χώρα μας διαθέτει



περισσότερα κονδύλια στα νοσοκομεία και στα φάρμακα σε σχέση με άλλες χώρες ενώ δαπανά λιγότερα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) και την αποκατάσταση των ασθενών (Τσακλόγλου κ.α., 2016) (Κρίνα, 2017).

Δυστυχώς η τελευταία δεκαετία είναι μια εποχή περικοπών του κρατικού προϋπολογισμού με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται και η χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι μειώσεις στη κρατική χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας έχουν ως συνέπεια να μετατίθεται το κόστος ή μέρος του κόστους στον ασθενή και να μειώνεται η διάρκεια της νοσηλείας, ακόμα και την πτώση της ποιότητας των υπηρεσιών (Φιλαλήθης, 2002).

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, έχουν οδηγήσει σε μία ετήσια μείωση των δαπανών υγείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π.) για τα έτη 2015 έως 2019, διαμορφώθηκε ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2021):

Έτος	Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.
2015	8,07%
2016	8,32%
2017	8,10%
2018	7,96%
2019	7,84%

Πίνακας 1: Ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το Α.Ε.Π. για τα έτη 2015 έως 2019

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Eurostat, οι δαπάνες υγείας που καταβλήθηκαν από το Ελληνικό Δημόσιο, έχουν μειωθεί αισθητά κατά την τελευταία δεκαετία, όπως αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα, σε εκατομμύρια € (Eurostat, 2021):

Έτος	Δαπάνες υγείας
2010	14.820,52
2011	12.280,38
2012	11.113,22
2013	9.272,60

Έτος	Δαπάνες υγείας
2015	8.182,77
2016	8.805,81
2017	8.678,38
2018	8.357,56



2014	8.088,27	2019	8.590,60
------	----------	------	----------

Πίνακας 2: Κατανομή των δαπανών υγείας που καταβλήθηκαν από το Ελληνικό Δημόσιο, για τα έτη 2010-2019 στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Eurostat, οι δαπάνες υγείας που καταβλήθηκαν από τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, έχουν επίσης μειωθεί αισθητά κατά την τελευταία δεκαετία, όπως αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα, σε εκατομμύρια € (Eurostat, 2021):

Έτος	Δαπάνες υγείας	Έτος	Δαπάνες υγείας
2010	8.345,08	2015	4.095,14
2011	8.078,13	2016	4.286,85
2012	6.031,13	2017	4.693,41
2013	4.634,02	2018	4.441,56
2014	3.877,79	2019	4.482,05

Πίνακας 3: Κατανομή των δαπανών υγείας που καταβλήθηκαν από τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, για τα έτη 2010-2019 στην Ελλάδα

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, έχουν οδηγήσει όμως και σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, που είναι γνωστές και ως «out of pocket» δαπάνες. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Eurostat, ένα στα τρία ευρώ που δαπανώνται για την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας προέρχονται από ιδίους πόρους των νοικοκυριών. Σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., για το νεότερο καταγεγραμμένο έτος αναφοράς (2019), η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση με τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας, μετά την Βουλγαρία (37,80%) και την Λετονία (35,60%). Στην αντίπερα όχθη βρίσκεται η Γαλλία (9,26%) και το Λουξεμβούργο (3,59%). Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα οφείλεται στην χαμηλή χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε σχέση με την χρηματοδότηση της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Eurostat, 2021).

Έτος	Ποσοστό πληθυσμού	Έτος	Ποσοστό πληθυσμού
2009	29,50 %	2015	36,76 %
2010	28,26 %	2016	34,89 %
2011	31,16 %	2017	35,08 %



2012	30,45 %	2018	36,78 %
2013	34,08 %	2019	35,18 %
2014	37,10 %		

Πίνακας 4: Κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας (*out of pocket*) για τα έτη 2009-2019 στην Ελλάδα

Τα τελευταία έτη, η δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία μετατοπίστηκε κυρίως στην κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, από τα 104,60 € μηνιαίως που δαπανά ένα νοικοκυριό για την υγεία, το 34,2% αφορά στην κάλυψη της φαρμακευτικής περίθαλψης και το 31,6% στην κάλυψη της νοσοκομειακής περίθαλψης, έναντι 12,5% για οδοντιατρικές ή 12,3% για άλλες ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες το 2009 κατείχαν το μεγαλύτερο μερίδιο (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2020).

Η φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώθηκε στα 4,1 δισ. € το 2019, σημειώνοντας μείωση -32,1% σε σύγκριση με την δαπάνη του 2009. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώθηκε στα 2,3 δισ. € το 2019, σημειώνοντας μείωση -52,8% σε σύγκριση με την δαπάνη του 2009. Η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώθηκε στα 1,9 δισ. € το 2019, σημειώνοντας αύξηση 31,5% σε σύγκριση με την δαπάνη του 2009 (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2020).

Μια ακόμα ιδιαιτερότητα που έχει το Υγειονομικό Σύστημα στη χώρα μας είναι ότι δεν υπάρχει ξεκάθαρο πλάνο για την στελέχωση του σε ανθρώπινο δυναμικό. Ενώ η εκπαίδευση των ιατρών και των άλλων λοιπών ειδικοτήτων γίνεται βάσει προγραμμάτων σπουδών υπό την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, όταν έρχεται η ώρα να τους αξιοποιήσει το Υπουργείο Υγείας, παρατηρείται το φαινόμενο να είναι πολλοί οι ιατροί σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό εν συγκρίσει με τις πραγματικές ανάγκες όπως επίσης και να σπανίζουν κάποιες ειδικότητες ή να είναι ελλιπώς εκπαιδευμένοι (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001) (Γαλανοπούλου, 2018) (Κρίνα, 2017).

Υγειονομικές Περιφέρειες

Στη χώρα μας από άποψη διοίκησης και οργάνωσης έχουμε στην κορυφή της ιεραρχικής πυραμίδας το Υπουργείο Υγείας (Ministry of Health) όπου ακολουθεί και



εκτελεί τον προγραμματισμό της κυβέρνησης με νόμους και μεταρρυθμίσεις. Από το 2001 έχουμε τις Υγειονομικές Περιφέρειες (Health districts) που βοηθούν στην καλύτερη οργάνωση και στην καλύτερη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας, αν και παραμένουν σε αυτό η κύρια διατήρηση των περισσότερων θεμάτων (Πολύζος, 2014).

Ο Υγειονομικός Ελλαδικός χάρτης χωρίζεται σε 7 **Υγειονομικές Περιφέρειες**.

- Η 1^η ΥΠΕ που αφορά την Αττική και έχει στο δυναμικό της 24 νοσοκομεία.
http://www.1dype.gov.gr/?page_id=70
- Η 2^η ΥΠΕ που αφορά τον Πειραιά και τα νησιά του Αιγαίου και έχει στο δυναμικό της 24 νοσοκομεία.
<https://www.2dype.gov.gr/esy/dimosia-nosokomeia>
- Η 3^η ΥΠΕ που αφορά τη Θεσσαλονίκη και τη Δυτική Μακεδονία και έχει στο δυναμικό της 16 νοσοκομεία.
<http://www.3dype.gr/menutop-foreisygeias/menutop-nosokomeia>
- Η 4^η ΥΠΕ που αφορά την Ανατολική Μακεδονία και την Θράκη και έχει στο δυναμικό της 14 νοσοκομεία.
<https://www.4dype.gr/e-s-y/stoicheia-epikoinonias-nosokomeion/>
- Η 5^η ΥΠΕ που αφορά τη Στερεά Ελλάδα και τη Θεσσαλία και έχει στο δυναμικό της 13 νοσοκομεία.
<https://www.dypethessaly.gr/hospitals>
- Η 6^η ΥΠΕ που αφορά την Πελοπόννησο, τα νησιά του Ιονίου πελάγους, τη Δυτική Ελλάδα έως την Ήπειρο και έχει στο δυναμικό της 28 νοσοκομεία.
<https://www.dypedede.gr/>
- Η 7^η ΥΠΕ που αφορά την Κρήτη και έχει στο δυναμικό της 8 νοσοκομεία
<https://www.hc-crete.gr/>

Δηλαδή συνολικά στην Ελλάδα υπάρχουν 127 κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Πέρα από τα νοσηλευτικά ιδρύματα υπάρχουν και αρκετά περιφερειακά Κέντρα Υγείας σε όλους τους νομούς και αρκετά ακόμα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου (Ξάνθης, 2015).



1.2 Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας

Πέρα από τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, στην Ελλάδα καθώς και στα περισσότερα κράτη του δυτικού κόσμου, λειτουργούν και Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας (Private Health Services). Έχουμε τις ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες βρίσκονται κυρίως στην πρωτεύουσα και στη συμπρωτεύουσα και κατηγοριοποιούνται σε μεγάλες, μέσες, μικρές και νευροψυχιατρικές. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η τάση να δυναμώνουν οι μεγάλες πολυδύναμες κλινικές ενώ αντίθετα να αποδυναμώνονται οι μικρές (Σουλιώτης, 2000).

Στη χώρα μας υπήρξαν περίοδοι που οι Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας είχαν σχετική πτώση, όπως η περίοδος που ιδρύθηκε το Ε.Σ.Υ. το 1983 και τα επόμενα χρόνια, ενώ υπήρξαν και περίοδοι που είχαμε ανάπτυξη σε αυτό τον τομέα, όπως η δεκαετία του 1990 αλλά και οι αρχές του 2000 (Υφαντόπουλος, 2006). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας είναι συμβεβλημένες επιχειρήσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όσον αφορά κυρίως την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη.

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) (Hellenic Statistical Authority), στην χώρα μας βρίσκονται 169 ιδιωτικά ιδρύματα (Χελά, 2016).

1.3 Βαθμίδες Υγείας (Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια)

Σε όλο τον κόσμο τα Συστήματα Υγείας κατατάσσονται σε τρεις βαθμίδες: στις Υπηρεσίες Υγείας πρώτου βαθμού, δευτέρου βαθμού και τρίτου βαθμού (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2011).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) (Primary Health Care) αφορά την πρόληψη και την αγωγή υγείας γενικότερα. Είναι η καθημερινή και η πρώτη επαφή ενός ασθενή με το Σύστημα Υγείας και πιο συγκεκριμένα με ένα γενικό ιατρό κατά κύριο λόγο, νοσηλεύτη, διαιτολόγο, επισκέπτη υγείας, φαρμακοποιό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και άλλους λειτουργούς Υγείας. Ένας ορισμός που έχει δοθεί για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία έχει να κάνει κυρίως με καταστάσεις που δεν απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο, είναι ότι κινείται στα πλαίσια της προ-



νοσοκομειακής περίθαλψης και έχει να κάνει με την πρόληψη και με τη διάγνωση. Ο ασθενής δεν επείγει να απουσιάσει από τις υποχρεώσεις του, είτε αυτές είναι επαγγελματικές είτε οικογενειακές (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2011).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει προληπτικές ιατρικές υπηρεσίες, προληπτικές εξετάσεις, τη συνταγογράφηση φαρμάκων, μετανοσοκομειακή παρακολούθηση, κατ' οίκον νοσηλεία, συνεδρίες για κοινωνικά προβλήματα με κοινωνικούς λειτουργούς, ενημέρωση για θέματα υγείας, τηλεϊατρική, αγωγή υγείας σε σχολεία, οικογενειακό προγραμματισμό σε θέματα υγείας κ.α. (Αθανάτου, 2004).

Οι Υπηρεσίες και τα ιδρύματα που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι κατά κύριο λόγο τα Κέντρα Υγείας, είτε αυτά είναι περιφερειακά, είτε αστικού τύπου, πολυδύναμα ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων, κέντρα ψυχικής υγείας, κινητές μονάδες, όπως είναι σήμερα του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.) (National Public Health Organization), το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) (National Center for Emergency Care), φορείς κατά των ναρκωτικών, ιατρεία διακοπής καπνίσματος, πενταγήφια τηλέφωνα υποστήριξης πολιτών σε διάφορα θέματα, κ.α. Πέρα από τις ανωτέρω Δημόσιες Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπάρχουν και υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα όπως ιδιωτικά ιατρεία, οδοντιατρεία, διαγνωστικά κέντρα πρόληψης, φυσικοθεραπεύτρια, φαρμακεία, κ.α. (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

Η Δευτεροβάθμια Περίθαλψη (Secondary Health Care) περιλαμβάνει κυρίως υπηρεσίες εντός των Νοσοκομείων που αφορούν τη διερεύνηση, ίσως κάποια βραχεία νοσηλεία, δεν αφορούν όμως σε καμία περίπτωση μακρά παραμονή σε διάρκεια του ασθενή εντός του νοσοκομείου (Αθανάτου, 2004).

Η Δευτεροβάθμια Περίθαλψη υφίσταται όταν ο πάροχος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παραπέμπει τους ασθενείς σε ειδικό ιατρό που ανήκει σε αυτή, διότι δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί από τους ιατρούς της Π.Φ.Υ. Η Δευτεροβάθμια Περίθαλψη αποτελεί δηλαδή την εξειδικευμένη παρέμβαση ειδικού ιατρού σε προβλήματα υγείας ενός ατόμου. Πιο αναλυτικά, οι ειδικοί επικεντρώνονται είτε σε



ένα συγκεκριμένο σύστημα του σώματος είτε σε μια συγκεκριμένη ασθένεια ή κατάσταση (Αθανάτου, 2004).

Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Η Τριτοβάθμια Περίθαλψη (Tertiary Health Care) έχει το κοινό με τη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για διερεύνηση και αντιμετώπιση, όμως απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και εμπειρίες, κατάλληλα τεχνολογικά μέσα, καθώς και κατάλληλες υποδομές και την συμμετοχή πολλών ειδικοτήτων και επαγγελματιών Υγείας (Κυριόπουλος, 2017).

Σε αυτή τη βαθμίδα, υπάγονται χειρουργικές διαδικασίες, πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις, νευροχειρουργικές επεμβάσεις, θεραπείες εγκαύματος και άλλες πολύπλοκες θεραπείες ή διαδικασίες. Σύμφωνα με μελέτες, στη διαχείριση ορισμένων χρόνιων παθήσεων, όπως ο διαβήτης και η χρόνια νεφρική νόσος, εξακολουθεί να είναι σημαντικό για τον πάροχο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να συμμετέχει όταν ένας ασθενής εισέρχεται στην Τριτοβάθμια Περίθαλψη, καθώς η συμμετοχή της Π.Φ.Υ. μπορεί να βελτιώσει τη μακροπρόθεσμη αυτοδιαχείριση από τον ασθενή (Κυριόπουλος, 2017).

1.4 Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Από τα πρώτα χρόνια της ανθρωπότητας η κοινωνία είχε ευθύνη απέναντι στις πιο αδύναμες ομάδες και ο τρόπος διαχείρισης τους ήταν συχνά αιτία διαφωνιών. Πλέον οι διαφωνίες αυτές εμφανίζονται είτε μεταξύ των ασκούμενων πολιτικών, είτε στην επιστημονική κοινότητα, είτε από άποψη ηθικής και φιλοσοφίας. Η αιτία όλων αυτών των διαφωνιών είναι αυτό που ονομάζουμε σήμερα **Κοινωνική Φροντίδα** (Social Care). Το να φροντίζει, όποιος είχε τη δυνατότητα να το κάνει, να συμπαραστέκεται και να νιώθει αλληλεγγύη προς τους αδύναμους, είτε οικονομικά, είτε από άποψη υγείας, προς τους ηλικιωμένους και τα παιδιά, θεωρείτο ως υποχρέωση από τα πρώτα χρόνια της ανθρωπότητας. Δυο πολύ παλιά χαρακτηριστικά που έχουν οι άνθρωποι όταν βρίσκονται σε ένα σύνολο είναι η ανταγωνιστικότητα και η αλληλεγγύη απέναντι στα υπόλοιπα μέλη του ίδιου συνόλου. Αρκετοί σοφοί και μορφωμένοι άνθρωποι έχουν ασχοληθεί με το φαινόμενο της φιλανθρωπίας. Η φιλαλληλία και η ανιδιοτέλεια είναι καταστάσεις που σχεδόν πάντα έστω και σε



μικρό βαθμό υπάρχουν μέσα σε ένα σύνολο ανθρώπων. Αυτό το χαρακτηριστικό βοήθειας προς τους άλλους ανθρώπους για οποιοδήποτε λόγο και αν γίνεται, είναι η αφετηρία του όρου Κοινωνική Φροντίδα (Σταθόπουλος, 1999)

Ο όρος Κοινωνική Φροντίδα χρησιμοποιείται σε δυο διαφορετικές περιπτώσεις. Η μια περίπτωση εστιάζει στο **Κράτος Πρόνοιας** (Welfare State) και στο **Κράτος Δικαίου** (Rule of Law) και συγκεκριμένα στη **Κοινωνική Πολιτική** (Social Policy) και στη γενικότερη αντιμετώπιση του κράτους προς τους πολίτες. Η άλλη περίπτωση σχετίζεται με συγκεκριμένα προγράμματα κοινωνικής περίθαλψης και προστασίας ορισμένων ευπαθών ομάδων (Σταθόπουλος, 1999).

Η Κοινωνική Φροντίδα αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους θεσμούς της νεότερης Ελλάδας, όπως η οικογένεια, το σχολείο και η εκκλησία. Οι υπηρεσίες της Κοινωνικής Φροντίδας γίνονται μέσα από τμήματα Κοινωνικής Προστασίας που έχουν ως σκοπό την διατήρηση και την οικονομική ισορροπία, την προσφορά φροντίδας προς τους αδύναμους, την κοινωνικότητα των νέων, την υπεράσπιση της μητρότητας και της οικογένειας και την επιτήρηση των οικονομικά ασθενέστερων. Η Κοινωνική Φροντίδα ως υπηρεσία του κράτους έχει ως βασική αρχή την φιλανθρωπία. Οι τακτικές, οι οργανωμένες και προγραμματισμένες διαδικασίες που απαιτούνται για την πραγματοποίηση των λειτουργιών της υπηρεσίας της Κοινωνικής Φροντίδας καθορίζονται από τα πιστεύω, τις αρχές, την κουλτούρα, τον πολιτισμό κάθε κοινωνίας (Σταθόπουλος, 1999).

Η Κοινωνική Φροντίδα εξελίχθηκε στο πέρασμα των χρόνων, από τα χρόνια της Αρχαιότητας, στην περίοδο του Χριστιανισμού, στην περίοδο της Αναγέννησης του Διαφωτισμού αλλά και του Φιλελευθερισμού, τέλος μεγάλη εξέλιξη υπήρξε και στη βιομηχανική επανάσταση (Σταθόπουλος, 1999).

Στην Ελλάδα, το σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας ξεκίνησε την περίοδο μετά την κατοχή. Μέχρι τότε υπήρχε φροντίδα για ευπαθείς ομάδες από την εκκλησία, την φιλανθρωπία, κυρίως των ανώτερων τάξεων, και την φροντίδα μεταξύ των ανθρώπων σε μια τοπική κοινωνία. Οι αρνητικές επιπτώσεις της κατοχής και τα χιλιάδες ορφανά παιδιά ανάγκασαν το τότε κράτος να δημιουργήσει την πρώτη υπηρεσία Κοινωνικής Προστασίας και Φροντίδας. Ιδρύθηκαν ιδρύματα για εγκαταλειμμένα παιδιά για



υπερήλικες με προβλήματα υγείας, παρέχονταν δωρεάν γεύματα και εμβολιασμοί και συστάθηκαν οι πρώτες κοινωνικές υπηρεσίες. Το Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως (Π.Ι.Κ.Π.Α.) και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.) (National Welfare Organization), που μετονομάστηκαν σε **Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης (Ι.Κ.Π.Α)** (Institute of Social Protection and Solidarity) και στο πλαίσιο των συγχωνεύσεων στον Δημόσιο Τομέα, απορροφήθηκε από το **Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α.)** (National Center for Social Solidarity) θεσμοθετήθηκαν αυτό το χρονικό διάστημα. Οι υπηρεσίες που έχουν συσταθεί και εξακολουθούν να αναμορφώνονται έως σήμερα, δείχνουν ότι η Κοινωνική Φροντίδα στην Ελλάδα τείνει στα πρότυπα των προηγμένων κρατών. Στη χώρα μας βασιζόμαστε σε ένα νέο ανανεωμένο νόμο για την κοινωνική υποστήριξη των αδύναμων και ένα κρατικό σχέδιο για την κοινωνική προσαρμογή (Μανιάτη, 2010).

Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας ήταν αποτέλεσμα μεγάλης προσπάθειας στον τομέα της Κοινωνικής Φροντίδας που άρχισε το 1988, θεσμοθετήθηκε το 1995 και τελείωσε το 1998 με τον νόμο Ν.2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α/1998) «Οργάνωση και Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας». Ο νόμος Ν.2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α/1998) αναφέρεται ως το θεσμικό υπόβαθρο του Συστήματος, καθώς νομιμοποιεί του κανόνες και τους βασικούς πυλώνες λειτουργίας του. Η πρώτη προσπάθεια νομοθέτησης για την οργάνωση και τη διοίκηση του Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας έγινε το 1988, όπου κλιμάκια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έλαβαν υπόψη συγκεκριμένα δεδομένα στο να δημοσιευθεί και να οργανωθεί ο τομέας των προνομίων. Τα δεδομένα αυτά αποτυπώθηκαν στο Σχέδιο Νόμου «Εκσυγχρονισμός και Αναδιοργάνωση Φορέων Κοινωνικής Πρόνοιας», που παρά τις προσπάθειες δεν έγινε Νόμος (Αμίτσης, 2014).

Βασισμένοι στις καινούριες αλλαγές βαπτίζεται πλέον ο σκοπός των δημόσιων προνομιακών φορέων στην στήριξη συγκεκριμένων ομάδων πολιτών. (Αμίτσης, 2014).



Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη

Τον Δεκέμβριο του 2014, τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση το σχέδιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου για την Κοινωνική Ένταξη, στα πλαίσια του καθορισμού μίας εθνικής στρατηγικής για την κοινωνική ένταξη, μέσω της συνολικής μεταρρύθμισης των ασκούμενων πολιτικών αντιμετώπισης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Εκπονήθηκε από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας και Κοινωνικής Συνοχής (σύμφωνα με το άρθρο 18 του Ν. 4147/2013), με τη συνδρομή της Ομάδας Εργασίας για την Εθνική Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης (σύμφωνα με την υπ. αρ. 27727/Δ1.5287/8.8.2014 Απόφαση) και ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων με συντονιστή τον κ. Γαβριήλ Αμίτση (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη, 2014).

Το όραμα της Στρατηγικής ήταν η μετεξέλιξη του Κοινωνικού Κράτους σε Ενεργητικό Κοινωνικό Κράτος, που θα προστατεύει τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και θα οδηγήσει στην κοινωνική συνοχή, που θα εκσυγχρονίσει τις δημόσιες πολιτικές ένταξης και την οικονομική ανάπτυξη και που θα αναβαθμίσει την συνεργασία μεταξύ κράτους, κοινωνικών ομάδων και αγοράς, για την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Η Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης ως εργαλείο κοινωνικής συνοχής θα προωθηθεί μέσω της διαφάνειας στις πολιτικές κοινωνικής ένταξης, της διαφάνειας στη διαχείριση των χρηματοδοτικών πόρων, την πληροφόρηση όλων των ευάλωτων ομάδων για τις διαθέσιμες δράσεις κοινωνικής ένταξης και στην συμμετοχή τους σε δράσεις κοινωνικής ένταξης. Η Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης ως μηχανισμός οικονομικής ανάπτυξης, θα προωθηθεί μέσω της ορθολογικής επένδυσης δημόσιων και ιδιωτικών πόρων, μέσω έγκαιρης παρέμβασης για την πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού, μέσω της πρόσβασης σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες οικονομικού ενδιαφέροντος και μέσω της προώθησης των επενδυτικών διαστάσεων των ιδιωτικών δαπανών σε ένα δραστήριο παραγωγικό τομέα. Η Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης ως μηχανισμός αναβάθμισης της σχέσης κράτους, κοινωνικών ομάδων και αγοράς, θα προωθηθεί μέσω της αξιοποίησης όλων των διαθέσιμων πόρων, μέσω του συντονισμού μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παρεμβάσεων και μέσω της προώθησης της κοινωνικής καινοτομίας (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη, 2014).



Οι Αρχές της Στρατηγικής αφορούν τα εξής επίπεδα (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη, 2014):

- Αρχές για τη θεσμική συγκρότηση της Στρατηγικής:
 - αρχή της Αναδιανεμητικής Ισότητας,
 - αρχή της Κοινωνικής Δικαιοσύνης,
 - αρχή του σεβασμού της Ανθρώπινης Αξιοπρέπειας.
- Αρχές για την κοινωνικοπολιτική συγκρότηση της Στρατηγικής:
 - αρχή της Επικουρικότητας,
 - αρχή της Εξατομίκευσης,
 - αρχή της ενεργοποίησης των αποκλεισμένων ατόμων
- Αρχές για την επιχειρησιακή συγκρότηση της Στρατηγικής:
 - αρχή της Κοινωνικής Λογοδοσίας,
 - αρχή της Δικτύωσης,
 - αρχή της πολυδιάστατης προσέγγισης της Κοινωνικής Καινοτομίας.

Η Στρατηγική διαρθρώνεται σε τρεις (3) πυλώνες που καθορίζουν τις βασικές προτεραιότητες δράσης των πολιτικών κοινωνικής ένταξης (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη, 2014):

- **Πυλώνας 1:** Καταπολέμηση της φτώχειας,
- **Πυλώνας 2:** Πρόσβαση σε υπηρεσίες,
- **Πυλώνας 3:** Αγορά εργασίας χωρίς αποκλεισμούς.

Οι πυλώνες αυτοί εξειδικεύονται σε **Επιχειρησιακούς Άξονες** που εξυπηρετούνται με συγκεκριμένες Προτεραιότητες Πολιτικής, οι οποίες προωθούνται με θεματικά μέτρα (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη, 2014):

Επιχειρησιακός Άξονας 1: Καταπολέμηση της ακραίας φτώχειας (Πυλώνας 1 και Πυλώνας 2), με προτεραιότητες πολιτικής:

Πρόσβαση σε Βασικά Αγαθά:

- Πρόσβαση σε βασικά είδη διαβίωσης,
- Πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,
- Αντιμετώπιση κρίσεων,
- Πρόσβαση σε κατάλληλη στέγη,



- Πρόσβαση σε ενέργεια,
- Πρόσβαση στο χρηματοπιστωτικό σύστημα,
- Πρόσβαση στη Δικαιοσύνη,
- Πρόσβαση σε δραστηριότητες πολιτισμού και αναψυχής.

Πρόσβαση σε Επαρκείς Πόρους:

- Πιλοτική εφαρμογή ενός Γενικού Προγράμματος Ελαχίστου Εγγυημένου Εισοδήματος,
- Θεσμοθέτηση ενός Γενικού Συστήματος Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος,
- Επιδοματική κάλυψη αναγκών οικιακής θέρμανσης.

Επιχειρησιακός Άξονας 2: Πρόληψη και καταπολέμηση του αποκλεισμού των παιδιών (Πυλώνας 1 και Πυλώνας 2), με προτεραιότητες πολιτικής:

Πρόσβαση σε οικονομικούς πόρους:

- Πρόσβαση στο επίδομα απροστάτευτων παιδιών,
- Πρόσβαση στο ενιαίο επίδομα στήριξης τέκνων,
- Πρόσβαση στο επίδομα στήριξης Τριτέκνων και Πολύτεκνων.

Πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες:

- Πρόσβαση σε υπηρεσίες προσχολικής αγωγής,
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης, ψυχαγωγίας και αναψυχής,
- Πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας,
- Πρόληψη της παραπομπής σε δομές κλειστής φροντίδας,
- Προώθηση της αποϊδρυματοποίησης, αποκατάστασης και επανένταξης,
- Αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών κλειστής φροντίδας,
- Πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες Νομικής Συνδρομής

Πρόσβαση στην υποχρεωτική εκπαίδευση:

- Πρόσβαση σε υπηρεσίες προσχολικής εκπαίδευσης,
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες σχολικής εκπαίδευσης,



- Ειδική αγωγή των παιδιών με αναπηρία,
- Εκπαιδευτική Ένταξη παιδιών Ρομά,
- Καταπολέμηση της σχολικής διαρροής, μέσω των Ζωνών Εκπαιδευτικής Προτεραιότητας και άλλων μηχανισμών.

Επιχειρησιακός Άξονας 3: Προώθηση της ένταξης των ευπαθών ομάδων (Πυλώνας 1, Πυλώνας 2 και Πυλώνας 3), με προτεραιότητες πολιτικής:

Ενίσχυση εισοδηματικών πόρων των ανέργων:

- Πρόσβαση στο Επίδομα Μακροχρονίως Ανέργων,
- Πρόσβαση σε ειδικά επιδόματα για ευάλωτες ομάδες ανέργων χαμηλού εισοδήματος

Πρόσβαση των ανέργων σε υπηρεσίες ενεργοποίησης:

- Πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων ανέργων σε προγράμματα μη τυπικής εκπαίδευσης και άτυπης μάθησης,
- Πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων ανέργων σε προγράμματα ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης
- Πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων ανέργων σε δράσεις Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας

Πρόσβαση ανέργων με σωρευτικά χαρακτηριστικά αποκλεισμού και άλλων ομάδων σε οικονομικά προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες:

- Πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας,
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας,
- Πρόληψη της παραπομπής σε δομές κλειστής φροντίδας,
- Προώθηση της αποϊδρυματοποίησης, αποκατάστασης και επανένταξης,
- Αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών κλειστής φροντίδας,
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης της φερεγγυότητας των φτωχών νοικοκυριών

Επιχειρησιακός Άξονας 4: Καλή διακυβέρνηση των πολιτικών ένταξης, με προτεραιότητες πολιτικής:



Συντονισμός των πολιτικών ένταξης:

- Εθνικός Μηχανισμός για τον συντονισμό των πολιτικών ένταξης,
- Περιφερειακά Παρατηρητήρια Ένταξης,
- Παρατηρητήριο Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας και Αλληλεγγύης.

Ποιότητα των πολιτικών ένταξης:

- Χάρτης Ποιότητας Κοινωνικών Υπηρεσιών,
- Δίκτυα Κοινωνικής Καινοτομίας.

Αποτελεσματική εφαρμογή των πολιτικών ένταξης:

- Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου τομέα,
- Ανάπτυξη του Κοινωνικού Πλουραλισμού,
- Ανάπτυξη της Βασικής και Εφαρμοσμένης Έρευνας στο πεδίο των πολιτικών ένταξης

1.5 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)

Κατά τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης χρέους τα σημαντικότερα προβλήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας ήταν τα ακόλουθα (Niakas, 2013):

- έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού,
- ανύπαρκτη έως πενιχρή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,
- αναντιστοιχία στην ποιότητα των υπηρεσιών και στο κόστος,
- απουσία συστημάτων αξιολόγησης,
- απουσία ελέγχου στα οικονομικά και στη διαχείριση τους,
- ελλειψείς κτηριακές υποδομές στα νοσοκομεία,
- ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού, ιδίως στις παραμεθόριες περιοχές,
- υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας,
- έλλειψη τεχνογνωσίας σε θέματα διοίκησης και μηχανογράφησης, γραφειοκρατία,



- αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής.

Κατά την οικονομική κρίση χρέους, στα παραπάνω προβλήματα προστέθηκε η κατάργηση των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων δημιουργίας του Ε.Σ.Υ., τα οποία ενώθηκαν με σκοπό να δημιουργηθεί ένας ενιαίος οργανισμός με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα, ο οποίος ονομάστηκε **Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ)** και ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1^η Ιανουαρίου 2012, σύμφωνα με τον νόμο Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις». Η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και ο αποκλειστικός ρόλος του ως επενδυτής σε υπηρεσίες για την υγεία είχε ως στόχους να συγκεντρωθούν πόροι σε μια εξειδικευμένη υπηρεσία διαχείρισης των οικονομικών πόρων και την άνοδο στη χρηματοδότηση των πόρων και έλεγχο των δαπανών στον κλάδο της υγείας, πιο ρεαλιστικά να γίνεται ο διαχωρισμός των εξόδων στην υγεία.

Έχει αναπτυχθεί στον ιστότοπο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (Ο.Π.Σ.) το οποίο περιέχει τις απαραίτητες ψηφιακές υπηρεσίες προς στους ασφαλισμένους και τη σύνδεση του ψηφιακού συστήματος με τους ανάλογους φορείς υγείας δια μέσου ηλεκτρονικών εφαρμογών. Στον ιστότοπο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ γίνεται επίσης η πιστοποίηση των ιατρών, των προμηθευτών υγείας και των ελεγκτών ιατρών.

Η αποζημίωση των φορέων υγείας στηρίζεται σε πρωτόκολλα που ορίζουν την τιμολόγηση. Με αυτόν τον τρόπο προκύπτουν τα κωδικοποιημένα προϊόντα. Όταν ένας πολίτης εισαχθεί σε κάποιον φορέα Υγείας για να δεχτεί φροντίδα γίνεται άμεσα η κωδικοποίηση, ανάλογα με κάποιες παραμέτρους, συγκεκριμένα την ηλικία, το φύλο, τη νόσο όπου του διαγνώστηκε και άλλα . Μείζων στόχος είναι να ελέγχεται η κοστολόγηση.

Η αποζημίωση των συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ προνοιακών φορέων γίνεται μετά από μεταβίβαση των πιστώσεων από τον Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ο.Π.Ε.Κ.Α.). Δικαιούχοι είναι άποροι



ασφαλισμένοι και ανασφάλιστοι, ωφελούμενοι των υπηρεσιών των προνοιακών δομών, άτομα με αναπηρία και ηλικιωμένοι.

Σχετικά με την αποζημίωση των ιδιωτικών φορέων υγείας, έχουν θεσμοθετηθεί ανώτατες τιμές. Οι εν λόγω φορείς υγείας χρειάζεται να έχουν πλαφόν και γίνεται επιστροφή στο ταμείο σε περίπτωση που ξεπεραστεί το όριο. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ έχει καθιερώσει τους όρους των ποσών επιστροφής (**rebate**) και αυτόματης επιστροφής (**clawback**) από τα φορολογητέα έσοδα των επιχειρήσεων. Οι ιδιωτικοί φορείς υγείας, όπως είναι οι ιδιώτες ιατροί, οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι φαρμακοβιομηχανίες, τα διαγνωστικά κέντρα, οι ιδιωτικές κλινικές κ.λπ., επιστρέφουν αυτόματα (clawback) σε ετήσια βάση στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ χρηματικό ποσό που ισούται με την ετήσια υπέρβαση του προϋπολογισμού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, στα πλαίσια του περιορισμού της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. Παράλληλα, τα φαρμακεία επιστρέφουν (rebate) σε ετήσια βάση στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ χρηματικό ποσό με βάση τις πωλήσεις εκάστου φαρμάκου που καλύπτεται από αυτόν (Ναυτεμπορική, 2021).

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. λειτουργεί τριάντα δύο (32) φαρμακεία σε όλη την Ελλάδα, εκ των οποίων τα τρία (3) αποτελούν κέντρα διανομής, έναντι των πέντε (5) φαρμακείων στην Αττική και τους ενός (1) στη Θεσσαλονίκη που λειτούργησε αρχικά. Στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. χορηγούνται φάρμακα υψηλού κόστους χωρίς την συμμετοχή του ασφαλισμένου και χωρίς να απαιτείται θεώρηση. Στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας, όπου δεν υπάρχουν φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οι ασφαλισμένοι προμηθεύονται τα φάρμακα από τις κατά τόπους μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατόπιν παραγγελίας. Μέχρι το 2015, τα περισσότερα φάρμακα υψηλού κόστους για χρόνιες παθήσεις παρέχονταν από τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και από τα φαρμακεία των νοσοκομείων. Από το 2016, βάσει της νομοθετικής ρύθμισης για το νοσοκομειακό clawback, όλα τα φάρμακα υψηλού κόστους για χρόνιες παθήσεις που η χρήση τους είναι αμιγώς νοσοκομειακή, χορηγούνται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2020).

Για την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας των ανασφάλιστων πολιτών που ήταν ασφαλισμένοι των κλάδων υγείας που είχαν



υπαχθεί στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, θεσπίστηκε το πρόγραμμα **Health Voucher** - Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης (Ε.Ε.Π.) σε Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Διακρίνεται σε Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης γενικής κατηγορίας (ανά ηλικία και φύλο ωφελούμενου) και Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης παρακολούθησης κύησης για τις εγκύους δικαιούχους του Προγράμματος. Το πρόγραμμα είχε τεθεί σε ισχύ τα έτη 2013-2015 (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2013).

1.6 Έννοια της πρόσβασης σε Υπηρεσίες Υγείας

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα δοθεί ένας ορισμός της πρόσβασης σε Υπηρεσίες Υγείας βασισμένος σε βιβλιογραφικές αναφορές. Καταρχάς τίθενται μερικά βασικά ερωτήματα, όπως το ερώτημα όταν κάποιος εισέρχεται ως ασθενής στο Σύστημα Υγείας σημαίνει απαραίτητα ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ως προς την πρόσβαση; Το να δηλώνει κάποιος παρόν στο Σύστημα Υγείας, σημαίνει αυτόματα ότι εισπράττει και τις υπηρεσίες αυτού; Ένα άλλο ερώτημα που δημιουργείται είναι αν η πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας μπορεί να θεωρηθεί και σαν μια πολιτική κατεύθυνση, καθώς είναι πολλές οι φορές που μια ολόκληρη κυβέρνηση κρίνεται από την άποψη των πολιτών για το πόσο ικανοποιημένοι νιώθουν από την πρόσβαση τους στις Υπηρεσίες Υγείας. Πολλές κυβερνήσεις επιδιώκουν οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας και ειδικά οι πιο αδύναμοι κοινωνικά αλλά και οικονομικά. Οι κυβερνήσεις που διευκολύνουν την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη πρόσβαση, συνήθως εισπράττουν και μεγαλύτερη λαϊκή υποστήριξη. Αποτέλεσμα αυτών είναι η πρόσβαση να έχει γίνει πιο εύκολη συγκριτικά με το παρελθόν (Clark, 1983).

Εμβαθύνοντας στον ορισμό της πρόσβασης θα λέγαμε ότι συνοψίζει ένα σύνολο συγκεκριμένων περιπτώσεων που επηρεάζουν την ικανότητα και την επιθυμία των δυνητικών ασθενών να χρησιμοποιούν το Σύστημα Υγείας, πιο συγκεκριμένα την σχέση μεταξύ των παροχών στις Υπηρεσίες Υγείας και στις απαιτήσεις των ασθενών. Για να γίνει πιο κατανοητή η έννοια της πρόσβασης, αλλά και για να αξιολογηθεί η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, έχουν δοθεί πέντε (5) διαστάσεις, που είναι οι εξής:

- η διαθεσιμότητα,



- η προσβασιμότητα,
- η διαμονή,
- η προσιτή τιμή και
- η αποδοχή.

Η κάθε μια διάσταση από αυτές επιτρέπει την περιγραφή της συμβατότητας ή της προσαρμογής μεταξύ υποψήφιων ασθενών και του Συστήματος Υγείας. Τώρα, αν θέλαμε αυτές τις διαστάσεις να τις περιγράφαμε με τη μορφή σύντομων ερωτήσεων θα είχαν ως εξής:

- Είναι οι υγειονομικές υπηρεσίες προσιτές;
- Είναι οι υγειονομικές υπηρεσίες αποδεκτές;
- Είναι διαθέσιμες οι υγειονομικές υπηρεσίες;

Μόνο για την τελευταία από τις τρεις ερωτήσεις υπάρχει ένα δεύτερο στοιχείο που πρέπει να γίνει σαφές. Στη διαθεσιμότητα το δεύτερο στοιχείο που πρέπει να διερευνηθεί είναι η έννοια της υπέρ-διαθεσιμότητας ή της υπέρ-προσφοράς. Έτσι η ερώτηση έχει ως εξής: Είναι διαθέσιμη η υγειονομική περίθαλψη, με την έννοια των εγκαταστάσεων και του προσωπικού υγείας σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών; Και για ορισμένες ομάδες μήπως κάποια υπηρεσία είναι υπερβολικά διαθέσιμη;

Όταν έχουμε υπερβολικά διαθέσιμες υπηρεσίες για μια συγκεκριμένη ομάδα πολιτών ίσως αυτό να έχει συνέπεια μια άλλη κατηγορία ασθενών να έχει περιορισμένες σε διαθεσιμότητα υπηρεσίες, για το λόγο αυτό έχει μεγάλη σημασία και η κατανομή που γίνεται στο υγειονομικό προσωπικό στις εγκαταστάσεις και στον προϋπολογισμό (Penchansky & Thomas, 1981).

Πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία στην πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας ανεξαρτήτως της οικονομικής κατάστασης των ασθενών. Τίθενται πολλά ηθικά ερωτήματα σχετικά με την πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας ευάλωτων ομάδων που ενίοτε μπορεί να είναι άποροι, ανασφάλιστοι, πρόσφυγες, κ.α. και το κατά πόσο πρέπει να υπάρχει πρόσβαση για αυτούς στο Σύστημα Υγείας και σε τι βαθμό. Είναι εφικτό άραγε οι ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα υγείας να αντιμετωπίζονται το ίδιο ανεξαρτήτως άλλων κριτηρίων; Δυστυχώς, ενώ παλαιότερα κυριαρχούσε η πολιτική



ότι το Σύστημα Υγείας πρέπει να είναι προσβάσιμο σε όλους, τα τελευταία χρόνια τίθεται και η παράμετρος του κόστους (Clark, 1983).

1.7 Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας της Ε.Ε.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) δεν είχε ποτέ μια ενιαία και σταθερή πολιτική στον τομέα της Υγείας. Παρ' όλα αυτά, έκανε ελέγχους και συστηματικές υποδείξεις στα Συστήματα Υγείας των κρατών μελών. Η Ε.Ε. από τα πρώτα χρόνια ύπαρξης της είχε μια αργοπορία και έδειχνε να μην έχει ως προτεραιότητα θέματα που αφορούσαν την αγωγή της υγείας των Ευρωπαίων πολιτών (Piris, 2010).

Αρκετοί θεωρούν ότι η εν λόγω διαφορά, όπως γράφτηκε στο άρθρο 168 της «Συνθήκης της Λισαβόνας για την τροποποίηση της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση και της Συνθήκης περί ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας», γνωστή και ως «**Συνθήκη της Λισαβόνας**» (Lisbon Treaty), που υπογράφηκε στις 13 Δεκεμβρίου 2007 στη σύνοδο κορυφής της Λισαβόνας και τέθηκε σε ισχύ στα τέλη του 2009, είναι αποτέλεσμα μια υποχώρησης, καθρεπτίζοντας τη θέληση των κρατών μελών να προάγουν το κοινωνικό τους κράτος από την γενικότερη ανταγωνιστικότητα της οικονομίας που εκφράζει η Ε.Ε. (Mossialos & Lear, 2012).

Από τα ανωτέρω, κατανοεί κανείς ότι η Ε.Ε. δίνει έμφαση σε κάποιους τομείς όπως την πολιτική υγείας, που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: Δημόσια Υγεία, ευρωπαϊκή εσωτερική αγορά στον υγειονομικό τομέα και δημοσιονομική διακυβέρνηση των Συστημάτων Υγείας (Greer, Fahy, Elliot, Wismar, Jaman & Palm, 2014).

Στα κράτη μέλη της Ε.Ε. γίνονται συνεχείς αλλαγές στις δομές που ασχολούνται με την παροχή Υπηρεσιών Υγείας, που επικεντρώνονται στη τοπική κοινότητα και την έξω-νοσοκομειακή φροντίδα (Στασινοπούλου, 1999).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η σύσταση των **Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)** (Open Elderly Care centers) το 1984 και η δημιουργία θεσμών όπως το «**Βοήθεια στο Σπίτι**» (Aid at Home), που ξεκίνησε πιλοτικά το 1998 και η «**κατ' οίκον νοσηλεία**». Τα προγράμματα αυτά, με διαφορετικά σχέδια, λειτουργούν στη πλειοψηφία των ξένων χώρων (Στασινοπούλου, 1999).



Ο κλάδος της υγείας και της Κοινωνικής Φροντίδας, είναι ο κλάδος που σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση θέσεων εργασίας κατά τα τελευταία χρόνια, με πάνω από 2,6 εκατομμύρια νέες θέσεις εργασίας, για τα έτη 2009-2017. Αυτές οι νέες θέσεις εργασίας που δημιουργήθηκαν κατανέμονται σε ποσοστό 36% στον τομέα της «ανθρώπινης υγείας», σε ποσοστό 35% στον τομέα της «φροντίδας κατ' οίκον» και σε ποσοστό 29% στον τομέα της «κοινωνικής μέριμνας εκτός οικίας» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας και της Κοινωνικής Φροντίδας είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο όλων των υπολοίπων κλάδων. Κάτοχοι πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στον κλάδο της υγείας είναι το 43,4%, όταν στο σύνολο των άλλων εργαζομένων είναι το 33,9% (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Οι δαπάνες υγείας στην Ε.Ε. χρηματοδοτούνται κυρίως από το Δημόσιο Τομέα, καθώς στα δύο τρίτα των κρατών μελών, πάνω από το 70% των δαπανών υγείας χρηματοδοτείται από το Δημόσιο Τομέα. Τα κράτη μέλη με σχετικά υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι η Κύπρος με ποσοστό 54% των συνολικών δαπανών υγείας και η Ελλάδα με ποσοστό πάνω από 41%. Τα κράτη μέλη με το υψηλότερο ποσοστό χρηματοδοτούμενων από το κράτος δαπανών υγείας είναι η Γερμανία με ποσοστό 85% και η Δανία με ποσοστό 84%. Το 2015, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 7,8 % του Α.Ε.Π. στο σύνολο της Ε.Ε. και στο 15% των συνολικών δαπανών του Δημοσίου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

1.8 Βαθμός ικανοποίησης ασθενών στην Ελλάδα

Η ζήτηση για δημόσιες, δωρεάν Υπηρεσίες Υγείας, ιδίως για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία, ειδικότερα μετά τη μείωση του εισοδήματος και την απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης των νοικοκυριών.

Οι λίστες αναμονής, που συναντώνται σε καθημερινή βάση στα μεγάλα νοσοκομεία, επίδρασε αρνητικά στο παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών και ως εκ τούτου αποτέλεσε πηγή δυσαρεσκειών. Μολαταύτα, η πλειονότητα των ασθενών δείχνουν κατανοητική στάση σχετικά με τις συγκεκριμένες λίστες



αναμονής, όταν αυτοί γνωρίζουν τον λόγο της καθυστέρησης και υπάρχει σωστή ενημέρωση και προγραμματισμός (Tountas, Karnaki & Pavi, 2002).

Η ένδειξη ενδιαφέροντος για την κατάσταση υγείας των ασθενών, από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού αυξάνει σημαντικά την ικανοποίησή τους, όπως άλλωστε και οι υποδομές των Συστημάτων Υγείας (Papagiannopoulou, Pierrakos, Sarris & Yfantopoulos, 2008).

Επιπρόσθετα, μια άλλη έρευνα σχετικά με το ρόλο της ικανοποίησης των ασθενών, έδειξε ότι οι ασθενείς στα νοσοκομεία της Αθήνας είχαν πιο υψηλές προσδοκίες όσον αφορά τις Υπηρεσίες Υγείας και ότι αναμένουν να λάβουν υψηλή ικανοποίηση από τις παροχές της (Pierrakos & Tomaras, 2009).

Εν κατακλείδι, οι παραπάνω έρευνες αποτελούν ένα δείγμα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα, αλλά θα ήταν χρήσιμο να παρατεθεί και ένα δείγμα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες του εξωτερικού σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

1.9 Βαθμός ικανοποίησης ασθενών ανά τον κόσμο

Εμβαθύνοντας, όσον αναφορά έρευνες ανά τον κόσμο σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, φανερώθηκε ότι η ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών ήταν μεγαλύτερη όσον αφορά την πληρότητα υπηρεσιών. Επιπλέον η ικανοποίηση των περισσότερο μορφωμένων ατόμων ήταν χαμηλότερη για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, ενώ οι άνδρες και οι γυναίκες είχαν ίσα επίπεδα ικανοποίησης (Margolis, Al-Marzouqi, Revel, & Reed, 2003).

Σε μια ακόμα έρευνα σχετική με το βαθμό ικανοποίησης ασθενών, η οποία πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, αποδείχθηκε ότι η υψηλή ικανοποίηση από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οφείλεται σε πέντε συγκεκριμένες συμπεριφορές που αποτελούν η ακρόαση, η διατήρηση επικοινωνίας με ασθενείς, η πρόσβαση σε ολοκληρωμένη φροντίδα, η ειλικρινής αξιολόγηση των δυνατοτήτων της φροντίδας και η αφιέρωση χρόνου κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων με τους ασθενείς (Gruß, Firemark, McMullen, Mayhew & DeBar, 2020).



Συμπερασματικά, υπάρχουν πολλές πτυχές που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και είναι επιτελική ανάγκη εύρεσής τους, ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο και το Σύστημα Υγείας κάθε χώρας, ώστε να παρθούν τα ανάλογα μέτρα, για την καλύτερη πρόοδο της υγείας των ασθενών.

Πρέπει όμως η σύγκριση να γίνεται μεταξύ χωρών με παρόμοια χαρακτηριστικά, ώστε να είναι έγκυρη και να υπάρχει επιστημονική αξιοπιστία και ως μέτρο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης HDI (Human Development Index), που προσδιορίζει τον βαθμό ανάπτυξης των βασικών ανθρωπίνων ικανοτήτων μίας χώρας και υπολογίζεται στις διαστάσεις της υγείας, της εκπαίδευσης και του εισοδήματος (Σούλης, 2015).

1.10 Οργανωσιακή κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας

Ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών οφείλεται στη θεωρητική και πρακτική αποδυνάμωση της οργανωσιακής κουλτούρας (Γούλα, 2014).

Ο όρος «οργανωσιακή κουλτούρα» εμπεριέχει ένα σύνολο εννοιών, οι οποίες για να διασαφηνιστούν, κρίνεται απαραίτητο να προσδιορισθεί εννοιολογικά η έννοια της κουλτούρας (culture) και η σχέση της με έναν οργανισμό. Συγκεκριμένα, ως κουλτούρα νοείται το σύνολο των αντιλήψεων εντός ενός δεδομένου φυσικού (π.χ. εργασιακό περιβάλλον) ή ψυχολογικού περιβάλλοντος, οι οποίες χαρακτηρίζουν μία κοινωνική ομάδα, η οποία συνήθως μοιράζεται και κοινές στάσεις ή/και συμπεριφορές. Επίσης, το σύστημα αξιών της εκάστοτε κουλτούρας είναι συλλογικά αποδεκτό και ερμηνεύει τις όψεις της ανθρώπινης έκφρασης (σκέψη, προσωπικότητα, αντιδράσεις, κτλ.) του συνόλου μιας ομάδας (Gjuraj, 2013).

Ως εκ τούτου, η κουλτούρα ενός οργανισμού χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις επιρροές και την αλληλεπίδραση σε νοηματικό και αντιληπτικό επίπεδο τόσο μεταξύ των εργαζομένων, όσο και μεταξύ των ίδιων με τον οργανισμό, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στο σχηματισμό μίας νέας αντίληψης, η οποία θα συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Συνεπώς, η κουλτούρα ενός οργανισμού επηρεάζει άμεσα τη δράση των εργαζομένων και τη μελλοντική τους συμπεριφορά και απόδοση, θέτοντας τη βάση για την περιγραφή οργανωσιακών



φαινομένων, τα οποία επηρεάζονται από την κοινωνική διάσταση ενός οργανισμού (Bigliardi, Dormio, Galati & Schiuma, 2012).

Λόγω του πολυδιάστατου εννοιολογικού χαρακτήρα της οργανωσιακής κουλτούρας, έχει διατυπωθεί ένα εύρος ορισμών, όπου όλοι όμως συγκλίνουν στην κοινή παραδοχή ότι αποτελεί ένα σύνολο από αξίες, αντιλήψεις, πεποιθήσεις και στάσεις, τις οποίες μοιράζονται οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού (Ravasi & Schultz, 2006).

Ένας ακόμα ορισμός για την οργανωσιακή κουλτούρα είναι αυτός των Claver, E., Lloris, J., Gonzalez, M. R. και Gasco, J. L. (2001), σύμφωνα με τον οποίο επιβεβαιώνεται πως η ίδια αποτελεί ένα σύνολο συμβόλων, αξιών και διαδικασιών, τα οποία είναι κοινά για τα μέλη μίας συγκεκριμένης ομάδας ενός οργανισμού και που σχετίζονται με την προσαρμογή των ενεργειών στην επίλυση των ζητημάτων που προκύπτουν, αλλά και της καθημερινής διαχείρισης. Συνεπώς, η οργανωσιακή κουλτούρα σχετίζεται άμεσα με την εσωτερική διαχείριση του εργασιακού περιβάλλοντος. Η γνώση της κουλτούρας του οργανισμού βοηθάει στην κατανόηση των αντιδράσεων των μελών του, στη συνεργασία τους και στην αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οργανισμού αυτού (Γούλα, 2014).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Schein (1992), η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ένα σύνολο βασικών παραδοχών, οι οποίες έχουν εφευρεθεί από ένα σύνολο ατόμων, ως αποτέλεσμα της προσπάθειάς τους να αντιληφθούν έναν αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Στη συνέχεια, αυτό το βέλτιστο μοτίβο συμπεριφοράς, στάσης, αντίληψης και αντιμετώπισης θεωρείται ως έγκυρο και μεταδίδεται στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος σκέψης και αντίληψης. Συνεπώς, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα δυναμικό φαινόμενο, το οποίο προκύπτει από την αλληλεπίδραση των εργαζομένων, αλλά και τη συμπεριφορά που προωθεί η εκάστοτε ηγεσία και περιλαμβάνει ένα σύστημα δομών, κανόνων, συνηθειών που προσαρμόζει και διαμορφώνει τη συμπεριφορά μας. Μπορεί όμως να γίνει και η βάση για την χειραγώγηση των μελών ενός οργανισμού ως προς τον τρόπο της αντίδρασης τους (Γούλα, 2014).



Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τους περισσότερους ακαδημαϊκούς συγγραφείς, ο πληρέστερος ορισμός της έννοιας «οργανωσιακής κουλτούρας» έχει δοθεί από τον E. Schein (Γούλα, 2014).

Όσον αφορά, την οργανωσιακή κουλτούρα στα δημόσια νοσοκομεία, ακολουθεί το γραφειοκρατικό μοντέλο, όπως άλλωστε και ολόκληρη η δημόσια διοίκηση. Βασίζεται στις ακόλουθες έξι (6) οργανωτικές διαστάσεις (Γούλα, 2014):

- της εξειδίκευσης,
- της κλίμακας της οργάνωσης,
- της μισθωτής εργασίας,
- της μοναδικότητας του προμηθευτή,
- της κρατικής χρηματοδότησης και
- της δημόσιας γραφειοκρατίας



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Δομές Κοινωνικής Φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση

Οι δομές Κοινωνικής Φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση καθιερώθηκαν από τον νόμο Ν.3463/2006 (ΦΕΚ 114/Α/2006) «Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων» και συμπληρωματικά με τον νόμο Ν.3852/2010 (ΦΕΚ 87/Α/2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης».

Ο τρόπος που θα λειτουργούν οι Δήμοι τα προγράμματα αυτά, αναφέρεται με κάθε λεπτομέρεια στο άρθρο 75 του νόμου Ν.3463/2006 (ΦΕΚ 114/Α/2006), με συμπληρωματικό άρθρο το άρθρο 94 του νόμου Ν.3852/2010 (ΦΕΚ 87/Α/2010) και τροποποιήθηκε με την παράγραφο 10 του άρθρου 44 του νόμου Ν.3979/2011 (ΦΕΚ 138/Α/2011) «Για την ηλεκτρονική διακυβέρνηση και λοιπές διατάξεις».

Σύμφωνα με το άρθρο 75 του νόμου Ν.3463/2006 (ΦΕΚ 114/Α/2006), οι Δήμοι είναι αρμόδιοι για την Κοινωνική Φροντίδα, στην οποία περιλαμβάνεται:

1. Κοινωνική Φροντίδα για την υποστήριξη της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, μέσω της ίδρυσης νομικών προσώπων, όπως είναι οι βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί, τα βρεφοκομεία, τα ορφανοτροφεία, τα κέντρα ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, τα Κ.Α.Π.Η. και τα γηροκομεία.
2. Κοινωνική Φροντίδα για την υποστήριξη των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων, μέσω της παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως είναι τα δημοτικά και κοινοτικά ιατρεία, τα κέντρα υποστήριξης και αποκατάστασης ΑμεΑ, τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα κέντρα συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και τα κέντρα πρόληψης κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών.
3. Κοινωνική Φροντίδα για την υποστήριξη των αστέγων και των δημοτών που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης, μέσω της παροχής χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης.
4. Κοινωνική Φροντίδα για την πρόληψη παραβατικότητας, μέσω της δημιουργίας Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης Παραβατικότητας και της



- εφαρμογής προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την πρόληψη της παραβατικότητας.
5. Κοινωνική Φροντίδα για την υποστήριξη των μεταναστών και των προσφύγων, των αθίγγανων και των παλιννοστούντων ομογενών, μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την ένταξή τους στην τοπική κοινωνία.
 6. Κοινωνική Φροντίδα για την ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης και του εθελοντισμού, μέσω της δημιουργίας τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών.

Βρεφικοί - Παιδικοί - Βρεφονηπιακοί σταθμοί

Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) ή διεθνώς Hellenic Agency for Local Development and Local Government, οι Δήμοι και οι Κοινότητες, σύμφωνα με την ανωτέρω νομοθεσία, μπορούν να ιδρύσουν Παιδικούς Σταθμούς με άδεια που εκδίδεται από τον οικείο Περιφερειάρχη, επίσης μπορεί να γίνει μεταβίβαση Παιδικών σταθμών σε Δήμους άνω των 5.000 κατοίκων. Ο νόμος Ν.2503/1997 (ΦΕΚ 107/Α/1997) «Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» ορίζει ότι μεταφέρονται Παιδικοί Σταθμοί (Nurseries) στους Δήμους με πληθυσμό άνω 4.000 κατοίκων και λειτουργούν ως δημοτικά και κοινωνικά νομικά πρόσωπα (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Με τον νόμο Ν.2880/2001 (ΦΕΚ 9/Α/2001) «Πρόγραμμα Πολιτεία για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις», αποφασίστηκε ότι τα κέντρα φύλαξης προσχολικής ηλικίας που ξεκίνησαν με τις διατάξεις Α.Ν. 1935 συμπεριλαμβάνονται στις αρμοδιότητες των Δήμων και των Κοινοτήτων με την έννοια δημοτικών και κοινοτικών νομικών προσώπων (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Με τον νόμο Ν.3852/2010 (ΦΕΚ 87/Α/2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης», πλέον λειτουργούν είτε ως οργανικές μονάδες των Δήμων, είτε ως Ν.Π.Δ.Δ. με διοίκηση και οικονομική αυτοτέλεια αλλά και ενιαία οργανωτική δομή, ανεξαρτήτως των παραρτημάτων που διαθέτουν εντός των διοικητικών ορίων των Δήμων όπου



δραστηριοποιούνται. Τα έσοδα τους συνίστανται στις αποδόσεις της Κεντρικής Διοίκησης και στα ίδια έσοδα (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Ακόμη παρέχεται η απαραίτητη ποιοτική και ποσοτική τροφή σύμφωνα με διατροφολόγο. Οι Δήμοι για αυτές τις δομές έθεσαν ως στόχο τη λειτουργία του προγράμματος «Εναρμόνιση Οικογενειακής και Επαγγελματικής ζωής» στο πλαίσιο του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού», στα πλαίσια του ΕΣΠΑ 2007-2013 (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Και για την Προγραμματική Περίοδο 2014-2020 συμμετέχουν στη δράση «Εναρμόνιση Οικογενειακής και Επαγγελματικής ζωής», η οποία εντάσσεται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθηση» (ΕΠΑΝΑΔΕΔΒΜ) (Human Resources Development, Education and Lifelong Learning) 2014-2020 του Υπουργείου Οικονομικών, Ανάπτυξης και Τουρισμού και συνδυάζεται στην πράξη 8 «Προώθηση της βιώσιμης απασχόλησης υψηλής ποιότητας και υποστήριξης της κινητικότητας των εργαζομένων» και στα 13 Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (Π.Ε.Π.) 2014-2020 που συνδυάζεται με τη πράξη 9 «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης, καταπολέμηση των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων» (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Ο αριθμός των έως σήμερα κατοχυρωμένων παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών, στη βάση δεδομένων της Ε.Ε.Τ.Α.Α. είναι 1736 οι οποίοι προέρχονται από 652 Δήμους και Κοινότητες. Παράλληλα έχουν καταγραφεί 190 Οργανισμοί Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών, που αντιστοιχούν σε 185 Ο.Τ.Α. Στους Οργανισμούς αυτούς είναι ενταγμένοι 934 σταθμοί (ποσοστό 54%). Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδικών σταθμών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (1526 σταθμοί), είναι Ν.Π.Δ.Δ ή παραρτήματα Ν.Π.Δ.Δ. Ως δημοτικές επιχειρήσεις λειτουργούν 162 Παιδικοί Σταθμοί, ενώ ένας μικρός αριθμός (36 σταθμοί) είναι ενταγμένοι στις υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. Εντοπίστηκαν επίσης 11 Παιδικοί Σταθμοί με διαφορετική νομική μορφή, όπως είναι τα δημοτικά ιδρύματα και τα σωματεία γονέων των Ο.Τ.Α (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Η κτηριακή υποδομή αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία λειτουργίας του Παιδικού Σταθμού. Σημαντικό ρόλο σ' αυτήν την περίπτωση παίζει το



ιδιοκτησιακό καθεστώς του κτηρίου που είναι εγκατεστημένος ο σταθμός, όχι μόνο γιατί μπορούν να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις, αλλά και γιατί επηρεάζει σημαντικά το κόστος λειτουργίας. Το ανησυχητικό στοιχείο, που παράλληλα σηματοδοτεί τις ανάγκες τόσο για Παιδικούς Σταθμούς, όσο και για σύγχρονη, ασφαλή και υγιεινή κτηριακή υποδομή, είναι ότι υπάρχουν 325 παιδικοί σταθμοί (19% επί του συνόλου) χωρίς υπαίθριους χώρους και 60 παιδικοί και βρεφονηπιακοί σταθμοί που δε διαθέτουν νιπτήρες ή τουαλέτες προσαρμοσμένες στην ηλικία των παιδιών που εξυπηρετούν (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Στους Παιδικούς και Βρεφονηπιακούς Σταθμούς, εξυπηρετούνται σήμερα περί τα 77.793 παιδιά, εκ των οποίων 71.057 νήπια και 6.736 βρέφη. Ειδικότερα, το σύνολο των εξυπηρετούμενων σήμερα βρεφών και νηπίων στους μεταβιβασθέντες Παιδικούς και Βρεφονηπιακούς Σταθμούς είναι 61.764 (58.305 νήπια και 3.459 βρέφη), ενώ πριν την μεταβίβασή τους στους Ο.Τ.Α, αυτό ήταν 55.326 (52.803 νήπια και 2.523 βρέφη). Εμφανίζεται λοιπόν μια αύξηση της τάξης του 10% στον αριθμό των εξυπηρετούμενων παιδιών μετά τη μεταβίβασή τους στους Ο.Τ.Α. Ένα πρόσθετο επιχείρημα ότι οι τοπικές υπηρεσίες παρέχονται αποτελεσματικότερα όταν μεταβιβάζονται στους Ο.Τ.Α, παρά τα λάθη, τις παραλήψεις και τις ανακολουθίες που παρατηρούνται και στην περίπτωση της μεταφοράς της συγκεκριμένης αρμοδιότητας (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Για την περίοδο 2021-2022, με τη Δράση «**Εναρμόνιση Οικογενειακής και Επαγγελματικής Ζωής**», γίνεται η παροχή θέσεων φροντίδας και φιλοξενίας σε βρέφη, νήπια, παιδιά και ΑμεΑ σε δημόσιους και ιδιωτικούς Βρεφικούς, Βρεφονηπιακούς, Βρεφονηπιακούς Σταθμούς Ολοκληρωμένης Φροντίδας, Παιδικούς Σταθμούς, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.) και Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία (Κ.Δ.Α.Π.Α. με Α.) (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.)

Στα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.) (Centres of Creative Activities for Children) προσφέρονται παροχές δημιουργικής απασχόλησης και διασκέδασης και αναψυχής, που αφορούν παιδιά ηλικίας 5-12 την ευκαιρία για συμμετοχή σε δραστηριότητες (φυσικής αγωγής, πολιτισμού, γνωστικές κλπ.) που



προάγουν την εσωτερική τους ωρίμανση δια μέσω δυνατών παρεμβάσεων και δυναμώνουν την ομαλή τους κοινωνικοποίηση δια μέσω της συλλογικής δραστηριότητας (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Αντιθέτως, οι υπηρεσίες διασκέδασης είναι σημαντικές για την ψυχολογική ωρίμανση των παιδιών και κυρίως αυτών που αντιμετωπίζουν μία δυσχέρεια στην καθημερινότητα λόγω οικονομικής στενότητας. Στόχος των Κ.Δ.Α.Π. είναι η ενεργητική ενασχόληση των νηπίων για μια περίοδο εντός της μέρας της ημέρας, μετά από τις υποχρεώσεις τους, η ορθή διαχείριση του ελεύθερου χρόνου με ομαδική ή άλλου είδους ενασχόληση σε συντονισμένες ομάδες διαδραστικών μαθημάτων, όπως επίσης και η εξυπηρέτηση των κηδεμόνων. Σκοπός είναι όλα τα νήπια να μπορούν να συμμετέχουν, να κάνουν παρέα και να ασχολούνται σε δραστηριότητες που τα κάνουν να χαμογελούν, σύμφωνα το στάδιο ανάπτυξης που βρίσκονται και αναπτύσσουν τις ικανότητες τους (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2021).

Βοήθεια στο Σπίτι

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (Aid at Home) εντάσσεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υπηρεσίας Κοινωνικής Φροντίδας και απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες της τρίτης ηλικίας και σε πολίτες με κινητικά προβλήματα, δίνοντας προτεραιότητα σε όσους διαμένουν μόνοι τους ή δεν τους φροντίζει η οικογένειά τους ή που έχουν χαμηλό εισόδημα που δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Συνολικά ωφελούνται από το πρόγραμμα 120.000 πολίτες.

Ξεκίνησε πιλοτικά τον Σεπτέμβριο του 1996 από τον Δήμο Περιστερίου βάσει της Κ.Υ.Α. Π4β/οικ.4514/1996 (ΦΕΚ 801/Β/1996), ένα χρόνο αργότερα επεκτάθηκε σε 102 Δήμους με οργανωμένα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και πλέον υφίσταται στους περισσότερους Δήμους της χώρας.

Το πρόγραμμα ήταν συγχρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Εσωτερικών έως το 2000, ενώ από το 2001 έως το 2011 το πρόγραμμα βρίσκεται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και παρέμεινε συγχρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Γ' Κ.Π.Σ.) και από εθνικούς πόρους. Από το 2011 και μετά το πρόγραμμα υλοποιείται αποκλειστικά από



εθνικούς πόρους από τους τακτικούς προϋπολογισμούς των Υπουργείων Εργασίας και Εσωτερικών, από πόρους ειδικής εισφοράς των ασφαλισμένων και από την εισφορά αλληλεγγύης (Περγάμαλη, 2006).

Σκοπός του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και των ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα, να συμβάλει στην αυτόνομη και αξιοπρεπή διαβίωση, να υποστηρίξει το οικογενειακό περιβάλλον των επωφελούμενων και τέλος να προωθήσει στην απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού. Το πρόγραμμα παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας, κοινωνικής εργασίας, ψυχολογικής υποστήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας και οικογενειακής οικιακής βοήθειας για την κάλυψη βασικών αναγκών ηλικιωμένων και ΑμεΑ.

Έχουν θεσπιστεί οικονομικά κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα, δίνοντας προτεραιότητα σε όσους διαμένουν μόνοι τους και σε όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Σύμφωνα με την παράγραφο Β, του άρθρου 138 του νόμου Ν.4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α/2012) θεσπίστηκε το πρόγραμμα «**κατ' οίκον φροντίδα Συνταξιούχων**», εποπτευόμενο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, με σκοπό την κατοχύρωση όλων των αναγκαίων συνθηκών για την αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων και των ΑμεΑ συνταξιούχων στην κατοικία τους, προκειμένου να αποφευχθεί η παραπομπή τους σε δομές κλειστής φροντίδας που θα οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό. Μέσω του προγράμματος παρέχεται κοινωνική εργασία, ψυχοκοινωνική στήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, οικιακή βοήθεια, ενημέρωση και διευκόλυνση της συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες. Ωφελούμενοι του προγράμματος είναι συγκεκριμένες κατηγορίες συνταξιούχων με βάση την ηλικία, το εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση και την κατάσταση της υγείας τους. Με την απόφαση υπ' αρ. Φ.80000/8786/1078 (ΦΕΚ 1240/Β/2012) του Υπουργείου Εργασίας τέθηκαν τα κριτήρια και η διαδικασία επιλογής των ωφελούμενων για την υλοποίηση του προγράμματος. Βάσει αυτής της απόφασης, είναι δικαιούχοι του προγράμματος οι συνταξιούχοι των φορέων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας καθώς και οι συνταξιούχοι



ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α., που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή αναπηρίας και έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον το 78^ο έτος της ηλικίας τους, διαβιούν μόνοι τους ή με σύζυγο ή με άλλο πρόσωπο που πληροί τις λοιπές προϋποθέσεις υπαγωγής στο πρόγραμμα, έχουν συνολικό ετήσιο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από την χαμηλότερη εισοδηματική κλίμακα που προβλέπεται για την παροχή του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (Ε.Κ.Α.Σ.) (Pensioner's Social Solidarity Benefit), είναι αδύνατη η αυτοεξυπηρέτησή τους ή κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών και δεν είναι δικαιούχοι επιδόματος απολύτου αναπηρίας, ή οποιουδήποτε άλλου επιδόματος συμπαράστασης από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

Σύμφωνα με το άρθρο 127 του νόμου Ν.4199/2013 (ΦΕΚ 216/Α/2013), θεσμοθετήθηκε το πρόγραμμα «**κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα**», εποπτευόμενο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων με σκοπό την κατοχύρωση όλων των αναγκαίων συνθηκών για την αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων και των ΑμεΑ στην κατοικία τους, προκειμένου να αποφευχθεί η παραπομπή τους σε δομές κλειστής φροντίδας που θα οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό. Μέσω του προγράμματος παρέχεται κοινωνική εργασία, ψυχοκοινωνική στήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, οικιακή βοήθεια, ενημέρωση και διευκόλυνση της συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες. Ωφελούμενοι του προγράμματος είναι, ομοίως με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», συγκεκριμένες κατηγορίες ανασφάλιστων ηλικιωμένων και ΑμεΑ, με βάση την ηλικία, το εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση και την κατάσταση της υγείας τους.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εφόσον στελεχώνεται από το αντίστοιχο προσωπικό και διαθέτει τον κατάλληλο εξοπλισμό, μπορεί να παρέχει επιπλέον και υπηρεσίες «**κατ' οίκον Νοσηλείας**», βάσει του άρθρου 127 του νόμου Ν.4199/2013 (ΦΕΚ 216/Α/2013), με σκοπό τη νοσηλεία και την ανάρρωση του ασθενούς στην οικεία του.

Ειδικά για την περίοδο της πανδημίας COVID-19, ο Ε.Ο.Δ.Υ. εξέδωσε στις 27 Νοεμβρίου 2020, αναλυτικές οδηγίες για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Καθιερώθηκε τηλεφωνική γραμμή εξυπηρέτησης σε κάθε Δήμο, η αγορά και διανομή των βασικών ειδών πρώτης ανάγκης και ειδών υγιεινής, των τροφίμων και των



φαρμάκων από τα Κοινωνικά Παντοπωλεία και από τα Κοινωνικά Φαρμακεία των Δήμων. Η ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη προτάθηκε να γίνεται μέσω τηλεφώνου ή συνδιασκέψεων στο διαδίκτυο και όχι δια ζώσης.

Σε πολλές χώρες της Ε.Ε. έχουν αναπτυχθεί παρόμοια προγράμματα που εφαρμόζονται είτε από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, είτε από μη κυβερνητικές οργανώσεις και λειτουργούν πρωτίστως ως μονάδες ιατροκοινωνικής φροντίδας, που συμβάλουν στην πρόληψη σε ζητήματα υγείας. Όπως και στην Ελλάδα, έτσι και στα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», καλύπτει ένα σημαντικό κενό ιατροκοινωνικών υπηρεσιών και αναπτύσσει δράσεις που υπερκαλύπτουν τους αρχικούς στόχους του προγράμματος. Σε πολλούς Δήμους, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί ως μία κινητή κοινωνική υπηρεσία που παρέχει διαμεθοδική κοινωνική εργασία και νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και κυρίως σε ηλικιωμένους ή ΑμεΑ (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

2.2 Δομές Καταπολέμησης της Φτώχειας

Οι Δομές Καταπολέμησης της Φτώχειας συγχρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και εξυπηρετούν τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού του κάθε Δήμου και κυρίως όσους βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. Οι Δήμοι με την παροχή χώρου, εξοπλισμού και προμηθειών, συνδράμουν στη λειτουργία των δομών καταπολέμησης της φτώχειας.

Για την περίοδο 2007-2013, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθηση» (ΕΠΑΝΑΔΕΔΒΜ) του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων, υλοποιήθηκε η δράση των «Κοινωνικών Δομών Άμεσης Αντιμετώπισης της Φτώχειας». Η Δράση περιελάμβανε Κοινωνικά Παντοπωλεία, Κοινωνικά Φαρμακεία, δομές συσσιτίων, κοινωνικούς λαχανόκηπους, τράπεζες χρόνου, γραφεία διαμεσολάβησης, υπνωτήρια αστέγων και κέντρα ημέρας αστέγων.

Για την περίοδο 2014-2020, χωρίστηκαν στις παρακάτω δύο (2) διακριτές πράξεις:



- **Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών** (δηλαδή Κοινωνικά Παντοπωλεία – συσσίτια και Κοινωνικά Φαρμακεία)
- **Δομές για αστέγους** (δηλαδή υπνωτήρια και κέντρα ημέρας)

Η δράση για τις Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών χρηματοδοτήθηκε κατά την προγραμματική περίοδο 2014-2020 από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο των 13 Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (Π.Ε.Π.) και πιο συγκεκριμένα από το Θεματικό Στόχο (Θ.Σ.) 9 «Πρόωθηση της κοινωνικής ένταξης, καταπολέμηση της φτώχειας και κάθε μορφής διακρίσεων» (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής, 2021).

Ωφελούμενοι των Δομών Παροχής Βασικών Αγαθών είναι όσοι διαμένουν μόνιμα στον Δήμο που λειτουργεί η Δομή, στους οποίους περιλαμβάνονται και οι νόμιμα διαμένοντες πολίτες ξένων χωρών, οι οποίοι βάσει των κριτηρίων επιλογής που θεσπίζει η Κοινωνική Υπηρεσία του οικείου δήμου, βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούνται από φτώχεια, όπως είναι ενδεικτικά οι ωφελούμενοι του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος (Ε.Ε.Ε.) και του Ταμείου Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (Τ.Ε.Β.Α.), ανασφάλιστα άτομα με πολύ χαμηλό ετήσιο εισόδημα, άτομα που διαθέτουν βιβλιάριο απορίας, κλπ. (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής, 2021).

Κάθε Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών εξυπηρετεί μηνιαίως και σε σταθερή βάση τουλάχιστον εκατό (100) οικογένειες, λειτουργεί με σταθερό ωράριο, είναι προσβάσιμη με τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, διαθέτει ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής και μέτρησης της απόδοσής της (εισερχόμενα προϊόντα, διατιθέμενα προϊόντα, αριθμός ωφελούμενων κλπ.) και είναι προσβάσιμη για ΑμεΑ. Για την εξασφάλιση της λειτουργίας των Δομών γίνονται ενέργειες για τη γνωστοποίηση της λειτουργίας της δομής στην ευρύτερη τοπική κοινωνία, για την προσέλκυση εθελοντών και για τη συνεργασία με τοπικές επιχειρήσεις για εξεύρεση δωρεών, χορηγιών κλπ. Επίσης υπάρχει διασύνδεση και συνεργασία με το Κέντρο Κοινότητας του οικείου Δήμου για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στους ωφελούμενους (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής, 2021).



Κοινωνικό Παντοπωλείο (Κ.Π.)

Είναι το κατάστημα που συλλέγει προϊόντα από την τοπική κοινωνία και τις τοπικές επιχειρήσεις και κατόπιν τα διανέμει σε ωφελούμενα άτομα που το έχουν ανάγκη. Τα προϊόντα αυτά είναι τρόφιμα, είδη παντοπωλείου συσκευασμένα, είδη ατομικής υγιεινής, κατεψυγμένα προϊόντα, είδη ένδυσης και υπόδησης, είδη οικιακού εξοπλισμού, παιχνίδια, βιβλία, cd - dvd, κλπ (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής, 2021).

Δομή παροχής συσσιτίων

Είναι η Δομή που συλλέγει προϊόντα από την τοπική κοινωνία και τις τοπικές επιχειρήσεις και κατόπιν τα διανέμει σε ωφελούμενα άτομα που το έχουν ανάγκη. Τα προϊόντα αυτά είναι γεύματα και εν γένει η σίτιση των ωφελούμενων, πληρώντας όλες τις υγειονομικές διατάξεις για την παρασκευή και τη διανομή του φαγητού.

Η κάθε Δομή μπορεί να λειτουργεί συγχρόνως ως Κοινωνικό Παντοπωλείο και Δομή παροχής συσσιτίου ή αποκλειστικά ως Κοινωνικό Παντοπωλείο ή αποκλειστικά ως Δομή παροχής συσσιτίου, ανάλογα από τις ανάγκες του πληθυσμού του κάθε Δήμου (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής, 2021).

Κοινωνικό Φαρμακείο (Κ.Φ.)

Είναι η Δομή που συλλέγει φάρμακα, υγειονομικό υλικό και παραφαρμακευτικά προϊόντα από την τοπική κοινωνία και τις τοπικές επιχειρήσεις και κατόπιν τα διανέμει σε ωφελούμενα άτομα που το έχουν ανάγκη (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής, 2021).

Κέντρο Κοινότητας (Κ.Κ.)

Είναι η Δομή που θεσμοθετήθηκε το 2016, υποστηρίζει τη Διεύθυνση Κοινωνικών Υπηρεσιών του κάθε Δήμου και παρέχει υπηρεσίες για την υποστήριξη των προγραμμάτων Κοινωνικής Πολιτικής που υλοποιούνται, όπως είναι η εφαρμογή του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος (Ε.Ε.Ε.), όπως καθορίστηκε από την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.53923/23-7-2021 (ΦΕΚ 3359/Β/2021), κατόπιν της μετονομασίας του από Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.), το πρόγραμμα του Ταμείου Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (Τ.Ε.Β.Α.), οι ρυθμίσεις του Ν. 4320/2015



για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης, η εφαρμογή ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης σε συνεργασία με τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) και την Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης, κλπ.

Η λειτουργία των Κέντρων Κοινότητας αποσκοπεί στην υποδοχή, εξυπηρέτηση και διασύνδεση των πολιτών με όλα τα κοινωνικά προγράμματα και υπηρεσίες που υλοποιούνται για την Αντιμετώπιση της Φτώχειας και αναλύονται στο επόμενο υποκεφάλαιο (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής, 2021).

2.3 Προγράμματα Κοινωνικής Πολιτικής

Τα κράτη μέλη της Ε.Ε. για την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού έχουν θεσπίσει ορισμένα προγράμματα, τα οποία είναι κοινά στα περισσότερα κράτη μέλη, αλλά με μικρές διαφοροποιήσεις σχετικά με τις παροχές και με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Τέτοια χαρακτηριστικά προγράμματα είναι το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (Ε.Ε.Ε.), το Επίδομα Στέγασης, το Επίδομα Παιδιού, το Επίδομα Γέννησης, το Επίδομα Αναδοχής, η Ενίσχυση σε Οικογένειες Ορεινών και Μειονεκτικών Περιοχών, το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων και το Πρόγραμμα Στέγαση και Εργασία για τους αστέγους.

Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (Ε.Ε.Ε.)

Ένα χαρακτηριστικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, είναι το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (Ε.Ε.Ε.) ή διεθνώς Guaranteed Minimum Income (G.M.I.). Σύμφωνα με την υπ' αρ. 92/441/ΕΟΚ σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 24^{ης} Ιουνίου 1992 σχετικά με τα κοινά κριτήρια που αφορούν την επάρκεια πόρων και παροχών στα συστήματα κοινωνικής προστασίας των χωρών της Ε.Ε., θεσπίστηκαν μέτρα εγγύησης ελάχιστων πόρων διαβίωσης, που οδήγησε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. να καθορίσουν το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα. Επειδή είναι αδύνατον να εφαρμοστεί ένα κοινό πρόγραμμα για όλα τα κράτη μέλη, σε κάθε κράτος καθιερώθηκε διαφορετικό Ε.Ε.Ε., ανάλογα με την Κοινωνική Πολιτική και την οικονομική κατάσταση έκαστης χώρας. Στις περισσότερες χώρες μέλη είναι υπεύθυνο το κράτος για τον καθορισμό των παροχών



και των κριτηρίων επιλεξιμότητας του Ε.Ε.Ε., αλλά σε άλλες χώρες είναι υπεύθυνη η Τοπική Αυτοδιοίκηση (πχ Ιταλία και Ισπανία) ή συνεργασία μεταξύ Τοπικής Αυτοδιοίκησης και κράτους (πχ Σουηδία).

Η βασική στόχευση του Ε.Ε.Ε. είναι η ουσιαστική παρέμβαση του κράτους σε όσους βρίσκονται ή απειλούνται από την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, μέσω της παροχής επαρκούς εισοδηματικής στήριξης για τους πολίτες. Το κράτος πρόνοιας εκάστου κράτους μέλους ορίζει και παρέχει ένα εισόδημα στους πολίτες του, που θεωρεί ότι θα ικανοποιήσει τις βασικές βιοτικές τους ανάγκες.

Τα προγράμματα των κρατών μελών της Ε.Ε. που εφαρμόζουν το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα διαφέρουν από χώρα σε χώρα, τόσο στην μορφή τους όσο και στο τρόπο χορήγησής τους. Τα προγράμματα όμως είναι στο σύνολό τους, εγγυημένα και μη συμμετοχικά και προσφέρονται σε καθολική βάση και όχι με βάση τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων. Τα άτομα πρέπει να το αιτηθούν και δεν τους προσφέρεται αυτόματα, ενώ το ύψος του εισοδήματος καθορίζεται από την νομοθεσία ή με κανόνες διοικητικού χαρακτήρα, με τρόπο ισότιμο για όλους (Μαραγκός & Αστρουλάκης, 2010).

Στην Ελλάδα τέθηκε σε πιλοτική λειτουργία το 2016 ως «**Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης**» (**Κ.Ε.Α.**) (Social Solidarity Income), όπου επιλέχθηκαν στην πρώτη φάση του 30 Δήμοι με βάση πληθυσμιακά κριτήρια και δείκτες που αφορούσαν την φτώχεια και την ανεργία. Το πρόγραμμα απευθυνόταν σε άτομα που ζούσαν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας και λειτούργησε συμπληρωματικά των εκάστοτε εθνικών πολιτικών αντιμετώπισης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, συνδυάζοντας την οικονομική ενίσχυση, την παροχή συμπληρωματικών κοινωνικών παροχών, αγαθών και υπηρεσιών και την ενεργοποίηση των ωφελούμενων, εφόσον μπορούν, στην αγορά εργασίας.

Για την πρώτη φάση του προγράμματος, το εγγυημένο ποσό ορίστηκε στα 200,00€ ανά μήνα για τα μονοπρόσωπα νοικοκυριά, με προσαύξηση 100,00€ ανά μήνα για κάθε επιπλέον ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και με προσαύξηση 50,00€ ανά μήνα για κάθε ανήλικο μέλος του νοικοκυριού. Το πρόγραμμα βασίστηκε σε τρεις πυλώνες:



- την εισοδηματική ενίσχυση,
- τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες κοινωνικής ένταξης, και
- τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ένταξης ή επανένταξης στην αγορά εργασίας

Οι όροι και οι προϋποθέσεις εφαρμογής της πρώτης φάσης του προγράμματος Κ.Ε.Α. καθορίστηκαν με την Κ.Υ.Α. Δ23/οικ.30299/2377/2016 (ΦΕΚ 2089/Β/2016), ενώ οι όροι και οι προϋποθέσεις εφαρμογής του προγράμματος Κ.Ε.Α. καθορίστηκαν με την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.33475/1935/2018 (ΦΕΚ 2281/Β/2018) και με την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.54653/2701/2018 (ΦΕΚ 4837/Β/2018). Το 2019 καθορίστηκαν οι ωφελούμενοι του προγράμματος παροχής οικονομικής βοήθειας και στέγασης ΕΣΤΙΑ που εντάσσονται στο Κ.Ε.Α. με την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.25150/557/2019 (ΦΕΚ 2194/Β/2019). Το 2020 καθορίστηκε η εφάπαξ προσαύξηση της εισοδηματικής ενίσχυσης των πολυπρόσωπων νοικοκυριών 100,00€ για το πρώτο ανήλικο μέλος και κατά 50,00€ για κάθε επόμενο ανήλικο μέλος και καθορίστηκε επίσης ότι η προσαύξηση δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 300,00€, με την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.16250/321/2020 (ΦΕΚ 1655/Β/2020).

Το 2021 έγινε η μετονομασία του προγράμματος, από Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.) σε **Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (Ε.Ε.Ε.)** (Guaranteed Minimum Income) με την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.53923/23-7-2021 (ΦΕΚ 3359/Β/2021). Ωφελούμενοι του Ε.Ε.Ε. είναι:

- κάθε μονοπρόσωπο νοικοκυριό, δηλαδή κάθε ενήλικο άτομο που διαμένει μόνο του σε κατοικία και δεν είναι φοιτητής έως 25 ετών,
- κάθε πολυπρόσωπο νοικοκυριό, δηλαδή τα άτομα που διαμένουν κάτω από την ίδια στέγη, στα οποία εντάσσονται και τα φιλοξενούμενα άτομα και τα ενήλικα τέκνα έως 25 ετών που είναι φοιτητές και
- κάθε άστεγος με την προϋπόθεση ότι έχει καταγραφεί από τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων ή των Κέντρων Κοινότητας ή κάνει χρήση Υπνωτηρίων, Ξενώνων Μεταβατικής Φιλοξενίας και Ξενώνων γυναικών θυμάτων βίας, που λειτουργούν στους Δήμους.

Εξαιρούνται από το Ε.Ε.Ε. και δεν θεωρούνται μέλη του νοικοκυριού όσοι φιλοξενούνται σε Μονάδες Κλειστής Φροντίδας, ή σε Στέγες Υποστηριζόμενης



Διαβίωσης, ή σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή είναι δικαιούχοι του προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του ν. 2716/1999, ή φιλοξενούνται σε Μονές, ή κρατούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα ή διαμένουν εκτός Ελλάδας.

Το Ε.Ε.Ε. είναι ένα προνοϊακό πρόγραμμα που βασίζεται στους ίδιους τρεις πυλώνες με το Κ.Ε.Α. και χορηγείται σε περίπου 273.000 ευάλωτα νοικοκυριά. Το εγγυημένο ποσό είναι επίσης το ίδιο με το Κ.Ε.Α. (200,00€ ανά μήνα για τα μονοπρόσωπα νοικοκυριά, προσαύξηση 100,00€ ανά μήνα για κάθε επιπλέον ενήλικο μέλος και προσαύξηση 50,00€ ανά μήνα για κάθε ανήλικο μέλος), αλλά με ανώτατο όριο εγγυημένου ποσού τα 900,00€ ανά μήνα, ανεξάρτητα από την σύνθεση του νοικοκυριού.

Στο άρθρο 3 της Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.53923/23-7-2021 (ΦΕΚ 3359/Β/2021) καθορίζονται τα κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα, που είναι αθροιστικά εισοδηματικά κριτήρια (καθορίζεται εξαμηνιαίο εισόδημα με βάση τη σύνθεση του κάθε νοικοκυριού), περιουσιακά κριτήρια (ακίνητη περιουσία, κινητή περιουσία και περιουσιακό τεκμήριο) και το κριτήριο διαμονής εντός της ελληνικής επικράτειας.

Η αίτηση ένταξης στο πρόγραμμα γίνεται ηλεκτρονικά, είτε από τον ίδιο τον δικαιούχο, είτε μέσω των Κέντρων Κοινότητας των Δήμων στους οποίους διαμένουν οι αιτούντες, από την ακόλουθη πλατφόρμα: <https://keaprogram.gr/> και στη συνέχεια για την οριστική υποβολή της αίτησης θα χρειαστεί να επισκεφθεί ο δικαιούχος τον Δήμο ή το Κέντρο Κοινότητας του Δήμου με τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Αν το συνολικό καταβαλλόμενο ποσό είναι μεγαλύτερο ή ίσο των 100,00€ ανά μήνα, το 50% δαπανάται αποκλειστικά μέσω χρήσης προπληρωμένης τραπεζικής κάρτας του δικαιούχου ώστε να χρησιμοποιηθεί για οποιαδήποτε αγορά ή πληρωμή, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα ανάληψης μετρητών από την προπληρωμένη τραπεζική κάρτα. Για το υπόλοιπο 50% υπάρχει η δυνατότητα ανάληψης μετρητών.

Το Ε.Ε.Ε. είναι αφορολόγητο, ακατάσχετο, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση, δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς το Δημόσιο, προς ιδιώτες ή προς πιστωτικά ιδρύματα και δεν υπολογίζεται στα εισοδηματικά όρια και στον



τρόπο υπολογισμού για την καταβολή οποιασδήποτε παροχής κοινωνικού ή προνοιακού χαρακτήρα.

Το Ε.Ε.Ε. χορηγείται από τον Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ο.Π.Ε.Κ.Α.) (Organization of Welfare Benefits and Social Solidarity). Ο Ο.Π.Ε.Κ.Α. επιχορηγείται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. 2/39549/0026 (ΦΕΚ 1138/Β/2015) «Καθορισμός δικαιολογητικών παροχής επιχορηγήσεων και χρηματοδοτήσεων σε Ν.Π.Δ. ή/και Ι.Δ. από πιστώσεις του Κρατικού Προϋπολογισμού». Ο Ο.Π.Ε.Κ.Α. στέλνει αίτημα επιχορήγησης στη Διεύθυνση Καταπολέμησης της Φτώχειας, της Γενικής Διεύθυνσης Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης και καταπολέμησης της φτώχειας, του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Η Διεύθυνση Καταπολέμησης της Φτώχειας εκδίδει πράξη έγκρισης δαπάνης και κατάσταση δαπάνης, τις οποίες διαβιβάζει στην Διεύθυνση Οικονομικής Διαχείρισης για έκδοση χρηματικού εντάλματος προς τον Ο.Π.Ε.Κ.Α.

Επίδομα Στέγασης

Με την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.10747/256/2019 (ΦΕΚ 792/Β/2019) καθορίστηκαν οι όροι και οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του προγράμματος Επιδόματος Στέγασης και αντικαταστάθηκαν με την Κ.Υ.Α. 71670/2021 (ΦΕΚ 4500/Β/2021). Το Επίδομα Στέγασης είναι ένα προνοιακό πρόγραμμα επιδότησης ενοικίου για τα νοικοκυριά που μισθώνουν την κύρια κατοικία τους.

Ωφελούμενοι του προγράμματος Επιδόματος Στέγασης είναι:

- κάθε μονοπρόσωπο νοικοκυριό, δηλαδή κάθε ενήλικο άτομο που διαμένει μόνο του σε κατοικία και δεν είναι φοιτητής έως 25 ετών,
- κάθε πολυπρόσωπο νοικοκυριό, δηλαδή τα άτομα που διαμένουν κάτω από την ίδια στέγη, στα οποία εντάσσονται τα φιλοξενούμενα άτομα, τα ενήλικα τέκνα έως 25 ετών που είναι φοιτητές και τα άτομα που τους έχει παραχωρηθεί μέρος ή νοικιάζουν μέρος της κύριας κατοικίας του νοικοκυριού.

Εξαιρούνται από το πρόγραμμα Επιδόματος Στέγασης όσα νοικοκυριά είναι ενταγμένα σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα επιδότησης ή κάλυψης ενοικίου, όσα



μισθώνουν μη ηλεκτροδοτούμενες κατοικίες ή μέρος κατοικίας, όσα μισθώνουν ως κατοικία, ακίνητο συγγενών πρώτου βαθμού, συζύγου ή πρώην συζύγου και όσα μισθώνουν κατοικία για την οποία είχε δηλωθεί παραχώρηση εντός των τριών τελευταίων ετών πριν την υποβολή της αίτησης στο πρόγραμμα.

Το ποσό του Επιδόματος Στέγασης ανέρχεται στα 70,00€ ανά μήνα για κάθε δικαιούχο, με προσαύξηση 35,00€ ανά μήνα για κάθε επιπλέον μέλος του νοικοκυριού, προσαύξηση 35,00€ ανά μήνα για κάθε μονογονεϊκή οικογένεια και προσαύξηση 35,00€ ανά μήνα για κάθε απροστάτευτο τέκνο. Ως ανώτατο όριο του Επιδόματος Στέγασης έχουν ορισθεί τα 210,00€ ανά μήνα ανεξάρτητα από την σύνθεση του νοικοκυριού.

Στο άρθρο 4 της Κ.Υ.Α. 71670/2021 (ΦΕΚ 4500/Β/2021) καθορίζονται τα κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα, που είναι αθροιστικά εισοδηματικά κριτήρια (καθορίζεται συνολικό εισόδημα με βάση τη σύνθεση του κάθε νοικοκυριού), περιουσιακά κριτήρια (ακίνητη περιουσία, κινητή περιουσία και περιουσιακό τεκμήριο) και το κριτήριο διαμονής εντός της ελληνικής επικράτειας κατά τα τελευταία πέντε έτη πριν από την υποβολή της αίτησης ένταξης.

Η αίτηση ένταξης στο πρόγραμμα γίνεται ηλεκτρονικά, είτε από τον ίδιο τον δικαιούχο, είτε μέσω των Κέντρων Κοινότητας των Δήμων στους οποίους διαμένουν οι αιτούντες, από την ακόλουθη πλατφόρμα: <https://www.epidomastegasis.gr/> και στη συνέχεια για την οριστική υποβολή της αίτησης θα χρειαστεί να επισκεφθεί ο δικαιούχος τον Δήμο ή το Κέντρο Κοινότητας του Δήμου με τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Το Επίδομα Στέγασης καταβάλλεται μηνιαίως με πίστωση σε τραπεζικό λογαριασμό του δικαιούχου. Χορηγείται από τον Ο.Π.Ε.Κ.Α. βάσει του πίνακα δικαιούχων που συντάσσει η Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε.. Ο Ο.Π.Ε.Κ.Α. επιχορηγείται για την καταβολή του Επιδόματος Στέγασης από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.

Το Επίδομα Στέγασης είναι αφορολόγητο, ακατάσχετο, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση, δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς το Δημόσιο, προς ιδιώτες ή προς πιστωτικά ιδρύματα και δεν υπολογίζεται στα εισοδηματικά όρια και



στον τρόπο υπολογισμού για την καταβολή οποιασδήποτε παροχής κοινωνικού ή προνοιακού χαρακτήρα, όπως του Ε.Ε.Ε. και του Επιδόματος Παιδιού του άρθρου 214 του νόμου Ν.4512/2018 (ΦΕΚ 5/Α/2018).

Επίδομα Παιδιού

Το Επίδομα Παιδιού καταβάλλεται από 1/1/2018 σύμφωνα με το άρθρο 214 του νόμου Ν.4512/2018 (ΦΕΚ 5/Α/2018) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις» και αντικατέστησε το Ενιαίο Επίδομα Στήριξης Τέκνων και το Ειδικό Επίδομα Τριτέκνων – Πολυτέκνων που χορηγούνταν από τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.). Το Επίδομα Παιδιού χορηγείται επίσης από τον Ο.Γ.Α.

Το Επίδομα Παιδιού καταβάλλεται βάσει του αριθμού των εξαρτώμενων τέκνων, του ισοδύναμου οικογενειακού εισοδήματος και της κατηγορίας ισοδύναμου οικογενειακού εισοδήματος. Το ισοδύναμο οικογενειακό εισόδημα είναι το συνολικό εισόδημα προ φόρων, μετά την αφαίρεση των ασφαλιστικών εισφορών, εξαιρουμένων των προνοιακών επιδομάτων που δεν προσμετρώνται στο φορολογητέο εισόδημα, διαιρούμενο με την κλίμακα ισοδυναμίας, όπως ορίζεται στην παρ. 4, του άρθρου 214, του Ν.4512/2018 (ΦΕΚ 5/Α/2018).

Οι οικογένειες που δικαιούνται το Επίδομα Παιδιού έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τρεις (3) κατηγορίες βάσει του ισοδύναμου οικογενειακού εισοδήματος. Για κάθε κατηγορία ισοδύναμου οικογενειακού εισοδήματος, προσδιορίζεται το ύψος του επιδόματος, σε σχέση με τα εξαρτώμενα τέκνα

- 1^η κατηγορία με εισόδημα έως 6.000,00€:
 - για το πρώτο εξαρτώμενο τέκνο 70,00€ ανά μήνα,
 - για το δεύτερο εξαρτώμενο τέκνο επιπλέον 70,00€ ανά μήνα,
 - για το τρίτο και κάθε εξαρτώμενο τέκνο πέραν του τρίτου, επιπλέον 140,00€ ανά μήνα
- 2^η κατηγορία με εισόδημα από 6.001,00€ έως και 10.000,00€:
 - για το πρώτο εξαρτώμενο τέκνο 42,00€ ανά μήνα,
 - για το δεύτερο εξαρτώμενο τέκνο επιπλέον 42,00€ ανά μήνα,



- για το τρίτο και κάθε εξαρτώμενο τέκνο πέραν του τρίτου, επιπλέον 84,00€ ανά μήνα
- 3^η κατηγορία με εισόδημα από 10.001,00€ έως και 15.000,00€.
 - για το πρώτο εξαρτώμενο τέκνο 28,00€ ανά μήνα,
 - για το δεύτερο εξαρτώμενο τέκνο επιπλέον 28,00€ ανά μήνα,
 - για το τρίτο και κάθε εξαρτώμενο τέκνο πέραν του τρίτου, επιπλέον 56,00€ ανά μήνα

Το Επίδομα Παιδιού χορηγείται σε όσους δικαιούχους διαμένουν εντός της ελληνικής επικράτειας κατά τα τελευταία πέντε έτη πριν από την υποβολή της αίτησης ένταξης και μπορεί να είναι Έλληνες πολίτες, ομογενείς αλλοδαποί, πολίτες κρατών μελών της Ε.Ε., αναγνωρισμένους πρόσφυγες που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα, ανιθαγενείς, δικαιούχους του ανθρωπιστικού καθεστώτος και σε πολίτες άλλων κρατών που διαμένουν νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα.

Η αίτηση για το Επίδομα Παιδιού υποβάλλεται ηλεκτρονικά από τη διεύθυνση: <https://www.idika.gr/epidomapaidiou/>

Το Επίδομα Παιδιού είναι αφορολόγητο, ακατάσχετο, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση, δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς το Δημόσιο, προς ιδιώτες ή προς πιστωτικά ιδρύματα και δεν υπολογίζεται στα εισοδηματικά όρια και στον τρόπο υπολογισμού για την καταβολή οποιασδήποτε παροχής κοινωνικού ή προνοιακού χαρακτήρα, όπως του Ε.Ε.Ε. και του Επιδόματος Στέγασης.

Επίδομα Γέννησης

Το Επίδομα Γέννησης καταβάλλεται από 1/1/2020 σύμφωνα με τον νόμο Ν.4659/2020 (ΦΕΚ 21/Α/2020). Αντιστοιχεί σε 2.000,00€ για κάθε παιδί που γεννιέται στην Ελλάδα και το καταβάλλεται στον διαμένοντα νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα που ασκεί την επιμέλεια του παιδιού. Καταβάλλεται από τον Ο.Π.Ε.Κ.Α. στους δικαιούχους σε δύο (2) ισόποσες δόσεις των 1.000,00€ έκαστη, λαμβάνοντας υπόψη το ισοδύναμο οικογενειακό εισόδημα. Το ισοδύναμο οικογενειακό εισόδημα είναι το συνολικό εισόδημα προ φόρων, μετά την αφαίρεση των ασφαλιστικών εισφορών, εξαιρουμένων των προνοιακών επιδομάτων που δεν προσμετρούνται στο



φορολογητέο εισόδημα, διαιρούμενο με την κλίμακα ισοδυναμίας, όπως ακριβώς ορίζεται και για τη χορήγηση του επιδόματος παιδιού.

Δικαιούχοι του Επιδόματος Γέννησης είναι όσοι έχουν ισοδύναμο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των 40.000,00€ ετησίως, τα παιδιά τους έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα και η μητέρα τους ή ο πατέρας τους ή το έτερο πρόσωπο, που ασκεί την επιμέλειά τους, διαμένει νόμιμα και μόνιμα στην Ελληνική Επικράτεια και είναι είτε Έλληνας πολίτης, είτε ομογενής αλλοδαπός, είτε πολίτης κράτους μέλους της Ε.Ε., είτε πολίτης τρίτης χώρας, ο οποίος διαμένει μόνιμα στην Ελλάδα τα τελευταία δώδεκα (12) έτη πριν από το έτος γέννησης του κάθε παιδιού.

Η αίτηση για το Επίδομα Γέννησης υποβάλλεται ηλεκτρονικά από τη διεύθυνση: <https://epidomagennisis.gr/>

Το Επίδομα Γέννησης είναι αφορολόγητο, ακατάσχετο, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση, δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς το Δημόσιο, προς ιδιώτες ή προς πιστωτικά ιδρύματα και δεν υπολογίζεται στα εισοδηματικά όρια και στον τρόπο υπολογισμού για την καταβολή οποιασδήποτε παροχής κοινωνικού ή προνοιακού χαρακτήρα, όπως του Ε.Ε.Ε., του Επιδόματος Στέγασης και του Επιδόματος Παιδιού του άρθρου 214 του νόμου Ν.4512/2018 (ΦΕΚ 5/Α/2018).

Επίδομα Αναδοχής

Κάθε ανήλικος που τοποθετείται σε μονάδες παιδικής προστασίας και φροντίδας ή πρόκειται να τοποθετηθεί σε ανάδοχο γονέα, είναι εγγεγραμμένος στο Εθνικό Μητρώο Ανηλίκων. Κάθε ανάδοχος γονέας είναι εγγεγραμμένος στο Εθνικό Μητρώο Υποψήφιων Αναδόχων Γονέων και κάθε ανήλικο τέκνο που τοποθετείται για αναδοχή είναι εγγεγραμμένο στο Εθνικό Μητρώο Εγκεκριμένων Αναδοχών Ανηλίκων. Στους αναδόχους γονείς και για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η αναδοχή, παρέχεται από τον Ο.Π.Ε.Κ.Α οικονομική ενίσχυση για την κάλυψη των αναγκών του ανηλίκου. Η οικονομική ενίσχυση δύναται να παρέχεται και μετά την ενηλικίωση του ανηλίκου, αν το άτομο που βρίσκεται σε καθεστώς αναδοχής είναι ΑμεΑ, αν είναι φοιτητής ή αν υπηρετεί την στρατιωτική του θητεία και μέχρι την ηλικία των 26 ετών. Στο άρθρο 12 του νόμου Ν.4538/2018 (ΦΕΚ 85/Α/2018) παρουσιάζονται οι παροχές και διευκολύνσεις σε ανάδοχους γονείς και στην Κ.Υ.Α.



Γ.Π.Δ11/οικ.31720/2021 (ΦΕΚ 2220/Β/2021) εξειδικεύεται η χορήγηση της οικονομικής ενίσχυσης αναδοχής.

Ο ανήλικος που βρίσκεται σε καθεστώς αναδοχής και για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η αναδοχή, έχει την ιατροφαρμακευτική ασφάλιση που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας του αναδόχου γονέα. Αν όμως ο ανάδοχος γονέας είναι ανασφάλιστος, ο ανήλικος που τοποθετείται σε ανάδοχο γονέα, έχει την ιατροφαρμακευτική ασφάλιση βάσει των διατάξεων που αφορούν στην υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Όσες παροχές και φάρμακα δεν καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα του αναδόχου γονέα, καλύπτονται από τον Ο.Π.Ε.Κ.Α. για την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ανηλίκου που βρίσκεται σε αναδοχή.

Πέραν της ιατροφαρμακευτικής ασφάλισης, ο ανήλικος που βρίσκεται σε καθεστώς αναδοχής και για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η αναδοχή εγγράφεται κατά προτεραιότητα και φοιτά δωρεάν στους παιδικούς και βρεφονηπιακούς σταθμούς των Ο.Τ.Α. του τόπου κατοικίας των αναδόχων γονέων, αλλά και φιλοξενείται κατά προτεραιότητα, στις παιδικές εξοχές και τα κέντρα οικογενειακών διακοπών.

Το ποσό του Επιδόματος Αναδοχής ανέρχεται στα 325,00€ μηνιαίως για παιδιά τυπικής ανάπτυξης και σε 375,00 € για παιδιά με μία πάθηση που προκαλεί οποιασδήποτε φύσης και ποσοστού αναπηρία. Για τα παιδιά με πάθηση, η οικονομική ενίσχυση αναδοχής προσαυξάνεται κατά το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης που χορηγείται λόγω της ένταξης του στα αναπηρικά προνοιακά προγράμματα, κατόπιν της πιστοποίησης από τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.).

Η αίτηση για το Επίδομα Αναδοχής υποβάλλεται ηλεκτρονικά από τον ανάδοχο γονέα, μέσω της ηλεκτρονικής εφαρμογής «Διαχείριση Αιτήσεων Οικονομικής Ενίσχυσης Αναδοχής», της Διαδικτυακής Πύλης www.anynet.gr του Πληροφοριακού Συστήματος Αναδοχής και Υιοθεσίας

Το Επίδομα Αναδοχής είναι αφορολόγητο, ακατάσχετο, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση και δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς το Δημόσιο, προς ιδιώτες ή προς πιστωτικά ιδρύματα.



Ενίσχυση σε Οικογένειες Ορεινών και Μειονεκτικών Περιοχών

Η εισοδηματική ενίσχυση σε Οικογένειες Ορεινών και Μειονεκτικών Περιοχών θεσπίστηκε στην παράγραφο 2, του άρθρου 27 του νόμου Ν.3016/2002 (ΦΕΚ 110/Α/2002), τροποποιήθηκε με το άρθρο 61 του νόμου Ν.4701/2020 (ΦΕΚ 128/Α/2020) και στην Κ.Υ.Α. Δ11/οικ.28711/1021 (ΦΕΚ 2882/Β/2020) εξειδικεύεται η χορήγηση της εισοδηματικής ενίσχυσης. Χορηγείται από τον Ο.Π.Ε.Κ.Α. σε οικογένειες, συμπεριλαμβανομένων των μονογονεϊκών οικογενειών, στις οποίες ένα τουλάχιστον μέλος είναι πολίτης της Ελλάδας ή οποιουδήποτε κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή οποιουδήποτε κράτους ανήκοντος στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο (Νορβηγία, Ισλανδία και Λιχτενστάιν) ή της Ελβετικής Συνομοσπονδίας.

Για την χορήγηση της εισοδηματικής ενίσχυσης θα πρέπει να ισχύει αθροιστικά ότι τα μέλη της οικογένειας είναι μόνιμοι κάτοικοι ορεινών και μειονεκτικών περιοχών τουλάχιστον δύο έτη πριν την υποβολή της αίτησης και ότι το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα δεν υπερβαίνει τα 4.700,00€.

Η αίτηση για την ενίσχυση υποβάλλεται άπαξ και ηλεκτρονικά από τον αιτούντα στην ηλεκτρονική εφαρμογή του Ο.Π.Ε.Κ.Α. ή μέσω των Κ.Ε.Π. από την ιστοσελίδα <https://oreina.epidomata.gov.gr/> Για τις εγκριθείσες αιτήσεις, η ενίσχυση εξακολουθεί να χορηγείται και σε κάθε επόμενο έτος, χωρίς να απαιτείται η υποβολή νέας αίτησης. Για τις απορριφθείσες αιτήσεις, ο αιτών δύναται να υποβάλει νέα αίτηση το επόμενο έτος.

Το ποσό της εισοδηματικής ενίσχυσης ανέρχεται σε 600,00€ ετησίως για όσους δικαιούχους έχουν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο ή ίσο των 3.000,00€ και σε 300,00€ ετησίως για όσους δικαιούχους έχουν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο των 3.000,00€ και μικρότερο των 4.700,00€.

Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων

Το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων θεσπίστηκε με το άρθρο 93 του νόμου Ν.4387/2016 (ΦΕΚ 85/Α/2016) και χορηγείται από τον Ο.Π.Ε.Κ.Α. για την προστασία των υπερηλίκων που δεν έχουν συγκεντρώσει τα απαραίτητα ασφαλιστικά έτη για την συνταξιοδότηση.



Όμως, από το 1982, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου Ν.1296/1982 (ΦΕΚ 128/Α/1982) «Για την ασφάλιση ανασφάλιστων ομάδων», θεσπίστηκε στον Ο.Γ.Α. ο «Ειδικός Λογαριασμός Συνταξιοδότησης Ανασφάλιστων Υπερήλικων», μέσω του οποίου χορηγούνταν σύνταξη και υγειονομική περίθαλψη σε Έλληνες υπηκόους και ομογενείς που πληρούσαν εισοδηματικές και άλλες συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Με τον νόμο Ν.4093/2012 (ΦΕΚ 222/Α/2012) «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016» μεταβλήθηκε το καθεστώς της χορήγησης και ορίστηκαν ως απαραίτητα κριτήρια ένταξης η ηλικία των 67 ετών, η διαμονή στην Ελλάδα για τα προηγούμενα είκοσι (20) έτη πριν από την υποβολή της αίτησης και η μη λήψη σύνταξης από την Ελλάδα ή το εξωτερικό. Με τον νόμο Ν.4387/2016 (ΦΕΚ 85/Α/2016) «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας - Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού - συνταξιοδοτικού συστήματος - Ρυθμίσεις» το επίδομα συμπεριλήφθηκε στην προνοιακή μέριμνα της ελληνικής Πολιτείας για τα ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Οι δικαιούχοι που λάμβαναν το επίδομα την παροχή από τον Ο.Γ.Α. βάσει του νόμου Ν.1296/1982 (ΦΕΚ 128/Α/1982), όπως τροποποιήθηκε με τον νόμο Ν.4093/2012 (ΦΕΚ 222/Α/2012), πριν από την ισχύ εφαρμογής του νόμου Ν.4387/2016 (ΦΕΚ 85/Α/2016), εξακολουθούν να λαμβάνουν την παροχή, σύμφωνα με το παλιό καθεστώς.

Δικαιούχοι είναι οι ανασφάλιστοι υπερήλικες και όσοι δεν πληρούν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης και έχουν συμπληρώσει το 67^ο έτος της ηλικίας τους, δεν λαμβάνουν σύνταξη από κράτος του εξωτερικού και δεν λαμβάνουν καμία ασφαλιστική ή προνοιακή παροχή από δημόσιο φορέα που να είναι μεγαλύτερη από το επίδομα (360,00€). Αν λαμβάνουν σύνταξη ή παροχή που είναι μικρότερη από το επίδομα, δικαιούνται να λάβουν το ποσό της διαφοράς που προκύπτει μετά την αφαίρεση του ποσού της σύνταξης ή της παροχής που λαμβάνουν από το επίδομα. Οι δικαιούχοι θα πρέπει επίσης να διαμένουν στην Ελλάδα για τα προηγούμενα δεκαπέντε (15) έτη πριν από την υποβολή της αίτησης ή να διέμεναν στην Ελλάδα για δεκαπέντε (15) έτη μεταξύ του 17^{ου} και του 67^{ου} έτους της ηλικίας τους, εκ των οποίων τα δέκα (10) έτη να ήταν συνεχόμενα πριν από την υποβολή της αίτησης και να εξακολουθούν να διαμένουν στην Ελλάδα και μετά τη λήψη του επιδόματος. Το συνολικό ετήσιο ατομικό φορολογητέο εισόδημά των δικαιούχων πρέπει να είναι



μικρότερο των 4.320,00€ ή να είναι μικρότερο των 8.640,00€ στη περίπτωση εγγάμων δικαιούχων. Η συνολική φορολογητέα αξία της ακίνητης περιουσίας σας των δικαιούχων πρέπει να είναι μικρότερη των 90.000,00€ και το τεκμήριο αντικειμενικής δαπάνης της κινητής περιουσίας να είναι μικρότερο των 6.000,00€.

Το πλήρες ποσό του επιδόματος ανέρχεται στα 360,00€ μηνιαίως και καταβάλλεται πλήρες για όσους πληρούν αθροιστικά τα ανωτέρω κριτήρια και διαμένουν στην Ελλάδα τουλάχιστον τριάντα πέντε (35) έτη. Μειώνεται κατά 1/35 για κάθε έτος που υπολείπεται των τριάντα πέντε (35) ετών διαμονής. Από την 1^η Ιανουαρίου του 2022, το επίδομα αυξάνεται με βάση ενός συντελεστή που διαμορφώνεται παράλληλα από τη μεταβολή του Α.Ε.Π. και από τη μεταβολή του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή του προηγούμενου έτους και δεν υπερβαίνει την ετήσια μεταβολή του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή. Το Επίδομα υπόκειται σε παρακράτηση φόρου και σε αναλογικό τέλος χαρτοσήμου υπέρ Ο.Γ.Α.

Η αίτηση για το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων υποβάλλεται μέσω του Κέντρου Κοινότητας του οικείου Δήμου. Οι δικαιούχοι που λαμβάνουν το επίδομα και δεν καλύπτονται οι παροχές υγείας τους από άλλη προνοιακή παροχή, δικαιούνται ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη από τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας.

Στέγαση και Εργασία για τους αστέγους

Με την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.42815/2021 (ΦΕΚ 2788/Β/2022) καθορίσθηκαν οι όροι και οι προϋποθέσεις υλοποίησης του προγράμματος με τίτλο «Στέγαση και Εργασία για τους αστέγους», το οποίο απευθύνεται σε όσους διαβιούν σε συνθήκες έλλειψης στέγης και έχει ως γενικό στόχο την εξάλειψη του φαινομένου της έλλειψης στέγης. Οι ειδικοί στόχοι του προγράμματος είναι η μετάβαση των αστέγων σε αυτόνομες μορφές διαβίωσης, η επανένταξή τους στην κοινωνία, η επανένταξη των ενηλίκων στην εργασία μέσω επιδοτούμενου προγράμματος και η συνέργεια μεταξύ των αρμόδιων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της έλλειψης στέγης.

Η αντιμετώπιση της έλλειψης στέγης και η μετάβαση σε αυτόνομες μορφές διαβίωσης επιτυγχάνεται με τους ακόλουθες τρεις (3) πυλώνες:



1. Την επιδότηση ενοικίου για είκοσι τέσσερις (24) μήνες, με την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών του νοικοκυριού (δαπάνες οικοσκευής και δαπάνες υπηρεσιών κοινής ωφέλειας και κοινοχρήστων).
2. Την κατάρτιση και την προώθηση στην εργασία μέσω επιδότησης εργασίας και επιδότησης ασφαλιστικών εισφορών για δώδεκα (12) μήνες, μέσω επιδότησης για τη δημιουργία νέας επιχείρησης, μέσω επιδότησης για την απόκτηση επαγγελματικών δεξιοτήτων, μέσω ένταξης στα προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. και σε Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας.
3. Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και διασύνδεσης με τις κοινωνικές παροχές μέσω υποστήριξης για την εύρεση στέγης και εργασίας, μέσω υποστήριξης για την υποβολή αιτήσεων στους αρμόδιες Δομές (Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κέντρα Κοινότητας), μέσω συμβουλευτικής υποστήριξης και μέσω συμμετοχής σε Δράσεις.

Το επιδοτούμενο ποσό ενοικίου ανέρχεται στα 250,00€ μηνιαίως για νοικοκυριά με ένα μέλος, στα 300,00€ μηνιαίως για νοικοκυριά με δύο μέλη και στα 350,00€ μηνιαίως για νοικοκυριά με περισσότερα από τρία μέλη. Το επιδοτούμενο ποσό για την κάλυψη των δαπανών οικοσκευής ανέρχεται στα 1.000,00€ εφάπαξ για νοικοκυριά με ένα μέλος, στα 1.100,00€ εφάπαξ για νοικοκυριά με δύο μέλη και στα 1.300,00€ εφάπαξ για νοικοκυριά με περισσότερα από τρία μέλη. Το επιδοτούμενο ποσό για την κάλυψη των δαπανών υπηρεσιών κοινής ωφέλειας και κοινοχρήστων ανέρχεται στα 1.000,00€ εφάπαξ για νοικοκυριά με ένα μέλος, στα 1.100,00€ εφάπαξ για νοικοκυριά με δύο μέλη και στα 1.300,00€ εφάπαξ για νοικοκυριά με περισσότερα από τρία μέλη.

Αρμόδιο για την παρακολούθηση του Προγράμματος είναι το Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού (Ε.Ι.Ε.Α.Δ.) (National Institute of Labour and Human Resources), υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.

2.4 Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ο.Π.Ε.Κ.Α.)

Με τον νόμο Ν.4520/2018 (ΦΕΚ 30/Α/2018) ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.), μετονομάστηκε σε Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και



Κοινωνικής Αλληλεγγύης (**Ο.Π.Ε.Κ.Α.**) (Organisation of Welfare Benefits and Social Solidarity) και αποτελεί τον ενιαίο φορέα που υλοποιεί τις πολιτικές του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Είναι Ν.Π.Δ.Δ. που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.

Σκοπός του Ο.Π.Ε.Κ.Α. είναι η χορήγηση των επιχορηγούμενων από τον Κρατικό Προϋπολογισμό προνοιακών παροχών, οικονομικών ενισχύσεων, κοινωνικών υπηρεσιών για την οικονομική στήριξη και την κοινωνική ένταξη των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων όπως αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο, η υλοποίηση των προγραμμάτων Κοινωνικής Πολιτικής και η χορήγηση παροχών και υπηρεσιών του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας (Λ.Α.Ε.).

Ο Ο.Π.Ε.Κ.Α. χορηγεί και διαχειρίζεται τα ακόλουθα προγράμματα Κοινωνικής Πολιτικής, όπως αναλύθηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο:

- **Το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (Ε.Ε.Ε.)**, όπως καθορίστηκε από την Κ.Υ.Α. Δ13/οικ.53923/23-7-2021 (ΦΕΚ 3359/Β/2021), κατόπιν της μετονομασίας του από Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.),
- **Το Επίδομα Στέγασης** της Κ.Υ.Α. 71670/2021 (ΦΕΚ 4500/Β/2021),
- **Το Επίδομα Παιδιού** του άρθρου 214 του νόμου Ν.4512/2018 (ΦΕΚ 5/Α/2018),
- **Το Επίδομα Γέννησης** του νόμου Ν.4659/2020 (ΦΕΚ 21/Α/2020),
- **Το Επίδομα Αναδοχής** του άρθρου 12 του νόμου Ν.4538/2018 (ΦΕΚ 85/Α/2018) και της Κ.Υ.Α. Γ.Π.Δ11/οικ.31720/2021 (ΦΕΚ 2220/Β/2021),
- **Την Ενίσχυση σε Οικογένειες Ορεινών και Μειονεκτικών Περιοχών** της παρ. 2, του άρθρου 27 του νόμου Ν.3016/2002 (ΦΕΚ 110/Α/2002), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 61 του νόμου Ν.4701/2020 (ΦΕΚ 128/Α/2020) και με την Κ.Υ.Α. Δ11/οικ.28711/1021 (ΦΕΚ 2882/Β/2020)
- **Το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων** του άρθρου 93 του νόμου Ν.4387/2016 (ΦΕΚ 85/Α/2016),
- Κάθε άλλη παροχή, όπως είναι η κάρτα μετακίνησης των πολυτέκνων, η ασφαλιστική ικανότητα και τα έξοδα κηδείας σε περίπτωση θανάτου, οι παροχές και υπηρεσίες του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας (Λ.Α.Ε.) κλπ.,



Επιπροσθέτως, ο Ο.Π.Ε.Κ.Α. χορηγεί και διαχειρίζεται τις ακόλουθες παροχές Κοινωνικής Πολιτικής, σε ΑμεΑ:

- Το επίδομα κίνησης σε παραπληγικούς, τετραπληγικούς και ακρωτηριασμένους,
- Το διατροφικό επίδομα σε νεφροπαθείς, μεταμοσχευμένους καρδιάς, ήπατος κ.λπ.,
- Την οικονομική ενίσχυση ατόμων με βαριά αναπηρία,
- Την οικονομική ενίσχυση ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση,
- Την οικονομική ενίσχυση παραπληγικών – τετραπληγικών και ακρωτηριασμένων,
- Την ενίσχυση ατόμων με συγγενή αιμολυτική αναιμία ή συγγενή αιμορραγική διάθεση, AIDS,
- Την οικονομική ενίσχυση κωφών και βαρήκοων ατόμων,
- Την οικονομική ενίσχυση ατόμων με αναπηρία όρασης,
- Την οικονομική ενίσχυση ατόμων με εγκεφαλική παράλυση,
- Την εισοδηματική ενίσχυση ασθενών και αποθεραπευμένων χανσενικών και μελών των οικογενειών τους

2.5 Κοινωνική Πολιτική στην Ε.Ε.

Η Συνθήκη της Λισαβόνας, που υπογράφηκε στις 13 Δεκεμβρίου 2007 στη σύνοδο κορυφής της Λισαβόνας και τέθηκε σε ισχύ στα τέλη του 2009, θέτει ουσιαστικά τα θεμέλια του κοινωνικού προσανατολισμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της προώθησης της κοινωνικής οπτικής στις ασκούμενες πολιτικές. Μάλιστα στο κείμενο για την προετοιμασία του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου (European Council) τονίζεται ότι το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο πρέπει να διασφαλίζει ρεαλιστικά συνταξιοδοτικά προγράμματα και κοινωνική σταθερότητα (Οικονόμου & Φερώνας, 2006).

Θέτει ως στόχους την καταπολέμηση των κοινωνικών φαινομένων όπως οι έμφυλλες διακρίσεις, η ανεργία, η ξενοφοβία, οι πράξεις κατά Ατόμων με Αναπηρίες (ΑμεΑ), η ανεργία, κ.α., που οδηγούσαν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Τα κράτη μέλη λοιπόν θέτουν για πρώτη φορά ως στόχο, όχι μόνο την μείωση της φτώχειας, αλλά



και την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Τέθηκαν θέματα ίσων ευκαιριών, κοινωνικής και ατομικής ευημερίας και μέγιστης πρόσβασης στις Κοινωνικές Υπηρεσίες. Τα κράτη μέλη υποχρεούνται πλέον να υποβάλουν τις δράσεις τους για την Κοινωνική Πολιτική και να δημιουργούν εθνικά σχέδια δράσης (Οικονόμου & Φερόνας, 2006).

Πέραν του οικονομικού και περιβαλλοντικού πυλώνα της Στρατηγικής της Λισσαβόνας, υπάρχει και ο κοινωνικός πυλώνας με απώτερο σκοπό τον εκσυγχρονισμό του κοινωνικού μοντέλου, την επένδυση σε ανθρώπινους πόρους και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Τα κράτη μέλη καλούνται να εφαρμόσουν πολιτικές που αφορούν την εκπαίδευση, τη δημιουργία θέσεων εργασίας, τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων Κοινωνικής Πολιτικής, την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού.

Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (Ε.Κ.Π.)

Στο άρθρο 160 της Σ.Λ.Ε.Ε., αναφέρεται ότι το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο κατόπιν διαβούλευσης με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ιδρύει μία συμβουλευτική Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (Ε.Κ.Π.) ή διεθνώς Social Protection Committee (S.P.C.), με σκοπό την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών και της Ε.Ε. για τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των κρατών μελών και με την Επιτροπή (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2017).

Η Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας απαρτίζεται από δύο αντιπροσώπους από κάθε κράτος μέλος και από την Επιτροπή και ουσιαστικά αποτελεί φόρουμ ανταλλαγής γνώσεων μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής για την κοινωνική ένταξη, την υγειονομική περίθαλψη, τη μακροχρόνια περίθαλψη και τις συντάξεις (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2017).

Στην ετήσια έκθεση της Ε.Κ.Π. για το 2021, που δημοσιεύτηκε στις 23 Νοεμβρίου 2021 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, αποτυπώνονται οι δράσεις που έλαβαν τα κράτη μέλη της Ε.Ε. για την προστασία της απασχόλησης, του εισοδήματος και της πρόσβασης σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19. Η έκθεση διαπιστώνει ότι οι θετικές



εξελίξεις στην κοινωνική κατάσταση των πολιτών της Ε.Ε. μέχρι τις αρχές του 2020 διακόπηκαν απότομα και ανατράπηκαν από την πανδημία, καθώς εφαρμόστηκαν σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. περιοριστικά μέτρα για την καταπολέμηση της εξάπλωσης της COVID-19 και την προστασία της υγείας των πολιτών. Διαπιστώθηκε ότι τα συστήματα κοινωνικής προστασίας ήταν ο κύριος παράγοντας για τη στήριξη του εισοδήματος των νοικοκυριών, ότι τα επιδόματα που διατέθηκαν μετρίασαν την συνολική πτώση του εισοδήματος των νοικοκυριών το 2020 και ότι οι Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας αναμένεται να παραμείνουν υπό πίεση βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Αν και η συνολική κατάσταση βελτιώθηκε το 2021 και στις αρχές του 2022, καθώς η Ε.Ε. ανακάμπτει από την πανδημική κρίση, εξακολουθεί να υφίσταται ανάγκη αντιμετώπισης των μακροπρόθεσμων κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας, δηλαδή τα κράτη μέλη θα πρέπει να συνεχίσουν να δίνουν προτεραιότητα σε μέτρα για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων εισοδηματικών ανισοτήτων, καθώς και για την ενίσχυση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Πολιτικής (ESPN)

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Πολιτικής ή διεθνώς European Social Policy Network (ESPN) αποτελεί μέρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και ιδρύθηκε το 2014 ώστε να παρέχει πληροφορίες, συμβουλές και αναλύσεις σε θέματα κοινωνικής πολιτικής στην Ε.Ε., σε γειτονικές χώρες και σε τρίτες χώρες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Το ESPN υποστηρίζει την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην παρακολούθηση της προόδου προς τους στόχους κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης, όπως αυτοί ορίζονται στην στρατηγική «Ευρώπη 2020», συμπεριλαμβανομένης της άρσης τουλάχιστον 20 εκατομμυρίων ανθρώπων από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, και στο Ευρωπαϊκό Εξάμηνο. Το ESPN παρέχει στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή μια ολοκληρωμένη επισκόπηση των πολιτικών κοινωνικής προστασίας (όπως οι συντάξεις, η υγειονομική περίθαλψη και η μακροχρόνια περίθαλψη) και εντοπίζει τομείς που χρειάζονται περισσότερο περαιτέρω κοινωνικές επενδύσεις (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).



Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού (Α.Μ.Σ.)

Την δεκαετία του 1990 δημιουργήθηκε η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού (Α.Μ.Σ.) ή διεθνώς Open Method of Coordination (Ο.Μ.Σ.), που παρέχει ένα νέο πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε., με αντικείμενο τη σύγκλιση των εθνικών πολιτικών, προκειμένου να επιτευχθούν ορισμένοι κοινοί στόχοι. Πρόκειται για μια μορφή μη δεσμευτικού δικαίου, το οποίο δεν υποχρεώνει τα κράτη μέλη να το προβλέψουν, ούτε να τροποποιήσουν τις εθνικές νομοθεσίες τους. Η Α.Μ.Σ. εφαρμόζεται σε τομείς όπως η απασχόληση, η Κοινωνική Προστασία, η εκπαίδευση και η επαγγελματική κατάρτιση και βασίζεται κατά κύριο λόγο στον από κοινού προσδιορισμό των προς επίτευξη στόχων που αποφασίζονται από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, σε μέσα μέτρησης που έχουν οριστεί από κοινού (στατιστικές, δείκτες, κατευθυντήριες γραμμές), στη συγκριτική αξιολόγηση, δηλαδή στη σύγκριση των επιδόσεων των κρατών μελών και στην ανταλλαγή των βέλτιστων πρακτικών υπό την εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Στο πλαίσιο αυτής της διακυβερνητικής μεθόδου, τα κράτη μέλη αξιολογούνται από άλλα κράτη μέλη («άσκηση πίεσης από ομότιμους») και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει μόνον εποπτικό ρόλο. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (European Parliament) και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο (European Court of Justice) δεν συμμετέχουν στη διαδικασία της Α.Μ.Σ. (Επίσημος ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2021).

Το 2005 οριοθετήθηκαν οι τρεις (3) διαδικασίες συντονισμού που είναι η κοινωνική ένταξη, οι επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις και η υψηλής ποιότητας βιώσιμη υγειονομική περίθαλψη. Το 2008 η Ε.Ε. μετονόμασε την Α.Μ.Σ. σε «Κοινωνική Α.Μ.Σ.», καθώς την θεωρεί θεμελιώδες εργαλείο της κοινωνικής ανάπτυξης στην Ε.Ε. (Σούλης, 2015).

Στο άρθρο 151 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σ.Λ.Ε.Ε.) (Treaty on the Functioning of the European Union) περιγράφονται οι στόχοι της Κοινωνικής Πολιτικής της Ε.Ε., που είναι η προώθηση της απασχόλησης, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και διαβίωσης, η ίση μεταχείριση των εργαζόμενων, η επαρκής κοινωνική προστασία σύμφωνα με τις ανάγκες, ο κοινωνικός διάλογος, η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού με στόχο την επίτευξη ενός υψηλού και βιώσιμου επιπέδου απασχόλησης, καθώς και η καταπολέμηση του



αποκλεισμού. Εκτός αυτού, το άρθρο 6 της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση (Σ.Ε.Ε.) (Treaty on European Union) παρέχει έναν δεσμευτικό χαρακτήρα στα κοινωνικά δικαιώματα του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. (EU Charter of Fundamental Rights), η διακήρυξη του οποίου έγινε στις 7 Δεκεμβρίου 2000 κατά τη διάρκεια του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Νίκαιας.

Επιπρόσθετα το άρθρο 9 της Σ.Λ.Ε.Ε. προβλέπει μια κοινωνική ρήτρα η οποία λαμβάνεται υπόψη για την εφαρμογή των πολιτικών και των δράσεων της Ε.Ε. και αφορά κοινωνικές απαιτήσεις, όπως είναι η προώθηση ενός υψηλού επιπέδου απασχόλησης, η εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας, η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, η παροχή ενός υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης, κατάρτισης και προστασίας της ανθρώπινης υγείας.

Οι στόχοι της Α.Μ.Σ. για την κοινωνική ένταξη είναι η προώθηση της κοινωνικής συνοχής, της ισότητας ανδρών και γυναικών, των ίσων ευκαιριών για όλους, της οικονομικής ανάπτυξης, της δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και της διαφάνειας. (Σούλης, 2015).

Η άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής αποτελεί κυρίως αρμοδιότητα των κρατών μελών της Ε.Ε. Για ορισμένες πτυχές, ωστόσο, υπάρχει επιμερισμένη αρμοδιότητα με την Ε.Ε. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο μπορούν να εγκρίνουν μέτρα ενθάρρυνσης, με σκοπό να ενισχύσουν και να συμπληρώσουν τη δράση των κρατών μελών της Ε.Ε. ή να καθορίσουν τις ελάχιστες απαιτήσεις με τη μορφή οδηγιών, δηλαδή νομοθετικών πράξεων, οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα στις χώρες της Ε.Ε. να εγκρίνουν επιπλέον αυστηρότερες διατάξεις. Τέτοιου είδους οδηγίες αφορούν αποκλειστικά τους τομείς της εργασίας (όρους εργασίας, υγεία, ασφάλεια εργαζομένων, κοινωνική ασφάλιση, κοινωνική προστασία, ενημέρωση, συλλογική εκπροσώπηση και προστασία εργαζομένων), τις εργασιακές συνθήκες των νόμιμα διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών, την κατανόηση των περιθωριοποιημένων από τις δουλειές ανθρώπινου δυναμικού και την ίδια αντιμετώπιση στα δυο φύλα.

Η καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού εμπίπτει κυρίως στις αρμοδιότητες των εκάστοτε εθνικών κυβερνήσεων με την Ε.Ε. να μπορεί



να έχει καθοριστικό ρόλο, χορηγώντας χρηματοδοτήσεις και αναδεικνύοντας τις ορθές πρακτικές και νομοθετώντας κανόνες. Για την καλύτερη επίτευξη των στόχων και την ορθότερη άσκηση της Κοινωνικής Πολιτικής χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία και μέθοδοι που καθορίζουν το εύρος και το αντικείμενο των πολιτικών.

Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού

Το 2010 δημιουργήθηκε η Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού ή διεθνώς European Platform against Poverty and Social Exclusion, που στόχευε στην μείωση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού περίπου 20.000.000 ανθρώπων. Αναφέρονταν για μια οικονομική ανάπτυξη που θα είχε έξυπνο βιώσιμο και χωρίς αποκλεισμούς χαρακτήρα, με επενδύσεις στην έρευνα και την καινοτομία, με βιομηχανία φιλική στο περιβάλλον, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο νέες θέσεις εργασίας και μειώνοντας την ανεργία και τον κοινωνικό αποκλεισμό (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Η πλατφόρμα στην ουσία ήταν μέρος της στρατηγικής «**Ευρώπη 2020**», (Europe 2020), που αποτέλεσε πρόγραμμα Κοινωνικής Προστασίας της Ε.Ε για την περίοδο 2010-2020 και είχε σχεδιαστεί με τρόπο όπου επιτρέπει την συνεργασία διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, μεταξύ των οποίων οι εθνικές κυβερνήσεις, τα θεσμικά όργανα της Ε.Ε., οι περιφερειακές και τοπικές αρχές, ιδιωτικές πρωτοβουλίες (όπως Μ.Κ.Ο.), αλλά και τα ίδια τα άτομα που βρίσκονται υπό συνθήκες φτώχειας. Η συνεργασία στοχεύει στην ανάπτυξη πανευρωπαϊκών πολιτικών που έχουν να κάνουν με την κοινωνική ένταξη, που είναι οι πολιτικές της πρόσβασης στην απασχόληση, σε βασικές υπηρεσίες, στην τεχνολογία της πληροφορίας και την κοινωνική προστασία, στην εκπαίδευση, των μεταναστών και των ατόμων που υφίστανται διακρίσεις (μειονότητες, άστεγοι, ΑμεΑ) (Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, 2020).

Εν συντομία οι πρωταρχικοί στόχοι που έθεσε η στρατηγική «**Ευρώπη 2020**» αφορούσαν την απασχόληση, την έρευνα, την μείωση της φτώχειας, την εκπαίδευση και την κλιματική αλλαγή. Ως πρωταρχικός τομέας δράσης της Ευρωπαϊκής πλατφόρμας για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού



τέθηκε η ορθολογική διαχείριση των Ευρωπαϊκών κονδυλίων που αφορούν την Κοινωνική Πολιτική (Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, 2020).

Ευρωπαϊκό Εξάμηνο

Στις 17 Ιουνίου του 2010 εγκρίθηκε επίσημα η ιδέα του Ευρωπαϊκού Εξαμήνου (European Semester), από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (European Council), το οποίο επί της ουσίας ήταν προϊόν της οικονομικής κρίσης, ενώ απώτερος σκοπός του είναι ο συντονισμός της οικονομικής και δημοσιονομικής πολιτικής των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κατ' επέκταση της νέας ευρωπαϊκής οικονομικής διακυβέρνησης. Το πρώτο Ευρωπαϊκό Εξάμηνο έλαβε χώρα το 2011 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Η οργάνωση της εφαρμογής της δημοσιονομικής πολιτικής πραγματοποιείται σε ετήσια βάση και αποτελείται από δύο εξάμηνα: Στο πρώτο εξάμηνο η Επιτροπή αναλύει τα σχέδια πολιτικής που έχουν κατατεθεί από τα κράτη μέλη, εφόσον έχουν δοθεί οι απαραίτητες κατευθύνσεις και εν συνεχεία κάθε χώρα λαμβάνει συγκεκριμένες συστάσεις τις οποίες και καλείται να εφαρμόσει κατά το δεύτερο εξάμηνο. Η διαδικασία αυτή απαντά στο ερώτημα αν οι εθνικές στρατηγικές είναι συναφείς με τις αρχές της Στρατηγικής «Ευρώπη 2020» και τους κανόνες του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΣΣΑ) (Stability and Growth Pact) που θεσπίστηκε το 1997 κατά την τρίτη φάση της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Συμβούλιο Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών (EPSCO)

Με το άρθρο 160 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σ.Λ.Ε.Ε.) ιδρύθηκε μια συμβουλευτική επιτροπή πολιτικής της Ε.Ε. για τους υπουργούς Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων, με σκοπό να παρακολουθεί τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας στα κράτη μέλη, το Συμβούλιο Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council configuration), γνωστό και ως συμβούλιο EPSCO (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2022).

Συνεδριάζει συνήθως τέσσερις φορές ετησίως, ενώ δύο από τις συνόδους αφορούν αποκλειστικά θέματα που σχετίζονται με την απασχόληση και την



Κοινωνική Πολιτική. Πρόεδρος του συμβουλίου EPSCO είναι ο αρμόδιος για τους τομείς αρμοδιότητας του EPSCO υπουργός του κράτους μέλους που έχει την Προεδρία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2022).

Αναφέρει σχετικά με την κοινωνική ένταξη, την υγειονομική περίθαλψη, τη μακροχρόνια περίθαλψη και τις συντάξεις στο πλαίσιο της κοινωνικής Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού (Α.Μ.Σ.) και προάγει τη συζήτηση και το συντονισμό των πολιτικών προσεγγίσεων μεταξύ των εθνικών κυβερνήσεων και της Επιτροπής. Επίσης, προετοιμάζει τις συζητήσεις του Συμβουλίου σχετικά με την Κοινωνική Προστασία και τις ειδικές ανά χώρα συστάσεις στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Εξαμήνου. Παράγει, επίσης, εκθέσεις και γνωμοδοτήσεις με δική της πρωτοβουλία ή κατόπιν αιτήσεως του Συμβουλίου ή της Επιτροπής (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2022).

Οι βασικοί στόχοι του συμβουλίου EPSCO επικεντρώνονται στη μείωση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, προάγοντας δράσεις για τις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, για την προάσπιση των βασικών βιοτικών αναγκών και δικαιωμάτων των πολιτών της Ε.Ε. αλλά και την αποφυγή φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού (Οικονόμου & Φερόνας, 2006).

2.6 Χρηματοδοτικοί μηχανισμοί της Ε.Ε για την Κοινωνική Πολιτική

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών και η σωρεία οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκαλεί, έχει οδηγήσει όλα τα κράτη μέλη να αναπτύξουν προγράμματα που στηρίζουν τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Ο βασικός στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι να υπάρχει ένα Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα για κάθε άτομο, το οποίο θα του επιτρέπει να ζει αξιοπρεπώς και να καλύπτει τις βασικές βιοτικές ανάγκες του. Στη Ε.Ε. έχουν θεσπιστεί συγκεκριμένοι μηχανισμοί και έχουν εδραιωθεί θεσμοί με στόχευση την προάσπιση των αδυνάτων και την κοινωνική ευημερία, όπως ενδεικτικά είναι το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), το Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσαρμογής στην Παγκοσμιοποίηση για τους απολυμένους εργαζόμενους (ΕΤΠ), το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για την Απασχόληση και την Κοινωνική Καινοτομία (EaSI), ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Μικροχρηματοδοτήσεων Progress και το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (Τ.Ε.Β.Α.).



Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.)

Πρόκειται για το κύριο εργαλείο μέσω του οποίου μεταξύ άλλων χρηματοδοτούνται δράσεις που αφορούν την απασχόληση και την κοινωνική ένταξη. Συμβάλλει ουσιαστικά στην οικονομική ανάπτυξη χρηματοδοτώντας δράσεις που θα βοηθήσουν άτομα να βελτιώσουν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες και προοπτικές. Τα προγράμματα του ταμείου σχεδιάζονται από τα κράτη και εγκρίνονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) ή διεθνώς European Social Fund (Ε.Σ.Φ.) έχει θέσει ως στόχους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021):

- Την αύξηση της απασχόλησης με την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, καθώς επίσης την κατάρτιση των ήδη απασχολούμενων ατόμων με την καταπολέμηση της διαφορετικότητας στον εργασιακό χώρο,
- Την παροχή καλύτερης εκπαίδευσης μέσω προγραμμάτων κατάρτισης και διαβίου μάθησης,
- Την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της δημοσίας διοίκησης,
- Την ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης.

Ουσιαστικά αποτελεί την έμπρακτη επένδυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο. Στην Ελλάδα, το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο για την περίοδο 2014-2020, συνεισέφερε χρηματοδοτικά 3,8 δισεκατομμύρια ευρώ και αποτελεί το 80% της συνολικής δαπάνης του ΕΣΠΑ 2014-2020, ενώ το υπόλοιπο 20% καλύπτεται μέσω εθνικής χρηματοδότησης (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2018)

Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσαρμογής στην Παγκοσμιοποίηση για τους απολυμένους εργαζόμενους (ΕΤΠ)

Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσαρμογής στην Παγκοσμιοποίηση για τους απολυμένους εργαζόμενους ή διεθνώς European Globalisation Adjustment Fund for Displaced Workers (Ε.Γ.Φ.), ιδρύθηκε το 2013 με τον υπ' αριθμόν 1309 κανονισμό του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Σκοπός του Ταμείου είναι η στήριξη των εργαζομένων και των αυτοαπασχολούμενων που έχασαν τις θέσεις εργασίας τους, είτε ως απόρροια της οικονομικής και χρηματοπιστωτικής κρίσης, είτε ως αποτέλεσμα διαθρωτικών αλλαγών στο εμπόριο, όπως είναι π.χ. η μεταφορά μιας επιχείρησης σε άλλη χώρα εκτός Ε.Ε. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).



Το Ταμείο συγχρηματοδοτεί δράσεις που αφορούν την εργασιακή συμβουλευτική και επαγγελματική καθοδήγηση, την εκπαίδευση και περαιτέρω κατάρτιση, την βοήθεια για εύρεση εργασίας καθώς και την οικονομική στήριξη μέσω επιδομάτων. Ο συνολικός ετήσιος προϋπολογισμός του Ευρωπαϊκού Ταμείου Προσαρμογής για την περίοδο 2014-2020 ανερχόταν σε 150 εκατομμύρια ευρώ και ειδικά σε αυτή την περίοδο είχε δοθεί έμφαση στην ενθάρρυνση μειονεκτούντων ατόμων, όπως ηλικιωμένοι και νεαροί άνεργοι, με σκοπό την παραμονή ή την επιστροφή τους στην αγορά εργασίας. Στην Ελλάδα, ως αρμόδια Εθνική Αρχή έχει ορισθεί η Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ) (ESF Actions Co-ordination and Monitoring Authority), που υπάγεται στην Εθνική Αρχή Συντονισμού της Γενικής Γραμματείας Δημοσίων Επενδύσεων και ΕΣΠΑ του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων και συστάθηκε το 2001 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).

Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για την απασχόληση και την κοινωνική καινοτομία (EaSI)

Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για την Απασχόληση και την Κοινωνική Καινοτομία, ή διεθνώς Program for Employment and Social Innovation, που είναι γνωστό και ως EaSI, είναι ένας χρηματοδοτικός μηχανισμός της Ε.Ε., που διαχειρίζεται απευθείας η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και αποσκοπεί στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού καθώς και στην δημιουργία μιας κοινωνίας ίσων ευκαιριών. Στοχεύει στην αναβάθμιση των όρων εργασίας στην βελτίωση και καθολική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και βέβαια στην εξάλειψη της φτώχειας. Θέτει ζητήματα φυλετικών διακρίσεων αλλά και ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).

Από το 2014 οι τρεις (3) άξονες που συνθέτουν το πρόγραμμα είναι:

- Άξονας PROGRESS, που αποτελεί το 61% του συνολικού προϋπολογισμού, και αφορά τον εκσυγχρονισμό της κοινωνικής πολιτικής και της πολιτικής της απασχόλησης.
- Άξονας EURES, που αποτελεί το 18% του συνολικού προϋπολογισμού, και αφορά την επαγγελματική κινητικότητα.



- Άξονας Μικροχρηματοδοτήσεις και Κοινωνική επιχειρηματικότητα, που αποτελεί το 21% του προϋπολογισμού και αφορά την πρόσβαση στις μικροχρηματοδοτήσεις και την κοινωνική επιχειρηματικότητα.

Ο συνολικός προϋπολογισμός, για το διάστημα 2014-2020 ανήλθε στα 920 εκατομμύρια ευρώ.

Το πρώτο συνέδριο του EaSI συνήλθε το 2019, ενώ το δεύτερο συνήλθε διαδικτυακά στις 23-24 Μαρτίου 2021. Στο δεύτερο συνέδριο ελέγχθηκε αν υλοποιήθηκαν οι στόχοι που είχαν τεθεί για το διάστημα 2014-2020 και προσαρμόστηκαν οι στόχοι και τα προγράμματα βάσει της πανδημίας COVID-19 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).

Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Μικροχρηματοδοτήσεων Progress

Ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Μικροχρηματοδοτήσεων Progress (Μικροχρηματοδοτήσεις Progress), ή διεθνώς European Progress Microfinance Facility (Progress Microfinance), συστάθηκε το 2010, υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων, και η διαχείρισή του εξασφαλίζεται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Επενδύσεων, με σκοπό την αύξηση της δανειοδότησης ποσών έως 25.000,00€ και την παροχή εγγυήσεων για την σύσταση ή την επέκταση των μικρών επιχειρήσεων (επιχειρήσεις που απασχολούν λιγότερο από δέκα υπαλλήλους). Μέσω των μικροχρηματοδοτήσεων Progress δύναται να λάβουν δανειοδότηση κοινωνικές ομάδες που δεν έχουν πρόσβαση στον τραπεζικό δανεισμό, όπως είναι νέοι εργαζόμενοι, ηλικιωμένοι εργαζόμενοι, εργαζόμενοι ΑμεΑ, κλπ. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013).

Οι πάροχοι των μικροχρηματοδοτήσεων μπορεί να είναι τραπεζικά ιδρύματα, μη τραπεζικά ιδρύματα και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίοι καθορίζουν τους όρους χορήγησης του δανείου (κεφάλαιο, διάρκεια, επιτόκιο, χρονικό πλαίσιο), ανάλογα με την δανειοδοτική τους πολιτική, καθώς δεν υπάρχουν καθορισμένοι όροι από την Ε.Ε. Είναι όμως καθορισμένο από την Ε.Ε. ότι οι μικροχρηματοδοτήσεις Progress απαγορεύονται να χρησιμοποιούνται για την κάλυψη πιστωτικών ορίων, όπως υπεραναλήψεις ή βραχυπρόθεσμες ανανεούμενες διευκολύνσεις (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013).



Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (Τ.Ε.Β.Α.)

Η διάδοχη κατάσταση του προγράμματος διανομής τροφίμων σε άπορα άτομα είναι το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (Τ.Ε.Β.Α.) ή διεθνώς Fund for European Aid to the Most Deprived (FEAD). Σε σχέση με το παλαιότερο πρόγραμμα της επισιτιστικής βοήθειας, υπάρχουν νέα στοιχεία που αποτελούν την παροχή υλικής βοήθειας (ένδυση, υπόδηση, είδη ατομικής υγιεινής) αλλά και την αλλαγή της διαχείρισης του Ταμείου από Γενική Διεύθυνση Γεωργίας και Αγροτικής Ανάπτυξης (Directorate-General for Agriculture and Rural Development (AGRI) στη Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης (General for Employment, Social Affairs and Inclusion). Η συγκεκριμένη οργανωτική αλλαγή έχει να κάνει με την στροφή του προγράμματος στην κατεύθυνση της κοινωνικής πολιτικής η οποία και υιοθετήθηκε και από τα περισσότερα κράτη μέλη (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Επισιτιστικής & Βασικής Υλικής Συνδρομής, 2022).

Στο άρθρο 3 του υπ' αριθμόν 223/2014 Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου περιγράφονται οι στόχοι του Ταμείου, που είναι η προαγωγή της κοινωνικής ισορροπίας, μέσω της παροχής επισιτιστικής και υλικής συνδρομής σε άτομα που ενέχουν κίνδυνο φτώχειας, που θα οδηγήσει στην μείωση τους, κατά τουλάχιστον 20 εκατομμύρια, σύμφωνα με το πρόγραμμα «Ευρώπη 2020» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Για την εφαρμογή του Τ.Ε.Β.Α. τα κράτη μέλη όφειλαν να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο άξονες εφαρμογής του προγράμματος ή να επιλέξουν και τους δύο ταυτόχρονα. Ο πρώτος άξονας (προγράμματα τύπου I) αφορά την υλική και επισιτιστική βοήθεια και την λήψη συνοδευτικών μέτρων για την ελάφρυνση του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο δεύτερος άξονας (προγράμματα τύπου II) αφορά την κοινωνική ενσωμάτωση σαφώς καθορισμένων ομάδων από τον πληθυσμό των απόρων. Τα είκοσι τέσσερα (24) από τα είκοσι επτά (27) κράτη μέλη της Ε.Ε., μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, επέλεξαν την εφαρμογή προγραμμάτων τύπου I, τα υπόλοιπα τέσσερα (4) επέλεξαν την εφαρμογή προγραμμάτων II, ενώ κανένα κράτος δεν αξιοποίησε την ταυτόχρονη επιλογή και των δύο. Για το διάστημα 2014-2020 διατέθηκαν για το Τ.Ε.Β.Α. πάνω από 3,8 δισεκατομμύρια ευρώ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).



Τον Απρίλιο και τον Μάιο του 2020, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τροποποίησε το πρόγραμμα, λαμβάνοντας νέα δέσμη μέτρων, στο πλαίσιο της δράσης «Πρωτοβουλία Επενδύσεων για την Αντιμετώπιση του Κορωνοϊού+ (CRII+)». Διατέθηκαν για τα έτη 2020-2022 συμπληρωματικοί πόροι από τον προϋπολογισμό της Ε.Ε. Δόθηκαν άμεσα 8 δισ. ευρώ ρευστότητας για την επιτάχυνση έως και 37 δισ. ευρώ σε ευρωπαϊκές δημόσιες επενδύσεις και αποφασίσθηκε η ευελιξία στην εφαρμογή των κανόνων της Ε.Ε. για τις δαπάνες. Ειδικά για το Τ.Ε.Β.Α., προτάθηκε η παροχή επισιτιστικής βοήθειας και βασικής υλικής βοήθειας μέσω ηλεκτρονικών κουπονιών, καθώς και η παροχή εξοπλισμού προστασίας (μάσκες προσώπου και αντισηπτικά) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες

Σύμφωνα με τον Συνήγορο του Πολίτη (The Greek Ombudsman), ευπαθείς ή ευάλωτες ή υψηλής επικινδυνότητας ομάδες είναι αυτές που αντιμετωπίζουν δυσκολία πρόσβασης σε κοινωνικά ή δημόσια αγαθά και σε αρκετούς τομείς (πχ στέγαση, δουλειά, έσοδα, παιδεία, υγεία, ασφάλιση κ.λπ.) (ΣτΠ Οδηγός για ευάλωτες ομάδες, 2015).

Οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες (Vulnerable groups) καταγράφονται επίσημα από τους κρατικούς φορείς και έχουν ένα συγκεκριμένο χαρακτήρα. Το άρθρο 4 του νόμου Ν.4019/2011 (ΦΕΚ 216/Α/2011) «Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις», ορίζει τις ευπαθείς ομάδες ως τις κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίζουν δυσκολία στην πρόσβαση στα κοινά, λόγω οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων, είτε λόγω κάποιας μορφής αναπηρίας, είτε εξαιτίας εκτάκτων καταστάσεων, που επηρεάζουν την ομαλή λειτουργία της τοπικής οικονομίας.

Στον ίδιο νόμο, αναφέρεται ότι οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

1. Στις **ευάλωτες ομάδες**, που αποτελούνται από όσους αντιμετωπίζουν δυσκολία στην πρόσβαση στα κοινά, λόγω σωματικών και ψυχικών αιτιών ή λόγω παραβατικής συμπεριφοράς. Σε αυτές ανήκουν τα Άτομα με Αναπηρίες (ΑμεΑ), χρήστες η πρώην χρήστες ουσιών, φορείς του AIDS, άτομα με ποινικό μητρώο.
2. Στις **ειδικές ομάδες**, που αποτελούνται από όσους αντιμετωπίζουν δυσκολία στην αγορά εργασίας λόγω οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών αιτιών. Σε αυτές ανήκουν οι άνεργοι, οι μακροχρόνια άνεργοι, τα μέλη μονογονεϊκών ή πολύτεκνων οικογενειών, οι γυναίκες θύματα κακοποίησης, οι αναλφάβητοι, οι κάτοικοι απομακρυσμένων ορεινών και νησιωτικών περιοχών, τα άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες.



Η κατηγοριοποίηση των ευπαθών ομάδων είναι ενδεικτική και όχι περιοριστική, όπως άλλωστε επισημαίνει και ο ίδιος ο νομοθέτης. Για παράδειγμα, ο νόμος Ν.4019/2011 (ΦΕΚ 216/Α/2011), δεν έχει συμπεριλάβει στις ομάδες των ευάλωτων πολιτών τους αστέγους, τα θύματα εμπορίας (trafficking), τους παλιννοστούντες, τα άτομα που υπόκεινται σε διακρίσεις λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού ή τους πληγέντες από φυσικές καταστροφές (Μπαλούρδος, Σαρρής, Τραμουντάνης & Χρυσάκης, 2014).

Όπως έχουν καταλήξει μελέτες και πορίσματα του Συνηγόρου του Πολίτη (ΣτΠ), η κατηγοριοποίηση των ευάλωτων ομάδων ολοένα μεγαλώνει. Ευπαθείς ομάδες δεν είναι μόνο τα ΑμεΑ ή οι μακροχρόνια άνεργοι, αλλά όλο και περισσότερες ομάδες ανθρώπων που μέχρι πρόσφατα θα μπορούσαν να διατηρήσουν ένα αξιοπρεπές επίπεδο ποιότητας ζωής.

Στις μέρες μας, η διεύρυνση και ο πολλαπλασιασμός των ευπαθών ομάδων αλλά και η επιδείνωση των προβλημάτων που διαχειρίζονται εξαιτίας των παρατεταμένων κρίσεων, αποτελούν πεδία έντονης σκέψης και ενεργειών για τον Συνήγορο του Πολίτη, προκειμένου να αποφευχθούν τα σημάδια της κοινωνικής περιθωριοποίησης και ανισοτήτων.

Επισημαίνεται ότι οι όροι «ευπαθείς ομάδες» και «ευάλωτες ομάδες» χρησιμοποιούνται μεταφορικά για να χαρακτηρίσουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου που υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό. Δηλαδή, δεν γίνεται χρήση της διάκρισης των ευπαθών ομάδων σε ευάλωτες και ειδικές, όπως ορίζονται στον νόμο Ν.4019/2011 (ΦΕΚ 216/Α/2011) για μεθοδολογικούς λόγους. Η δυσχέρεια να καθοριστούν με ακρίβεια οι ευάλωτες ομάδες είναι το ίδιο σημαντική με τη δυσχέρεια να οριστεί με ακρίβεια ο κοινωνικός αποκλεισμός.

3.2 Πρόσβαση ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας

Η επιβολή περιορισμών στις δημόσιες δαπάνες υγείας σε συνδυασμό με τη μείωση του Α.Ε.Π. σημαίνει ότι ο δημόσιος τομέας υγείας καλείται να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με σταθερά μειούμενους οικονομικούς πόρους. Αυτό προκάλεσε αρνητικές επιπτώσεις, ειδικά για νοικοκυριά μεσαίου και



χαμηλού εισοδήματος που δεν διαθέτουν το διαθέσιμο εισόδημα για να επισκεφτούν τις Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat), εξάγονται τρία συμπεράσματα για τον ελληνικό πληθυσμό (Economou, 2015):

1. Κατά τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης και πιο συγκεκριμένα κατά την περίοδο 2008–2013 το ποσοστό του πληθυσμού που δεν επισκέφθηκε τις Υπηρεσίες Υγείας λόγω υψηλού κόστους ή μεγάλων λιστών αναμονής, αυξήθηκε από 5,4% σε 9%.
2. Τα άτομα αυτά είναι κυρίως άτομα με χαμηλά εισοδήματα.
3. Τρίτον, η ανεργία διαδραματίζει καθοριστικό εμπόδιο πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας, αφού το ποσοστό των ανέργων που αναφέρουν προβλήματα πρόσβασης είναι σχεδόν διπλάσιο από το ποσοστό των εργαζομένων

3.3 Στατιστικά στοιχεία ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων

Τα παρακάτω στατιστικά στοιχεία που παρατίθενται έχουν υπολογισθεί με βάση την Έρευνα του Εισοδήματος και των Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών ή διεθνώς Statistics on Income and Living Conditions (SILC) για το έτος 2019 της ΕΛΣΤΑΤ, που αποτελεί τη βασική πηγή αναφοράς των συγκριτικών στατιστικών για την κατανομή του εισοδήματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

Κατανομή του εισοδήματος σε τεταρτημόρια

Η κατανομή του εισοδήματος (income distribution) σε τεταρτημόρια για τα έτη 2005-2019 στην Ελλάδα, δηλαδή το ποσοστό του συνολικού εθνικού εισοδήματος που κατέχει κάθε ένα από τέσσερα ίσα μέρη του πληθυσμού, είναι η ακόλουθη (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Έτος	1 ^ο τεταρτημόριο	2 ^ο τεταρτημόριο	3 ^ο τεταρτημόριο	4 ^ο τεταρτημόριο
2005	9,7 %	17,7 %	25,7 %	46,9 %
2006	9,5 %	17,4 %	25,4 %	47,7 %
2007	9,5 %	17,3 %	25,3 %	47,8 %
2008	9,6 %	17,9 %	25,6 %	46,9 %
2009	9,8 %	18,0 %	25,5 %	46,7 %



2010	9,9 %	17,9 %	25,7 %	46,5 %
2011	9,4 %	17,7 %	26,2 %	46,7 %
2012	8,7 %	17,9 %	26,4 %	47,0 %
2013	8,9 %	17,8 %	26,3 %	47,1 %
2014	9,0 %	17,6 %	25,8 %	47,6 %
2015	8,9 %	17,9 %	26,0 %	47,2 %
2016	8,9 %	17,9 %	26,0 %	47,2 %
2017	9,3 %	18,0 %	26,1 %	46,6 %
2018	10,0 %	18,2 %	25,8 %	45,9 %
2019	10,4 %	18,5 %	26,2 %	44,9 %

Πίνακας 5: Κατανομή του εισοδήματος σε τεταρτημόρια για τα έτη 2005-2019 στην Ελλάδα

Το μερίδιο εισοδήματος προκύπτει, εάν κατατάξουμε τα άτομα του πληθυσμού σε αύξουσα σειρά με βάση το εισόδημά τους, από το χαμηλότερο προς το υψηλότερο και στη συνέχεια χωρίσουμε τον πληθυσμό σε τέσσερα ίσα μέρη (με βάση το συνολικό αριθμό των ατόμων). Στο πρώτο τεταρτημόριο περιλαμβάνονται όσοι έχουν το χαμηλότερο εισόδημα, ενώ στο τέταρτο τεταρτημόριο όσοι έχουν το υψηλότερο εισόδημα (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).



Υλική στέρηση

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού με υλική στέρηση (Material deprivation), δηλαδή με στέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών για τον πληθυσμό της Ελλάδας για τα έτη 2009-2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Έτος	Ποσοστό πληθυσμού	Έτος	Ποσοστό πληθυσμού
2009	11,0 %	2015	22,2 %
2010	11,6 %	2016	22,4 %
2011	15,2 %	2017	21,1 %
2012	19,5 %	2018	16,7 %
2013	20,3 %	2019	16,2 %
2014	21,5 %	2020	16,6 %

Πίνακας 6: Κατανομή του πληθυσμού με υλική στέρηση για τα έτη 2009-2020 στην Ελλάδα

Υγεία του πληθυσμού

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού, ανάλογα με την κατάσταση της υγείας που θεωρεί ότι έχει και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά, για τον πληθυσμό της Ελλάδας για το 2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Κατάσταση υγείας	Πληθυσμός της Ελλάδας		
	Σύνολο	Φτωχός	Μη φτωχός
Πολύ καλή, καλή	78,6 %	75,8 %	79,1 %
Μέτρια	14,7 %	15,3 %	14,6 %
Κακή, πολύ κακή	6,7 %	8,9 %	6,3 %

Πίνακας 7: Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με την κατάσταση της υγείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα



Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού, ανάλογα με το αν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά, για τον πληθυσμό της Ελλάδας για το 2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Χρόνιο νόσημα	Πληθυσμός της Ελλάδας		
	Σύνολο	Φτωχός	Μη φτωχός
Πάσχει	23,7 %	24,4 %	23,6 %
Δεν πάσχει	76,3 %	75,6 %	76,4 %

Πίνακας 8: Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με το αν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού, ανάλογα με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω προβλήματος υγείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά, για τον πληθυσμό της Ελλάδας για το 2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Περιορισμός των δραστηριοτήτων λόγω προβλήματος υγείας	Πληθυσμός της Ελλάδας		
	Σύνολο	Φτωχός	Μη φτωχός
ΝΑΙ, πολύ	9,8 %	11,2 %	9,5 %
ΝΑΙ, όχι πολύ	13,6 %	13,0 %	13,8 %
ΟΧΙ	76,6 %	75,8 %	76,7 %

Πίνακας 9: Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω προβλήματος υγείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα



Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού, ανάλογα με την αδυναμία πραγματοποίησης ιατρικής εξέτασης ή θεραπείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά, αλλά και αν η μη πραγματοποίηση της ιατρικής εξέτασης οφειλόταν στην πανδημία COVID-19, για τον πληθυσμό της Ελλάδας για το 2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Περιορισμός των δραστηριοτήτων λόγω προβλήματος υγείας	Πληθυσμός της Ελλάδας		
	Σύνολο	Φτωχός	Μη φτωχός
Ιατρική εξέταση	25,6 %	51,2 %	20,9 %
Ιατρική εξέταση λόγω COVID-19	36,9 %	10,0 %	51,2 %
Οδοντιατρική εξέταση	30,5 %	56,1 %	26,3 %
Οδοντιατρική εξέταση λόγω COVID-19	22,4 %	3,0 %	29,2 %

Πίνακας 10: Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με την αδυναμία πραγματοποίησης ιατρικής εξέτασης ή θεραπείας και με διάκριση σε φτωχά και σε μη φτωχά νοικοκυριά για το 2020 στην Ελλάδα

Μέσο ισοδύναμο ατομικό διαθέσιμο εισόδημα

Το μέσο ισοδύναμο ατομικό διαθέσιμο εισόδημα (€) για τα έτη 2008-2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Έτος	Μέσο ισοδύναμο ατομικό διαθέσιμο εισόδημα (€)	Έτος	Μέσο ισοδύναμο ατομικό διαθέσιμο εισόδημα (€)
2008	12.051	2015	8.682
2009	13.505	2016	8.672
2010	13.896	2017	8.800
2011	12.637	2018	9.034
2012	10.676	2019	9.382
2013	9.303	2020	10.041
2014	8.879		

Πίνακας 11: Κατανομή του μέσου ισοδύναμου ατομικού διαθέσιμου εισοδήματος για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα



Το ισοδύναμο διαθέσιμο ατομικό εισόδημα (Equivalised disposable income) ορίζεται το συνολικό διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού μετά τη διαίρεσή του με το ισοδύναμο μέγεθος του νοικοκυριού, δηλαδή έκαστο μέλος του νοικοκυριού απολαμβάνει το ίδιο επίπεδο διαβίωσης, αφού κατέχει το ίδιο εισόδημα που αντιστοιχεί στο ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

Το συνολικό διαθέσιμο εισόδημα (disposable income) ενός νοικοκυριού ορίζεται ως το άθροισμα των εισοδημάτων των μελών των νοικοκυριών από όλες τις πηγές εισοδήματος (συμπεριλαμβανομένων των εισοδημάτων από εργασία, επενδύσεις και κοινωνικές παροχές), προσαυξανόμενο με τα έσοδα σε επίπεδο νοικοκυριού, αφού αφαιρεθούν οι φόροι και οι καταβληθείσες ασφαλιστικές εισφορές (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα έτη 2008-2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Έτος	Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού	Έτος	Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού
2008	28,1 %	2015	35,7 %
2009	27,6 %	2016	35,6 %
2010	27,7 %	2017	34,8 %
2011	31,0 %	2018	31,8 %
2012	34,6 %	2019	30,0 %
2013	35,7 %	2020	28,9 %
2014	36,0 %		

Πίνακας 12: Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ανά ηλικία και ανά υπηκοότητα ή ανά χώρα γέννησης, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):



		Ηλικίες 18-64	Ηλικίες 18+
Υπηκοότητα	Ημεδαποί	30,0 %	27,0 %
	Αλλοδαποί	52,2 %	52,5 %
	Αλλοδαποί χωρών της Ε.Ε.	37,9 %	37,0 %
	Αλλοδαποί εκτός χωρών της Ε.Ε.	55,0 %	55,7 %
Χώρα γέννησης	Ελλάδα	29,8 %	26,9 %
	Άλλη χώρα	49,9 %	49,5 %
	Χώρα της Ε.Ε. (εκτός της Ελλάδας)	32,7 %	32,4 %
	Χώρα εκτός της Ε.Ε.	53,9 %	53,5 %

Πίνακας 13: Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ανά ηλικία και ανά υπηκοότητα ή ανά χώρα γέννησης

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ανά δείκτη φτώχειας της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» και ανά ηλικία, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

	Κίνδυνος φτώχειας	Υλική στέρηση	Χαμηλή ένταση εργασίας	Ποσοστό (%)
Σύνολο πληθυσμού	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	7,1 %
	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3,5 %
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	7,4 %
Ηλικίες 18-64	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	7,0 %
	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5,2 %
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	6,7 %
Ηλικίες ≤18	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	7,4 %
	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1,7 %
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	8,5 %

Πίνακας 14: Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ανά δείκτη φτώχειας και ανά ηλικία



Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, στο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών, για τα έτη 2008-2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):

Έτος	Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού
2008	20,0 %
2009	19,7 %
2010	20,1 %
2011	21,4 %
2012	23,1 %
2013	23,1 %
2014	22,1 %

Έτος	Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού
2015	21,4 %
2016	21,2 %
2017	20,2 %
2018	18,5 %
2019	17,9 %
2020	17,7 %

Πίνακας 15: Κατανομή του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις στο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα

Ως κοινωνικές μεταβιβάσεις ορίζονται τα κοινωνικά επιδόματα (δηλαδή παροχές κοινωνικής βοήθειας, οικογενειακά επιδόματα, επιδόματα ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας ή ανικανότητας, ή και εκπαιδευτικές παροχές) και οι συντάξεις (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

Βάθος (χάσμα) του κινδύνου φτώχειας

Η ποσοστιαία (%) κατανομή του βάθους (χάσματος) του κινδύνου φτώχειας (depth of risk of poverty), δηλαδή η διαφορά μεταξύ του κατωφλιού του κινδύνου φτώχειας για το σύνολο του πληθυσμού και του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του φτωχού πληθυσμού, ως ποσοστό (%) επί του κατωφλιού του κινδύνου φτώχειας, για τα έτη 2008-2020, διαμορφώνεται ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2019):



Έτος	Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού	Έτος	Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού
2008	24,7 %	2015	30,6 %
2009	24,1 %	2016	31,9 %
2010	23,4 %	2017	30,3 %
2011	26,1 %	2018	29,1%
2012	29,9 %	2019	27,0 %
2013	32,7 %	2020	27,3 %
2014	31,3 %		

Πίνακας 16: Κατανομή του βάθους (χάσματος) του κινδύνου φτώχειας για τα έτη 2008-2020 στην Ελλάδα

3.4 Ευάλωτες οικογένειες

Στις ευάλωτες οικογένειες ανήκουν οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα, οι οικογένειες νέων ή ανηλίκων γονέων, οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι οικογένειες από πολιτισμικά και γλωσσικά διαφορετικές κοινότητες (πχ οικογένειες προσφύγων ή μεταναστών), οι οικογένειες όπου τουλάχιστον ο ένας γονέας πάσχει από αναπηρία, οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως είναι η στέγαση, η ενδοοικογενειακή βία και η κατάχρηση ουσιών.

Στην προσπάθειά του να στηρίξει τις ευάλωτες οικογένειες (Vulnerable Families), ο Συνήγορος του Πολίτη (ΣτΠ) επισήμανε ότι στα εφαρμοζόμενα μέτρα υπέρ των πολυτέκνων εντοπίζονται εμπόδια που παρακωλύουν την ίση πρόσβαση σε επιδόματα, όπως είναι το Επίδομα Παιδιού, που καταβάλλεται από 1/1/2018 σύμφωνα με το άρθρο 214 του Ν.4512/2018 (ΦΕΚ 5/Α/2018) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις».

Το εμπόδιο στα επιδόματα αυτά προκύπτει από τη μη πρόβλεψη του ελέγχου της τήρησης των προϋποθέσεων που ορίζει η νομοθεσία από την μητέρα, όταν ο πατέρας δεν πληροί τις εισοδηματικές προϋποθέσεις (Ετήσια Έκθεση ΣτΠ, 2016, p. 51).



Είναι ενδεικτική η περίπτωση των οικογενειών που λάμβαναν επιδόματα όταν ο πατέρας ήταν εν ζωή, ενώ μετά τον θάνατό του, τα τέκνα του στερούνται το επίδομα, επειδή οι νόμιμες προϋποθέσεις, όπως είναι η δεκαετής διαμονή στην Ελλάδα, δεν πληρούνταν από την πλευρά της μητέρας. Ο Συνήγορος του Πολίτη (ΣτΠ), λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η νομοθεσία πρέπει να αποσυνδέσει τις οικογενειακές παροχές από τους γονείς για να μην υπεισέρχονται διαφοροποιήσεις ανάλογα με τον τύπο της οικογένειας (παραδοσιακή, πυρηνική, μονογονεϊκή κ.ά.) και ότι όλα τα επιδόματα θα πρέπει να εστιάζονται στο ίδιο το παιδί, έχει προτείνει να μεριμνηθεί ότι εάν ο υπόχρεος σε δήλωση της φορολογίας εισοδήματος δεν πληροί τις νόμιμες προϋποθέσεις χορήγησης των οικογενειακών επιδομάτων να ελέγχονται αυτές στο πρόσωπο του άλλου γονέα.

3.5 Ενδυνάμωση ευάλωτων οικογενειών

Οι υπηρεσίες ενδυνάμωσης της οικογένειας συνδυάζουν προσεγγίσεις που βασίζονται στην κοινωνική εργασία (social work). Η ενδυνάμωση της οικογένειας (Family strengthening) στοχεύει στην ενίσχυση των γονεϊκών δεξιοτήτων και των σχέσεων σε όλη την οικογένεια, την ανακούφιση από το ψυχολογικό στρες και την ανακούφιση από την υλική στέρηση μέσω της σύνδεσης των ευάλωτων οικογενειών με τα επίσημα και με τα άτυπα δίκτυα υποστήριξης, έτσι ώστε οι γονείς να είναι σε θέση να καλύπτουν τις ανάγκες των παιδιών και με τη σειρά τους να αποτρέπουν τον κίνδυνο παραμέλησης, βίας ή κακοποίησης και την πιθανότητα χωρισμού του παιδιού με τους γονείς του (UNICEF, 2018).

Η υποστήριξη μπορεί να παρέχεται με διάφορες μορφές, όπως είναι η τακτική παρακολούθηση από κάποιον επαγγελματία ή παρακολούθηση από δίκτυα κοινωνικής προστασίας και συνήθως πραγματοποιείται στο σπίτι της οικογένειας που υποστηρίζεται. Η υποστήριξη της οικογένειας συνήθως περιλαμβάνει έναν συνδυασμό συμβουλευτικής και διαμεσολάβησης για να διασφαλιστεί ότι τα παιδιά θα είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες, όπως η υγειονομική περίθαλψη, η εκπαίδευση και η κοινωνική πρόνοια για τα επιδόματα που χορηγούνται, καθώς και εξειδικευμένες υπηρεσίες, σε περιπτώσεις όπου τα παιδιά ή οι γονείς έχουν συγκεκριμένες ανάγκες υποστήριξης, και υλική βοήθεια. Η ενδυνάμωση της οικογένειας μπορεί να συνδυαστεί με υπηρεσίες, που παρέχονται



στα τέκνα της οικογένειας σε καθημερινή ή σε εβδομαδιαία βάση ώστε να υπάρξει ελεύθερος χρόνος για τους γονείς. Η ενδυνάμωση της οικογένειας προσεγγίζει όλα τα μέλη, τόσο τους γονείς, όσο και τα τέκνα, αντιμετωπίζοντας το ευρύτερο σύνολο των καθημερινών προκλήσεων που συχνά υποκρύπτουν τον κίνδυνο της παραμέλησης (UNICEF, 2018).

Η παροχή υποστήριξης στις οικογένειες όταν τα παιδιά είναι σε νεαρή ηλικία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της υγείας και ανάπτυξης της πρώιμης παιδικής ηλικίας, που συνδέουν τη γνωστική, κοινωνική, συναισθηματική, γλωσσική και κινητική ανάπτυξη του παιδιού με σταθερή και υποστηρικτική φροντίδα, συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού που συνδέονται συχνότερα με τη γονική παραμέληση (UNICEF, 2018).

Η ενδυνάμωση της οικογένειας εστιάζει στο σύστημα των ανθρώπων και των σχέσεων που είναι πιο σημαντικά για την προστασία των παιδιών, συνήθως εστιάζοντας στους γονείς αλλά συχνά επίσης στην ευρύτερη οικογένεια και σε όσους έχουν καθήκον φροντίδας, όπως οι δάσκαλοι και οι γιατροί, αντί να επικεντρώνεται απευθείας στα ίδια τα παιδιά, όπως δηλαδή συμβαίνει με την ιδρυματική φροντίδα. Η γονική παραμέληση και η ενδοοικογενειακή βία κατά των παιδιών είναι συχνότερες όταν οι γονείς αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις, όπως φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, κακές συνθήκες διαβίωσης, αναπηρίες, προβλήματα ψυχικής ή σωματικής υγείας ή κατάχρηση ουσιών, που επηρεάζουν την ικανότητα να παρέχουν στα παιδιά τους ένα στοργικό, περιποιητικό και ασφαλές περιβάλλον. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι οι γονείς δεν θα είναι σε θέση να φροντίσουν τα παιδιά τους βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα. Είναι εξαιρετικά σπάνιο οι γονείς να παραμελούν σκόπιμα ή να βλάπτουν κακόβουλα τα παιδιά τους. Ως εκ τούτου, η προστασία των παιδιών από την παραμέληση, τη βία και την κακοποίηση συνήθως επιτυγχάνεται καλύτερα βοηθώντας τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν τις ευρύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, είτε πρόκειται για χρόνιες καταστάσεις ή νοσήματα, είτε για βραχυπρόθεσμη κρίση (UNICEF, 2018).

Η επιτυχής ενίσχυση της οικογένειας δεν εστιάζει μόνο στο τι μπορούν να κάνουν οι υπεύθυνοι για να βοηθήσουν τους γονείς αλλά και στον τρόπο με τον οποίο



αλληλεπιδρούν με τις οικογένειες. Η καλή υποστήριξη για την ενίσχυση της οικογένειας προσεγγίζει ολόκληρη την οικογένεια, αντιμετωπίζοντας το ευρύτερο σύνολο των προκλήσεων που συχνά υποκρύπτουν τον κίνδυνο παραμέλησης ή βίας. Οι επαγγελματίες που παρέχουν υποστήριξη καταβάλλουν σαφή προσπάθεια να κατανοήσουν τις ανάγκες των οικογενειών από τη σκοπιά τους, αναπτύσσουν ένα κοινό όραμα και στόχους και παρέχουν επίσης πρακτική βοήθεια με τη μορφή υλικής υποστήριξης, όπως η αγορά των απαραίτητων αγαθών. Η ενδυνάμωση της οικογένειας κρίνεται ως επιτυχής όταν η σχέση των ειδικών με την οικογένεια βασίζεται στην εμπιστοσύνη και στον αμοιβαίο σεβασμό, μέσω της επίμονης, μακροχρόνιας τακτικής ενασχόλησης με τις οικογένειες και υποστηρίζοντας τις ανάγκες και τα δικαιώματά τους στην κοινότητα (UNICEF, 2018).

Σύμφωνα με την μελέτη της UNICEF στην Σερβία το 2018, εντοπίστηκαν δέκα (10) βασικές αρχές που κρίνουν την επιτυχία των υπηρεσιών ενίσχυσης της οικογένειας (UNICEF, 2018).

1. Θα πρέπει να προσεγγίζουν ολόκληρη την οικογένεια, εστιάζοντας τόσο στις ανάγκες των παιδιών, όσο και στις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας.
2. Η χρήση των υπηρεσιών πρέπει να είναι εθελοντική.
3. Οι επαγγελματίες που παρέχουν υποστήριξη πρέπει να είναι πραγματικά αφοσιωμένοι και να επιλύουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες.
4. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχονται στα σπίτια των δικαιούχων.
5. Οι επαγγελματίες που παρέχουν υποστήριξη θα πρέπει να συνεργάζονται με τα μέλη της οικογένειας για να δημιουργήσουν ένα κοινό όραμα και συμφωνημένους στόχους.
6. Οι εργαζόμενοι στην υποστήριξη πρέπει να καταβάλλουν ειλικρινή προσπάθεια για να κατανοήσουν τις ανάγκες της οικογένειας από τη δική της οπτική γωνία.
7. Η παρατεταμένη παρακολούθηση από τον ίδιο εργαζόμενο υποστήριξης ή μια συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων υποστήριξης τους επιτρέπει να κατανοήσουν πλήρως τις συνθήκες της οικογένειας.



8. Οι εργαζόμενοι στην υποστήριξη πρέπει να καλλιεργούν μια αίσθηση ελπίδας μέσω μιας προσέγγισης που να δείχνει ότι είναι αφοσιωμένοι στην υποστήριξη της οικογένειας και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.
9. Οι εργαζόμενοι στην υποστήριξη θα πρέπει να ενεργούν ως συνδεδετικοί κρίκοι με τις Δομές Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες βασικές υπηρεσίες, προκειμένου να βελτιωθεί η κατανόηση και η παροχή κατάλληλης υποστήριξης στις οικογένειες από τις άλλες υπηρεσίες
10. Θα πρέπει να παρέχεται πρακτική υποστήριξη, ιδιαίτερα οικονομική υποστήριξη και αγορά των απαραίτητων αγαθών, καθώς και μη υλική υποστήριξη, όπως οι μεταφορές, για να βοηθήσουν στην αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης των οικογενειών.

3.6 Ευάλωτες οικογένειες Ρομά

Η πλέον χαρακτηριστική κατηγορία ευάλωτων οικογενειών είναι οι οικογένειες Ρομά, οι οποίοι συνήθως βρίσκονται στο περιθώριο των κοινωνιών που συνυπάρχουν, βιώνοντας πολλές φορές την απαξίωση και τον ρατσισμό. Επειδή ζουν σε καραβάνια, έχουν κρατήσει κάποια κοινά πολιτισμικά γνωρίσματα, που χαρακτηρίζουν όσες κοινωνίες διαβιών με προφορική παράδοση, με συνήθειες που αντιστοιχούσαν στις προβιομηχανικές κοινωνίες, και πλέον μπορούμε να συναντήσουμε κυρίως σε υποανάπτυκτες κοινωνίες της Αφρικής αλλά και της Ασίας (Χατζησαββίδης, 2008).

Οι Ρομά είναι η μεγαλύτερη εθνική μειονότητα της Ευρώπης, καθώς αποτελείται από 10-12 εκατομμύρια πολίτες. Εξακολουθούν να έχουν πολύ χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, που είναι σχεδόν είκοσι (20) χρόνια λιγότερο από τον γενικό πληθυσμό. Τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και η παθήσεις από μεταδοτικές ασθένειες είναι πολύ υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται στις χειρότερες συνθήκες διαβίωσης και στην περιορισμένη πρόσβασή τους σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (European Commission, 2016).

Στα τελευταία χρόνια έχουν μελετηθεί δύο βασικές εξελίξεις στον τομέα της διερεύνησης της υγείας των Ρομά. Κατά πρώτον, οι μελέτες έχουν επεκταθεί από τις μεταδοτικές ασθένειες, το χαμηλό επίπεδο υγείας των παιδιών και τις γενετικές



ανωμαλίες, που ήταν τα μείζονα θέματα τα προηγούμενα χρόνια (Hajioff & McKee, 2000) (Zeman, Derken & Senchina, 2003) στις μη μεταδοτικές ασθένειες, στις χρόνιες νόσους και στους παράγοντες κινδύνου των ασθενειών. Κατά δεύτερον, το είδος των μελετών έχει επεκταθεί από τις μελέτες για το επίπεδο υγείας των Ρομά γενικά, σε πιο συγκεκριμένες μελέτες, οι οποίες ερευνούν από ποιούς παράγοντες καθορίζονται οι ανισότητες στον τομέα της πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Masseria, Mladovsky & Hernández-Quevedo, 2010) (Rechel, Mladovsky, Deville, Rijks, Petrova-Benedict & McKee, 2011).

Οι Ρομά δεν γνωρίζουν τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Θεωρούν ότι οι ιατροί απλώς κατέχουν ειδικές γνώσεις για τις νόσους και τις ενδεδειγμένες θεραπείες και τεχνικές αντιμετώπισής τους. Διαχωρίζουν τους ιατρούς με βάση την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, καθώς θεωρούν ότι ένας καλός γιατρός είναι αυτός που θεραπεύει επιτυχώς, ενώ ένας κακός γιατρός είναι αυτός που η θεραπεία που θα προτείνει δεν θα έχει αποτέλεσμα (The Patrin Web Journal, 2000).

Στον πολιτισμό των Ρομά, ένας άνθρωπος ορίζεται ως υγιής όσο είναι ικανός να ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του υποχρεώσεις. Η άγνοια των αρχικών προειδοποιήσεων της κάθε ασθένειας και η καθυστέρηση φροντίδας, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα να φτάσουν στον ιατρό σε δυσμενή κατάσταση, γιατί η ασθένεια πιθανόν να μην επιδέχεται θεραπεία σε αυτό το στάδιο. Ως εκ τούτου, η νοσηρότητα ανάμεσα στους Ρομά είναι ιδιαίτερα υψηλή, αφού ως επί το πλείστον δεν αναζητούν περίθαλψη στα πρώιμα στάδια της κάθε ασθένειας. Επιπλέον, η ασθένεια επηρεάζει όλη την υπόλοιπη κοινότητα, αφού αποτελεί ένα θέμα που απασχολεί όλο το οικογενειακό περιβάλλον, που συνήθως απουσιάζουν σκόπιμα από τις δουλειές τους, προκειμένου να φροντίσουν, με τους δικούς τους τρόπους, τον νοσούντα συγγενή τους (Marssid, 2009).

Κοινωνική ένταξη των Ρομά

Επειδή οι Ρομά δεν αποτελούν μία ενιαία κατηγορία, διακρίνονται από την Ε.Ε. τέσσερις (4) κατηγορίες:

- κοινότητες Ρομά που διαμένουν σε πυκνοκατοικημένες αστικές περιοχές,
- κοινότητες Ρομά που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές ή σε μικρές πόλεις,



- κοινότητες Ρομά που δεν διαμένουν κάπου μόνιμα, καθώς είναι πλανόδιες, αλλά διαθέτουν την υπηκοότητα κάποιας χώρας της Ε.Ε.
- κοινότητες Ρομά που δεν διαμένουν κάπου μόνιμα, καθώς είναι πλανόδιες, και ούτε διαθέτουν την υπηκοότητα κάποιας χώρας της Ε.Ε.

Κατά την πρώτη συνεδρίαση της Ευρωπαϊκής Πλατφόρμας για την ένταξη των Ρομά στις 24 Απριλίου του 2009, παρουσιάστηκαν οι δέκα (10) βασικές κοινές αρχές, ενώ στην ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στις 5 Απριλίου του 2011, παρουσιάστηκε το πλαίσιο της Ε.Ε. για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά μέχρι το 2020, με το οποίο ζητήθηκε από όλα τα κράτη μέλη να εφαρμόσουν ολοκληρωμένες στρατηγικές για την ισότιμη πρόσβαση στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στη στέγαση. Οι προτάσεις για τις στρατηγικές που κατατέθηκαν, αξιολογήθηκαν με την ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στις 21 Μαΐου 2012 (Αμίτσης, 2014).

Με την ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στις 26 Ιουνίου 2013, πέντε (5) κράτη μέλη της Ε.Ε. και συγκεκριμένα η Βουλγαρία, η Τσεχία, η Ουγγαρία, η Σλοβακία και η Ρουμανία έλαβαν ειδικές συστάσεις σχετικά με την ένταξη των Ρομά. Με την ίδια ανακοίνωση προτάθηκε η σύσταση του συμβουλίου σχετικά με την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των μέτρων για την επίτευξη της ένταξης των Ρομά, η οποία εγκρίθηκε με την ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στις 24 Δεκεμβρίου 2013 (Αμίτσης, 2014).

Ο σκοπός της ανωτέρω σύστασης είναι η καθοδήγηση των κρατών μελών για την θέσπιση αποτελεσματικότερων μέτρων για την ένταξη των Ρομά και για την αυστηρότερη εφαρμογή των εθνικών τους στρατηγικών στο πλαίσιο ευρύτερων πολιτικών κοινωνικής ένταξης των Ρομά και τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ των Ρομά και του υπόλοιπου πληθυσμού. Ο σκοπός αυτός θα μπορούσε να επιτευχθεί με την λήψη οριζόντιων ή στοχευμένων μέτρων όπως είναι η πρόσβαση στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στην υγειονομική περίθαλψη, στη στέγαση, η επαρκής χρηματοδότηση, η απαγόρευση των διακρίσεων, η προστασία των παιδιών και των γυναικών Ρομά και η μείωση της φτώχειας μέσω κοινωνικών επενδύσεων (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2013/C378/01).



Μελέτες για τους Ρομά

Σε μελέτη που διεξήχθη σε οικογένειες Ρομά στην Βοσνία και Ερζεγοβίνη το 2007, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο της υγείας τους είναι σημαντικά χειρότερο από το μέσο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού και ότι τα προβλήματα της υγείας τους σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα της ζωής τους. Καθώς οι γονείς Ρομά ήταν ανασφάλιστοι στην συντριπτική πλειοψηφία τους, τα τέκνα τους δεν είχαν δικαίωμα πρόσβασης στο Σύστημα Υγείας. Οι γονείς Ρομά αναζητούν ιατρική περίθαλψη, μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις, όπως υψηλός πυρετός ή έντονο κοιλιακό άλγος (Nikšić & Kurspahić-Mujčić, 2007).

Σε μία άλλη μελέτη που διεξήχθη σε Ρομά στην Ευρώπη, επίσης το 2007, αναδείχθηκαν τα προβλήματα που τους απασχολούν και επηρεάζουν την πρόσβαση τους στις Υπηρεσίες Υγείας και είναι η μετακίνηση, οι χαμηλοί στόχοι υγείας, η επιθυμία διατήρησης του ελέγχου, οι προκαταλήψεις και ο φόβος για τον θάνατο. Για τους Ρομά, όταν προκύπτει κάποια νόσος είναι κάτι σαν μια φυσιολογική εξέλιξη, μια αναπόφευκτη επίπτωση του κακού βιοτικού επιπέδου, του ακατάλληλου περιβάλλοντος που ζουν και των δυσμενών βιωμάτων της ζωής τους. Επομένως, είναι αναμενόμενη και γίνεται εύκολα αποδεκτή (Van Cleemput, Parry, Thomas, Peters & Cooper, 2007).

Το 1987, η Μ.Κ.Ο. «Saint Lucia Foundation Patronage» υλοποίησε την «Προαγωγή της Υγείας μεταξύ του προγράμματος των εθνοτικών μειονοτήτων της Ναβάρρας» (Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities). Αυτό το πρόγραμμα στόχευε στην μελέτη των Ρομά στην Ναβάρρα της Ισπανίας, που ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Η μελέτη χρησιμοποίησε ως διαμεσολαβητές μέλη από την κοινότητα των Ρομά που έλαβαν εκτενή εκπαίδευση. Οι διαμεσολαβητές λειτουργούν ως ενδιάμεσος μεταξύ της κοινότητας των Ρομά και της πολιτικής, αξιολογώντας τις ανάγκες και τις προσδοκίες, αναπτύσσοντας μια τοπική στρατηγική για την εφαρμογή του σχεδίου. Μέχρι το 2005, είχε επεκταθεί σε πολλές ζώνες και είχε άμεση επαφή με περισσότερους από τους μισούς από τους 6000–7000 Ρομά που ζούσαν στη Ναβάρρα (Jarauta, Angeles Goya Arive & Merino Merino, 2010).



Το πρόγραμμα πέτυχε υψηλότερα επίπεδα κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της καλύτερης φροντίδας μητέρας και παιδιού, αυξάνοντας την συμμετοχή των Ρομά τόσο σε διάφορα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης και πρόληψης, όσο και στην σχολική φοίτηση. Από την επιτυχία του, παρόμοια προγράμματα έχουν ξεκινήσει και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016).

Σε μία άλλη μελέτη που διεξήχθη σε Ρομά στην Λάρισα το 2005, στην οποία διατυπώθηκαν οι απόψεις τους σε θέματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της άποψης τους για τον εμβολιασμό, για τη διατροφή τους, για τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά και για την καθημερινότητα τους. Στην μελέτη πήραν μέρος 200 συμμετέχοντες Ρομά. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση και κατά μέσο όρο είχαν τέσσερα παιδιά. Το 19,2% του δείγματος κατοικούσε σε μονοκατοικία, το 23,4% σε αντίσκηνο, το 19,1% σε τροχοκινούμενη οικία, ενώ το 38,3% σε καταυλισμό. Οι διατροφικές τους συνήθειες απείχαν κατά πολύ από την κλασική μεσογειακή διατροφή. Οι άντρες σε καθημερινή βάση κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά, σε υψηλότερο βαθμό σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ πάνω από τους μισούς ήταν καπνιστές. Η επαγγελματική ενασχόληση διέφερε επίσης μεταξύ των δύο φύλων. Παραπάνω από τους μισούς είχαν ασφάλιση απουρίας, το 7% είχε ασφαλιστεί στο Ι.Κ.Α., το 16% στον Ο.Α.Ε.Ε., το 14% στον Ο.Γ.Α. και το 4% στον Τ.Ι.Κ.Τ.Ε. Το 80% του δείγματος πίστευε ότι υγεία σημαίνει απουσία κάποιας ασθένειας, ενώ ως δεύτερος ορισμός της υγείας δόθηκε, από το 42% του δείγματος, η ικανότητα προς εργασία (Κοτρώτσιου, Ζαχαρή, Μαλλιαρού, Μπαρμπούτα, Μπαρμπούτα, Παραλίκας & Γκούβα, 2019).

Σε μία ακόμα μελέτη που διεξήχθη σε Ρομά στην Λάρισα το 2003, είχε αναζητηθεί επίσης ο ορισμός της υγείας, για την οποία πίστευαν ότι είναι η βέλτιστη εφικτή κατάσταση σε συγκεκριμένο χρόνο, η απουσία νόσου, ανικανότητας και άλγους, η σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία και η μακροζωία. Η προαγωγή της γίνεται ατομικά και επιτυγχάνεται κυρίως με την κάλυψη των καθημερινών αναγκών, όπως τη διατροφή και την στέγαση και με εμπειρικές μεθόδους (Κοτρώτσιου, Ζαχαρή, Μαλλιαρού, Μπαρμπούτα, Μπαρμπούτα, Παραλίκας & Γκούβα, 2019).



Δυσκολίες στην πρόσβαση των Ρομά στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι Ρομά αντιμετωπίζουν σοβαρούς φραγμούς σχετικά με την πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας. Οι φραγμοί αυτοί προέρχονται από το γεγονός ότι πολλοί είναι ανασφάλιστοι, από τη γεωγραφική τους περιθωριοποίηση, από την ελλιπή πληροφόρηση, αλλά και σε γλωσσικούς και επικοινωνιακούς φραγμούς και το ρατσισμό (European Roma Rights Centre, 2006) (Council of Europe and EUMC, 2003).

Οι υγειονομικές ανισότητες που αντιμετωπίζουν οι Ρομά που κατοικούν στην Ευρώπη συνιστούν μια διαρκή και επίμονη πρόκληση για την παροχή των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Οι ανωτέρω μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι Ρομά έχουν χαμηλό επίπεδο υγείας και χειρότερες συνθήκες ζωής εν συγκρίσει με τον υπόλοιπο πληθυσμό και στο ότι χρειάζονται περισσότερα στοιχεία για να οργανωθούν οι βέλτιστες παρεμβάσεις για να συρρικνώσουν αυτό το χάσμα. Το χαμηλό υγειονομικό επίπεδο των Ρομά είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό συνδεδεμένο με τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (Foldes & Covaci, 2011).

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι Ρομά βιώνουν συγκεκριμένες υγειονομικές ανισότητες, οι οποίες δεν είναι εύκολο να αιτιολογηθούν πλήρως βάσει μόνο των κοινωνικών και των οικονομικών αιτιών (Masseria, Mladovsky & Hernández-Quevedo, 2010).

Διαχωρισμός των Ρομά με βάση το φύλο

Όπως συμπεράναν αρκετές έρευνες, ο άνδρας Ρομά και συγκεκριμένα ο ιδιαίτερα μεγάλος σε ηλικία, έχει μια αυξημένη θέση κύρους και σεβασμού στην οικογένεια των Ρομά. Μόνο σε πολύ επείγουσες περιπτώσεις, ένας ηλικιωμένος Ρομά θα μεταφερθεί σε νοσοκομειακό ίδρυμα. Οι άνδρες Ρομά, όταν αναφέρονται σε θέματα σχετικά με την υγεία τους, αναφέρονται στην απουσία συγκεκριμένων νόσων, αφού για αυτούς η υγεία ορίζεται αποκλειστικά ως η απουσία νόσου. Όμως, βιώνουν στην καθημερινότητά τους έντονο άγχος, ειδικά σε ότι αφορά τον πατριαρχικό τους ρόλο, αλλά και για την υπεράσπιση των πεποιθήσεών τους για την αξιοπρέπεια και περηφάνια της οικογένειας (Hodgins & Fox, 2012).



Οι άνδρες Ρομά έχουν πολύ αυξημένη την κουλτούρα της πατριαρχίας στην καθημερινότητά τους. Αυτός ο τύπος άνδρα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα πράξεων, ιδεών, συμπεριφορών, εκφράσεων, απόψεων και προτιμήσεων, όπου προκαλούν συχνά νόσο ή ατύχημα, άρα επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας τους. Οι συμπεριφορές αυτές είναι άμεσα συνδεδεμένες με την άγνοια των κανόνων ασφαλείας, την επίδειξη της σωματικής ισχύος και την αδιαφορία για τον πόνο (Courtenay, 2000).

Οι γυναίκες Ρομά, έχουν πιο υποβαθμισμένο ρόλο από τους άνδρες Ρομά στην κοινότητά τους, παρόλα αυτά όμως, με βάση τις απόψεις των ιδίων, είναι ένας ρόλος πολύ σημαντικός. Σε πολλά θέματα, όπως οικονομικά αλλά και επαγγελματικά, εκφέρουν άποψη, αλλά οι δικές τους αποφάσεις πρέπει να έχουν την συγκατάθεση του άνδρα τους ή του πατέρα τους. Έχουν σεβασμό και φροντίδα, την οποία προσφέρουν στο οικείο περιβάλλον τους. Είναι αντιμέτωπες με θέματα τιμής, αφού οι πεποιθήσεις τους διαχωρίζουν το σώμα τους: στο επάνω μέρος που δεν υπάρχει καμία ντροπή και στο κάτω μέρος που αποτελεί αντικείμενο ντροπής, καθώς θεωρούν την εμμηνόρροια ως σωματική ακαθαρσία. Για την προστασία τους, οι γυναίκες Ρομά έχουν υιοθετήσει σχεδόν σε αποκλειστικότητα την ένδυση με φούστα (The Patrín Web Journal, 2000).

Κατάθλιψη στους Ρομά

Ο τρόπος ζωής των Ρομά, τους εκθέτει άμεσα στον κίνδυνο της κατάθλιψης. Όπως συμβαίνει και στον υπόλοιπο κόσμο, έτσι και στους Ρομά, οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά στην κατάθλιψη έναντι των ανδρών (Carr, 2001).

Οι πιο συχνοί παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης στις γυναίκες Ρομά είναι οι κακές εργασιακές συνθήκες, η ύπαρξη μικρού παιδιού σε συνδυασμό με την απουσία του πατέρα από το σπίτι λόγω εργασίας. Όταν μια μητέρα δεν εργάζεται και ασχολείται αποκλειστικά με την ανατροφή των παιδιών της, όπως δηλαδή συνηθίζουν οι γυναίκες Ρομά, είναι ένα γεγονός ιδιαίτερα στρεσογόνο (O' Connor, 1998).

Καθώς η θέση των γυναικών στην κοινωνία των Ρομά υστερεί σε σχέση με την θέση των ανδρών, οι γυναίκες Ρομά είναι αναγκασμένες να έχουν καθημερινά μια



υποτακτική συμπεριφορά, που αυξάνει την ντροπή και την κατάθλιψη (Gilbert & Miles, 2000).

Τέλος, σε μελέτη που διεξήχθη στις γυναίκες Ρομά της Φιλανδίας το 2001, διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζαν τα ίδια οξεία συμπτώματα, όπως άλγος, κεφαλαλγία και κατάθλιψη και ταυτόχρονα ότι λάμβαναν την ίδια φαρμακευτική αγωγή (Lehti & Mattson, 2001).

3.7 Ακραία - σχετική φτώχεια

Η φτώχεια είναι ένα πολυσύνθετο ζήτημα σε μια κοινωνία, δεν έχει κάποιο σαφή ορισμό, αλλά έχουν δοθεί πολλές και διαφορετικές διατυπώσεις (Boltvinik, 2003).

Ο πλέον διαδεδομένος ορισμός της φτώχειας είναι μια ανθρώπινη κατάσταση που την χαρακτηρίζει η παρατεταμένη στέρηση εσόδων, δυνατοτήτων, επιλογών, ασφάλειας και δύναμης, που αποτελούν κριτήρια για την απόλαυση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης. Όσοι ζουν σε κατάσταση φτώχειας αντιμετωπίζουν κοινωνικό αποκλεισμό από τα υπόλοιπα άτομα (United Nations, 2012).

Πολλές φορές, η φτώχεια λανθασμένα θεωρείται ως μια μόνιμη κατάσταση σε έναν άνθρωπο ή μια οικογένεια, καθώς τις περισσότερες φορές είναι μια προσωρινή κατάσταση. Μια ακόμα λανθασμένη άποψη είναι ότι για την φτώχεια που βιώνει ένας άνθρωπος ευθύνεται αποκλειστικά ο ίδιος, καθώς είναι πολλές οι περιπτώσεις που δεν οφείλεται σε δική του υπαιτιότητα, όπως στα παιδιά και στα Άτομα με Αναπηρία. (Handler & Hasenfeld, 2006).

Η φτώχεια κατηγοριοποιείται ως **ακραία φτώχεια** (Absolute Poverty) που είναι η αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών, όπως η διατροφή, η στέγαση, ο ρουχισμός και ως **σχετική φτώχεια** (Relative Poverty) που είναι η εισοδηματική ανισότητα σε σχέση με τα μέσα επίπεδα της χώρας στην οποία διαμένουν (Συνήγορος του Πολίτη, 2014).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), για το 2020 η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη υψηλότερη θέση της Ε.Ε. σε ό,τι αφορά το ποσοστό (27,5%) του πληθυσμού που διατρέχει τον κίνδυνο της φτώχειας, μετά τη Ρουμανία



και τη Βουλγαρία, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 21,9%, που αντιστοιχεί σε 96,5 εκατομμύρια ανθρώπους (Eurostat, 2020).

Πιο συγκεκριμένα:

- Κοντά στο όριο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού βρίσκεται στην Ελλάδα το 31,5% του ανήλικου πληθυσμού, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 24,2%.
- Κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού αντιμετωπίζει στην Ελλάδα το 29,7% των νοικοκυριών με παιδιά, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 22,3%, και το 25,7% των νοικοκυριών χωρίς παιδιά, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 21,6%.
- Ποσοστό 28,8% των γυναικών και 26,1% των ανδρών στην Ελλάδα διατρέχουν τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 22,9% και 20,9% αντίστοιχα.
- Οι άνεργοι στην Ελλάδα διατρέχουν τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού σε ποσοστό 67,5%, ενώ οι εργαζόμενοι σε ποσοστό 16,1% όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 66,2% και 11,8% αντίστοιχα.

Η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία υπολογίζει ότι το όριο του κινδύνου φτώχειας καθορίζεται στο 60% του εθνικού διάμεσου ισοδύναμου συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού (δείκτης AROPE). Ως συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού θεωρείται το συνολικό καθαρό εισόδημα του νοικοκυριού για το προηγούμενο έτος, δηλαδή το εισόδημα που προκύπτει από εργασία, ακίνητη περιουσία, συντάξεις, μεταβιβάσεις, τεκμαρτό εισόδημα (Σούλης, 2015).

Οι οικονομικά επισφαλείς πολίτες στην Ελλάδα, σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι στην Ε.Ε., κατοικούν σε ιδιόκτητες κατοικίες, γεγονός που απομακρύνει μια από τις μεγαλύτερες πηγές ανασφάλειας που δημιουργεί η φτώχεια και το χαμηλό εισόδημα, που είναι η απώλεια στέγης. Ο συνυπολογισμός αυτού του παράγοντα μειώνει το ποσοστό των φτωχών στην Ελλάδα (Clemans-Cope & Kenney, 2007).

Η έννοια της «ακραίας φτώχειας» εισήχθη για πρώτη φορά στην Ελληνική Νομοθεσία με την υποπαράγραφο ΙΑ.3. του άρθρου πρώτου του νόμου Ν.4093/2012



(ΦΕΚ 222/Α/2012) για το κανονιστικό πλαίσιο πιλοτικής εφαρμογής του Προγράμματος Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος και εξειδικεύθηκε με την Κ.Υ.Α. 39892/ΓΔ1.2/7.11.2014 (ΦΕΚ 3018/Β/2014) «Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του πιλοτικού προγράμματος Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα» (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη, 2014).

3.8 Δείκτες παρακολούθησης της φτώχειας

Οι στατιστικές της Ε.Ε. για την εισοδηματική φτώχεια ξεκίνησαν το 2003 με την ονομασία **EU-SILC** (EU statistics on income and living conditions), δηλαδή με την έρευνα του Εισοδήματος και των Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών και είναι η πηγή αναφοράς για συγκριτικές στατιστικές σχετικά με την κοινωνική ένταξη στην Ε.Ε. Από το 2001 έχουν εγκριθεί κοινοί στατιστικοί δείκτες για τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια. Οι δείκτες αυτοί αποτελούν θεμελιώδες στοιχείο στο πλαίσιο της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού (Α.Μ.Σ.) για την παρακολούθηση της καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού από τα κράτη μέλη της Ε.Ε. (Eurostat, 2021).

Οι πιο διαδεδομένοι δείκτες παρακολούθησης της φτώχειας είναι οι εξής (Σούλης, 2015):

- **Ποσοστό των ατόμων που ζει στα όρια της φτώχειας (δείκτης AROPE):** Ο δείκτης AROPE, εκφράζει το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που αντιμετωπίζει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και είναι ο κύριος δείκτης για την παρακολούθηση του σχετικού με τη φτώχεια στόχου της στρατηγικής «Ευρώπη 2020».
- **Διάμεσος του χάσματος σχετικής φτώχειας:** Η διαφορά μεταξύ του διάμεσου εισοδήματος και του ίδιου του ορίου για τα άτομα που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας.
- **Ποσοστό των ατόμων που ζει στα όρια της φτώχειας με χρόνια χαρακτήρα:** Άτομα που ζουν στα όρια της φτώχειας το τρέχον έτος και για τουλάχιστον 2 από τα 3 προηγούμενα έτη.
- **Ανισότητα στην κατανομή του εισοδήματος:** Αναλογία του συνολικού εισοδήματος που προέρχεται από το 20% των ατόμων με το μεγαλύτερο



εισόδημα προς εκείνο που προέρχεται από το 20% των ατόμων με το χαμηλότερο εισόδημα.

- **Προσδόκιμο υγιούς ζωής:** Εκτίμηση για τα έτη που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο σε υγιή κατάσταση.
- **Ποσοστό των ατόμων που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο:** Ποσοστό των ατόμων ηλικίας 18-24 ετών που δεν έχουν παρακολουθήσει κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα τον τελευταίο μήνα.
- **Ποσοστό των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά ανέργων:** Ποσοστό ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά όπου δεν εργάζεται κανένας.
- **Προβολή συνολικών δημόσιων κοινωνικών δαπανών:** Προβολή ανά ηλικιακή ομάδα των συνολικών δημόσιων κοινωνικών δαπανών ως ποσοστό του Α.Ε.Π.
- **Διάμεσο σχετικό εισόδημα των ηλικιωμένων:** Διάμεσο εισόδημα ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών ως αναλογία του διάμεσου εισοδήματος έως 64 ετών.
- **Σωρευμένο ποσοστό αναπλήρωσης:** Διάμεσες συντάξεις των ατόμων ηλικίας 65-74 ετών ως αναλογία των διάμεσων αποδοχών 50-59 ετών.
- **Αυτοαναφερόμενη ακάλυπτη ανάγκη ιατρικής περίθαλψης:** Εξετάζεται σε συνδυασμό με τον αριθμό των επισκέψεων στην Π.Φ.Υ. κατά το τελευταίο έτος.
- **Προσαρμοσμένο ποσοστό ατόμων στα όρια της φτώχειας σε δεδομένη χρονική στιγμή:** Ποσοστό ατόμων με εισόδημα κάτω από τα όρια της φτώχειας, προσαρμοσμένο με τον πληθωρισμό για τα επόμενα έτη.
- **Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων:** Εργαζόμενοι στις ηλικίες 55-59 και 60-64, ως ποσοστό επί του συνόλου των ατόμων της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας.
- **Κίνδυνος φτώχειας στην εργασία:** Άτομα που θεωρούνται εργαζόμενοι, αλλά απειλούνται από την φτώχεια.
- **Ποσοστό απασχόλησης:** Ποσοστό απασχολούμενων στο σύνολο του ενεργού πληθυσμού.



- **Συντελεστής απόκλισης ποσοστών απασχόλησης ανά Περιφέρεια:** Τυπική απόκλιση των ποσοστών απασχόλησης ανά Περιφέρεια διαιρουμένων με τον σταθμισμένο εθνικό μέσο όρο.
- **Συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας:** Σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης.

3.9 Παιδική φτώχεια

Επένδυση στα παιδιά – σπάζοντας τον κύκλο της μειονεξίας

Σύμφωνα με την σύσταση της 20^{ης} Φεβρουαρίου 2013 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου με τίτλο «Επένδυση στα παιδιά – σπάζοντας τον κύκλο της μειονεξίας» (Investing in children: breaking the cycle of disadvantage), σε συνδυασμό με το άρθρο 3 της Σ.Ε.Ε. που αναφέρει ρητά την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού ως έναν από τους στόχους και τις αξίες της Ε.Ε. και σε συνδυασμό με το άρθρο 153 της Σ.Λ.Ε.Ε. που απαριθμεί τους τομείς της κοινωνικής πολιτικής στους οποίους η Ε.Ε. υποστηρίζει και συμπληρώνει, όπως είναι η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, γίνεται έκκληση για προσέγγιση υπό το πρίσμα των δικαιωμάτων του παιδιού και για ολοκληρωμένες στρατηγικές με βάση τους παρακάτω τρεις (3) πυλώνες (Αμίτσης, 2014):

1. **Την πρόσβαση σε επαρκείς πόρους** (Access to adequate resources) προκειμένου να μειωθεί η υλική στέρηση μέσω της στήριξης της συμμετοχής των γονέων στην αγορά εργασίας και την εξασφάλιση επαρκούς βιοτικού επιπέδου μέσω ενός συνδυασμού παιδικών και οικογενειακών παροχών.
2. **Την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες** (Access to affordable quality services) μέσω της βελτίωσης της πρόσβασης σε οικονομικά προσιτές υπηρεσίες προσχολικής εκπαίδευσης, της βελτίωσης του αντίκτυπου των εκπαιδευτικών συστημάτων στην ισότητα των ευκαιριών, της βελτίωσης της επίδρασης των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση των αναγκών των μειονεκτούντων παιδιών, της παροχής στα παιδιά ασφαλούς και κατάλληλης στέγασης και περιβάλλοντος διαβίωσης, της ενίσχυσης της στήριξης της οικογένειας και της ποιότητας των εναλλακτικών συστημάτων φροντίδας.



3. **Το δικαίωμα συμμετοχής των παιδιών** (Children's right to participate) μέσω της στήριξης της συμμετοχής όλων των παιδιών σε δραστηριότητες παιχνιδιού και αναψυχής, αθλητικές, πολιτιστικές και δραστηριότητες άτυπης μάθησης που πραγματοποιούνται εκτός του σχολικού πλαισίου, της θεσμοθέτησης μηχανισμών που προωθούν τη συμμετοχή των παιδιών στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τη ζωή τους.

Ο πρώτος πυλώνας της σύστασης της 20^{ης} Φεβρουαρίου 2013 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου εστιάζει στη διασφάλιση ότι οι γονείς έχουν πρόσβαση σε πόρους, μέσω της απασχόλησής τους. Το δικαίωμα πρόσβασης σε αυτούς τους πόρους καλύπτεται από τα διεθνή και τα ευρωπαϊκά ανθρώπινα δικαιώματα. Αν και η πρόσβαση σε επαρκείς πόρους δεν καλύπτεται από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Σ.Δ.Α.) ή διεθνώς European Convention on Human Rights, η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Δ.Δ.Α.) ή διεθνώς European Court of Human Rights, τονίζει τη σημασία της πρόσβασης και τις συνέπειες που μπορεί να έχουν στην οικογενειακή ενότητα και τον σεβασμό του δικαιώματος στην οικογενειακή ζωή, όπως προστατεύεται από το άρθρο 8 της Ε.Σ.Δ.Α. Ο πρώτος πυλώνας επίσης προτείνει παροχές σε χρήμα, όπως φορολογικά κίνητρα, οικογενειακά, επιδόματα στέγασης και συστήματα ελάχιστου εισοδήματος. Προτείνει παροχές σε είδος που σχετίζονται με τη διατροφή, τη φροντίδα των παιδιών, την εκπαίδευση, την υγεία, τη στέγαση, τις μεταφορές και την πρόσβαση στον αθλητισμό ή σε κοινωνικοπολιτιστικές δραστηριότητες. Οι παροχές αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τα παιδιά που ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες, καθώς διατρέχουν υψηλό κίνδυνο φτώχειας, αφού μόνο ένα άτομο στο νοικοκυριό, τις περισσότερες φορές η μητέρα, παρέχει εισόδημα μέσω της εργασίας. Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας των ατόμων που ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες είναι 34%, έναντι 17,6 % για τα άτομα που ζουν σε οικογένειες με δύο ενήλικες γονείς (European Union Agency for Fundamental Rights, 2018).

Ο δεύτερος πυλώνας της σύστασης της 20^{ης} Φεβρουαρίου 2013 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου εστιάζει στη διασφάλιση της πρόσβασης γονέων και παιδιών σε προσιτές ποιοτικές υπηρεσίες, ιδίως σε σχέση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με την εκπαίδευση, την στέγαση για την πρόληψη της



γκετοποίησης και του διαχωρισμού και την εναλλακτική φροντίδα για παιδιά που στερούνται τη γονική μέριμνα. Επισημαίνεται επίσης ότι η φτώχεια δεν είναι ποτέ ο μοναδικός λόγος για την αφαίρεση ενός παιδιού από τον γονέα και ότι η υλική στέρηση μιας οικογένειας πρέπει να αντιμετωπιστεί για να μπορέσουν τα παιδιά να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στη φροντίδα των γονιών τους (European Union Agency for Fundamental Rights, 2018).

Ο τρίτος πυλώνας της σύστασης της 20^{ης} Φεβρουαρίου 2013 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου εστιάζει στη διασφάλιση ότι τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τις απόψεις τους, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε θέματα που επηρεάζουν τη ζωή τους. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) ή διεθνώς United Nations (UN), η φτώχεια μπορεί να επηρεάσει το δικαίωμα συμμετοχής των παιδιών, ενώ η έλλειψη συμμετοχής μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο της φτώχειας και της περιθωριοποίησης, δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο (European Union Agency for Fundamental Rights, 2018).

Εναλλακτική φροντίδα

Όπως επισημάνθηκε στο δεύτερο πυλώνα της σύστασης της 20^{ης} Φεβρουαρίου 2013 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, η αφαίρεση των παιδιών από τους γονείς τους θα πρέπει να θεωρείται πάντα ως μέτρο έσχατης ανάγκης και μόνο σε περιπτώσεις που για να διασφαλιστεί η άμεση ασφάλεια ενός παιδιού, μπορεί να κριθεί ότι απαραίτητο να αφαιρεθεί η φροντίδα της οικογένειάς του και να τοποθετηθεί σε εναλλακτική φροντίδα (alternative care). Ένα παιδί πρέπει να τίθεται σε εναλλακτική φροντίδα ως μέτρο προστασίας στις περιπτώσεις που ελλοχεύει ο κίνδυνος παραμέλησης, βίας ή κακοποίησης από την οικογένειά του. Σε όλες τις περιπτώσεις, η τοποθέτηση ενός παιδιού σε εναλλακτική φροντίδα θα πρέπει να είναι προσωρινή και να επανεξετάζεται τακτικά. Ειδικά για τις περιπτώσεις όπου τα παιδιά διαβιούν σε ιδρύματα παιδικής προστασίας, υπάρχει ο κίνδυνος κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς τα παιδιά στερούνται τις διαπροσωπικές επαφές που ζωτικής σημασίας για την πνευματική και συναισθηματική τους ανάπτυξη, απομονώνονται από το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον και αδυνατούν να αναπτύξουν τις κοινωνικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για να ζήσουν μία ανεξάρτητη ενήλικη ζωή. Οι γονείς θα πρέπει να συνεχίσουν να λαμβάνουν ενεργή υποστήριξη για να



επιλύσουν τις αιτίες που οδήγησαν στην απομάκρυνση των παιδιών τους, ώστε τα παιδιά να μπορέσουν να επιστρέψουν στην οικογενειακή τους στέγη το συντομότερο δυνατό (UNICEF, 2018).

Ενώ είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι τα παιδιά δεν πρέπει να τίθενται σε ιδρυματική φροντίδα, καθώς στα ιδρύματα παιδικής προστασίας υπάρχει ο κίνδυνος κοινωνικού αποκλεισμού, οι επιπτώσεις της **ανάδοξης φροντίδας** (Foster care) είναι λιγότερο ευρέως αναγνωρισμένες. Η ανάδοχη φροντίδα δεν πρέπει να θεωρείται ως ισοδύναμη με τη γονική μέριμνα ή της φροντίδα του παιδιού από μια συγγενική οικογένεια, αφού η αναδοχή είναι μία βραχυπρόθεσμη δέσμευση για τη φροντίδα ενός παιδιού και όχι μια μόνιμη σχέση. Η παροχή μόνο ενός καθαρού σπιτιού και θρεπτικών γευμάτων δεν ικανοποιεί τις ανάγκες ενός παιδιού. Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις όπου η τοποθέτηση ενός παιδιού σε ανάδοχη φροντίδα ήταν μία τραυματική εμπειρία που είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη του παιδιού (UNICEF, 2018).

Η αποτυχία της ιδρυματικής φροντίδας και η αυξανόμενη αναγνώριση των ελλείψεων των άλλων μορφών εναλλακτικής φροντίδας σε σύγκριση με την οικογενειακή φροντίδα, έχει οδηγήσει σε ριζική αλλαγή στον τρόπο σχεδιασμού και υλοποίησης των παρεμβάσεων κοινωνικής προστασίας. Τα μέτρα προστασίας δίνουν πλέον προτεραιότητα στη στήριξη των οικογενειών για τη φροντίδα των παιδιών τους, την παρέμβαση για τον μετριασμό του κινδύνου παραμέλησης, βίας ή κακοποίησης, με παράλληλο σεβασμό των δικαιωμάτων των παιδιών στην οικογενειακή ζωή και αναγνωρίζοντας τον ζωτικό ρόλο που διαδραματίζουν οι στενές σχέσεις με την οικογένεια στην πνευματική και συναισθηματική ανάπτυξη και ευημερία των παιδιών (UNICEF, 2018).

Παιδική φτώχεια και προβλήματα υγείας

Η φτώχεια συσχετίζεται με ασθένειες και γενικότερα με την κακή υγεία των παιδιών, τα οποία είναι θύματα χωρίς να ευθύνονται. Οι άνθρωποι που από την γέννησή τους ζουν σε ένα περιβάλλον φτώχειας, παρουσιάζουν προβλήματα στην υγεία τους, τα οποία χειροτερεύουν με την πάροδο των ετών. Τα παιδιά των φτωχών οικογενειών δεν τρέφονται σωστά με αποτέλεσμα να μην έχουν μια φυσιολογική ανάπτυξη, να έχουν μια κακή κατάσταση της υγείας τους που μερικές φορές οδηγεί



ακόμα και σε αναπηρίες. Άλλες συνέπειες είναι τα προβλήματα προσαρμογής και η κακή επίδοση στο σχολικό περιβάλλον. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει ότι η παιδική φτώχεια σχετίζεται με χαμηλότερη νοημοσύνη, ψυχολογική ανάπτυξη, γνωστικές λειτουργίες, στην μνήμη, στη μάθηση και στην ομιλία (Lott, 2002).

Παιδική φτώχεια στην Ε.Ε.

Η αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού βρίσκεται στο επίκεντρο της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Τα δεδομένα της τελευταίας δεκαετίας δείχνουν ότι τα παιδιά διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού από τον υπόλοιπο πληθυσμό στην Ε.Ε. Η παιδική φτώχεια αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα στην Ε.Ε., καθώς περίπου 20 εκατομμύρια παιδιά, ήτοι το ένα τέταρτο του πληθυσμού ηλικίας 0-18 ετών, είναι εκτεθειμένο στον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού. Βάσει όλων των μελετών όμως, η επένδυση με χαμηλό κόστος κατά την παιδική ηλικία, αποφέρει οφέλη σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Στη νομοθεσία της Ε.Ε. δεν προβλέπεται η απευθείας χρηματοδότηση για την καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας (European Commission, 2020).

Σύμφωνα με την μελέτη σκοπιμότητας για την **Ευρωπαϊκή Εγγύηση για τα παιδιά** (Feasibility Study for a Child Guarantee) (FSCG) που πραγματοποιήθηκε το 2019 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 340.000 παιδιά υπολογίστηκε ότι ζουν σε ιδρύματα παιδικής προστασίας σε ολόκληρη την Ε.Ε. Η μείωση του αριθμού των παιδιών που διαμένουν σε ιδρύματα μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο μέσω μέτρων που περιλαμβάνουν την οικογενειακή υποστήριξη, την ανάδοχη φροντίδα και την υιοθέτηση προτύπων εναλλακτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας. Πολλά από τα ιδρύματα αυτά είναι ανεπαρκή και ασύμβατα με τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, παρά το ισχυρό διεθνές και ευρωπαϊκό πλαίσιο που προστατεύει και προάγει τα δικαιώματα των παιδιών στην εναλλακτική περίθαλψη (European Commission, 2020).

Ευρωπαϊκή Εγγύηση για τα παιδιά

Τον Μάρτιο του 2021 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε τα προτεινόμενα μέτρα για την προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού και τη στήριξη των παιδιών που έχουν ανάγκη, μέσω της έγκρισης της πρώτης ολοκληρωμένης στρατηγικής της Ε.Ε. για τα δικαιώματα του παιδιού, καθώς και μέσω της πρότασης σύστασης του



Συμβουλίου για τη θέσπιση ευρωπαϊκής εγγύησης για τα παιδιά (**Child Guarantee**), για την καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Η στρατηγική της Ε.Ε. για το πρόγραμμα «Child Guarantee», αποφασίσθηκε κατόπιν διαβουλεύσεων με πολίτες, ενδιαφερόμενους φορείς και, κυρίως, με περισσότερα από 10.000 παιδιά, οι απόψεις των οποίων συγκεντρώθηκαν μέσω ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου, και αποτελείται από έξι θεματικές ενότητες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021):

- **Θεματική ενότητα 1:** Το δικαίωμα των παιδιών να συμμετέχουν στην πολιτική και δημοκρατική ζωή. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει ότι τα κράτη μέλη οφείλουν να εντάξουν τα παιδιά στον πολιτικό και δημοκρατικό βίο μέσω της διεξαγωγής διαβουλεύσεων. Κάτι τέτοιο άλλωστε ορίζεται και στο άρθρο 24 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU Charter of Fundamental Rights), αλλά και στο άρθρο 12 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού (United Nations Convention on the Rights of the Child) (UNCRC).
- **Θεματική ενότητα 2:** Το δικαίωμα των παιδιών να αξιοποιούν πλήρως τις δυνατότητές τους, ανεξάρτητα από το κοινωνικό τους υπόβαθρο. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει τη θέσπιση ευρωπαϊκής εγγύησης για τα παιδιά (Child Guarantee), με σκοπό την προώθηση των ίσων ευκαιριών για τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και μία εκπαίδευση χωρίς αποκλεισμούς.
- **Θεματική ενότητα 3:** Το δικαίωμα των παιδιών να ζουν χωρίς βία. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει νομοθεσία για την καταπολέμηση της έμφυλης, της ενδοοικογενειακής και της ενδοσχολικής βίας.
- **Θεματική ενότητα 4:** Το δικαίωμα των παιδιών σε φιλική προς τα παιδιά δικαιοσύνη. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει η δικαιοσύνη να είναι φιλική προς τα παιδιά, όταν αυτά είναι διάδικοι, κάτι που μπορεί να γίνει αν τα κράτη μέλη στηρίξουν την κατάρτιση των παιδιών και αν αναπτύξουν εναλλακτικές λύσεις αντί της δικαστικής διαμάχης και αντί της προσωρινής κράτησης. Τα παιδιά μπορεί να εμπλακούν σε δικαστικές διαδικασίες, είτε άμεσα, ως κατηγορούμενοι ή θύματα ή μάρτυρες, είτε έμμεσα όταν οι αποφάσεις έχουν



σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους, όπως σε διαδικασίες διαζυγίου ή επιμέλειας ή σε διαδικασίες μετανάστευσης.

- **Θεματική ενότητα 5:** Το δικαίωμα των παιδιών για ισότιμη πρόσβαση στο ψηφιακό περιβάλλον. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει νομοθεσία για τις ψηφιακές υπηρεσίες, η οποία αποσκοπεί στην παροχή μιας ασφαλούς διαδικτυακής εμπειρίας και παράλληλα ίση πρόσβαση στο διαδίκτυο, στα ηλεκτρονικά εργαλεία και στις συσκευές
- **Θεματική ενότητα 6:** Τα δικαιώματα των παιδιών σε όλο τον κόσμο. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει την προστασία και προώθηση των ανωτέρω δικαιωμάτων σε παγκόσμια κλίμακα, καθώς τα δικαιώματα των παιδιών είναι οικουμενικά. Παράλληλα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εφαρμόζει πλέον πολιτική μηδενικής ανοχής (zero tolerance policy) στην παιδική εργασία. Η Ε.Ε. διαδραματίζει ηγετικό ρόλο στην υποστήριξη των παιδιών παγκοσμίως, ενισχύοντας την πρόσβαση σε ποιοτική, ασφαλή και χωρίς αποκλεισμούς εκπαίδευση, σε βασικές Υπηρεσίες Υγείας, στην ανθρωπιστική βοήθεια και προστατεύοντάς τα σε βίαιες συγκρούσεις.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, πριν από την έναρξη της πανδημίας COVID-19, σχεδόν το ένα (1) στα τέσσερα (4) παιδιά που κατοικούσαν στην Ε.Ε., ήτοι σχεδόν 18 εκατομμύρια παιδιά, ζούσαν σε νοικοκυριά που αντιμετώπιζαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Η θέσπιση της Ευρωπαϊκής Εγγύησης για τα παιδιά στοχεύει στην προώθηση ίσων ευκαιριών και στην εξασφάλιση δωρεάν και αποτελεσματικής πρόσβασης σε όλες τις βασικές υπηρεσίες, όπως είναι η προσχολική εκπαίδευση και φροντίδα, οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες, η πρόσβαση σε υγιεινή διατροφή και κατάλληλη στέγαση και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Οι δράσεις αυτές χρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο + (European Social Fund +), από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (Ε.Τ.Π.Α.) ή διεθνώς European Regional Development Fund (Ε.Ρ.Δ.Φ.), από το πρόγραμμα InvestEU και από το Μηχανισμό Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (Recovery and Resilience Facility) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).



Η εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων για την προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού και τη στήριξη των παιδιών που έχουν ανάγκη θα παρακολουθείται σε ενωσιακό και εθνικό επίπεδο, και παράλληλα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή οφείλει να υποβάλει έκθεση προόδου στο **ετήσιο φόρουμ της Ε.Ε. για τα δικαιώματα του παιδιού** (European Forum on the rights of the child). Στα συνέδρια του φόρουμ συμμετέχουν εκπρόσωποι των κρατών μελών της Ε.Ε., εκπρόσωποι των θεσμικών οργάνων της Ε.Ε, εκπρόσωποι του Συμβουλίου της Ευρώπης και εκπρόσωποι από άλλους διεθνείς οργανισμούς, Μ.Κ.Ο., ακαδημαϊκοί καθώς και παιδιά. Το φόρουμ διοργανώνεται από τη Γενική Διεύθυνση Δικαιοσύνης και Καταναλωτών (Directorate-General for Justice and Consumers). Το 2020 συνήλθε η 13^η συνδιάσκεψη του φόρουμ, η οποία πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά ψηφιακά. Το 2019 είχε συνέλθει η 12^η συνδιάσκεψη, το 2017 η 11^η συνδιάσκεψη, το 2016 η 10^η συνδιάσκεψη, το 2015 η 9^η συνδιάσκεψη, κ.ο.κ. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Σύμφωνα με την σύσταση 2021/1004 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της 14^{ης} Ιουνίου 2021 για τη θέσπιση Ευρωπαϊκής Εγγύησης για τα παιδιά, αποφασίσθηκε η προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού με την καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας και την προώθηση ίσων ευκαιριών. Έγινε σύσταση στα κράτη μέλη να προσδιορίζουν τα παιδιά που έχουν αυξημένες ανάγκες, όπως είναι τα άστεγα παιδιά, τα παιδιά με αναπηρίες, τα παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας, τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες μεταναστών ή έχουν μειονοτική εθνοτική καταγωγή (ιδίως τα παιδιά Ρομά), τα παιδιά που βρίσκονται σε δομές εναλλακτικής, ιδρυματικής, φροντίδας και τα παιδιά που βιώνουν επισφαλείς οικογενειακές καταστάσεις (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2021/1004).

Έγινε σύσταση στα κράτη μέλη να εγγυώνται αποτελεσματική και δωρεάν πρόσβαση σε προσχολική εκπαίδευση και φροντίδα υψηλής ποιότητας, σε εκπαίδευση και σχολικές δραστηριότητες και στην χορήγηση ενός υγιεινού γεύματος κάθε σχολική ημέρα, στα παιδιά που έχουν ανάγκη. Έγινε επίσης σύσταση για αποτελεσματική και δωρεάν πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, για πρόσβαση σε επαρκή και υγιεινή διατροφή μέσω του ενωσιακού προγράμματος για τη διανομή φρούτων, λαχανικών και γάλακτος στα σχολεία και για αποτελεσματική



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής
Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών



πρόσβαση σε κατάλληλη στέγαση (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2021/1004).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Πρόσβαση ευάλωτων οικογενειών σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Το δικαίωμα για πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας το καθορίζει το εκάστοτε κράτος. Ο βασικός παράγοντας καθορισμού είναι αν επαρκούν οι κρατικοί πόροι για την παροχή υγείας προς όλους τους πολίτες, χωρίς διακρίσεις.

Διεθνείς κανόνες προστασίας

Τα κοινωνικά δικαιώματα σε διεθνές επίπεδο προστατεύονται από πολλές διεθνείς συμβάσεις και κανόνες προστασίας που ορίζουν ένα πλαίσιο αρχών και προστατεύουν επιμέρους δικαιώματα (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

Η μέριμνα της χώρας μας για την λήψη μέτρων προστασίας της υγείας των πολιτών θεσπίστηκε ως κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21, παράγραφος 3, του Συντάγματος της Ελλάδας (ΦΕΚ 211/Α/2019), ενώ το δικαίωμα για την προάσπιση της υγείας των πολιτών αναφέρεται και στις διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις. Πιο συγκεκριμένα, το άρθρο 25 της **Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου** (Universal Declaration of Human Rights) του 1948 αναφέρει ότι *άπαντες έχουν δικαίωμα σε μια καλή ποιότητα ζωής, που να καλύπτει την υγεία και την ευημερία των ίδιων και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, της ένδυσης, της στέγασης, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών αναγκών*, καθώς επίσης και το δικαίωμα της ασφάλισης.

Το 1964 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (World Health Organization) αναφέρθηκε στη σπουδαιότητα της «υγείας για όλους», που είναι βασικότατο ανθρώπινο δικαίωμα. Το άρθρο 35 του **Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε.** (EU Charter of Fundamental Rights) εξασφαλίζει το δικαίωμα στην πρόσβαση χωρίς διακρίσεις στις Υπηρεσίες Υγείας. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι ο καθένας έχει δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική και στην ιατρική περίθαλψη. Η ίση αντιμετώπιση στις Υπηρεσίες Υγείας επιβάλλεται να υπάρχει για την προάσπιση της υγείας όλων των μελών μιας κοινωνίας (Waller, 2008).

Στο άρθρο 21 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. αναφέρεται ότι απαγορεύεται κάθε διάκριση με φυλετικά και κοινωνικά κριτήρια. Τα κράτη είναι



υποχρεωμένα να συμμορφώνονται στη προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον τομέα της υγείας και πρέπει τα προγράμματα υγείας τους να παρέχονται προς όλους τους πολίτες και να απολάβουν το υψηλότερο εφικτό επίπεδο γενικής αλλά και ψυχικής υγείας (Peled-Raz, 2017).

Το **Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα** του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε), ή διεθνώς UN International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, που υπεγράφη το 1966, εγγυάται τα βασικότερα κοινωνικά δικαιώματα, όπως είναι το δικαίωμα στην εργασία, στην κοινωνική ασφάλεια, στην εκπαίδευση και την προστασία της οικογενειακής ζωής. Στη Ελλάδα κυρώθηκε με τον νόμο Ν.1532/1985 (ΦΕΚ 45/Α/1985) (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση με τη **Συνθήκη του Άμστερνταμ** (Treaty of Amsterdam), που τέθηκε σε ισχύ την 1^η Μαΐου του 1999, απέδειξε το έμπρακτο ενδιαφέρον της για την υγεία των πολιτών της. Η πρόβλεψη για δημόσια υγεία γίνεται σε πολλά σημεία, με σημαντικότερα τα άρθρα 3 και 152 της Συνθήκης. Πιο συγκεκριμένα, το άρθρο 152 αναφέρει ότι κατά τον καθορισμό, αλλά και κατά την εφαρμογή όλων των πολιτικών και των δράσεων της Ε.Ε. εξασφαλίζεται η προστασία της υγείας των ανθρώπων (Καψάλης & Λινάρδος-Ρυλμόν, 2003).

Θεμελιακές αξίες και αρχές λειτουργίας των Υπηρεσιών Υγείας της Ε.Ε.

Το 2006, το **Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης** συμφώνησε σε κοινές θεμελιακές αξίες και αρχές για τις Υπηρεσίες Υγείας της Ε.Ε, που συμβάλλουν στην κοινωνική συνοχή και δικαιοσύνη και είναι (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2006/C146/01):

- **η καθολικότητα** (universality), που σημαίνει ότι κανένας δεν αποκλείεται από την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη,
- **η πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα** (access to good quality care),
- **η ισότητα** (equity), που σημαίνει ίση πρόσβαση ανάλογα με την ανάγκη, ανεξάρτητα από καταγωγή, φύλο, ηλικία ή ικανότητα πληρωμής και
- **η αλληλεγγύη** (solidarity) που συνδέεται στενά με την οικονομική ρύθμιση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας.



Εκτός από τις ανωτέρω κοινές θεμελιακές αξίες και αρχές, όλες οι Υπηρεσίες Υγείας της Ε.Ε., οφείλουν να τηρούν τις παρακάτω αρχές λειτουργίας (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2006/C146/01):

- **Ποιότητα** (Quality): Η παροχή ποιοτικής περίθαλψης επιτυγχάνεται μέσω της συνεχούς κατάρτισης του υγειονομικού προσωπικού με βάση τα ευρωπαϊκά πρότυπα, μέσω της ενθάρρυνσης της καινοτομίας και της παρακολούθησης της ποιότητας στο σύστημα υγείας.
- **Ασφάλεια** (Safety): Η παροχή ασφαλούς περίθαλψης επιτυγχάνεται μέσω της παρακολούθησης των παραγόντων κινδύνου, της κατάρτισης των επαγγελματιών στον χώρο της υγείας και της προστασίας από παραπλανητικές διαφημίσεις φαρμάκων και θεραπειών.
- **Περίθαλψη με γνώμονα τα τεκμήρια και τη δεοντολογία** (Care that is based on evidence and ethics): Η παροχή περίθαλψης με γνώμονα τα τεκμήρια και τη δεοντολογία επιτυγχάνεται μέσω της διασφάλισης της λειτουργίας των συστημάτων περίθαλψης με γνώμονα τα τεκμήρια και στον καθορισμό προτεραιοτήτων με ίσο τρόπο μεταξύ των αναγκών των μεμονωμένων ασθενών και των διατιθέμενων οικονομικών πόρων.
- **Συμμετοχή του ασθενούς** (Patient Involvement): Όλες οι Υπηρεσίες Υγείας της Ε.Ε. επιδιώκουν να έχουν στο επίκεντρο τον ασθενή, δηλαδή επιδιώκουν να συμμετέχουν οι ασθενείς στη θεραπεία τους, να είναι πλήρως ενημερωμένοι για την παρεχόμενη θεραπεία και να τους προσφέρουν επιλογές, όπου αυτό είναι εφικτό.
- **Ένδικη προστασία** (Redress): Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν δικαίωμα ένδικης προστασίας σε περίπτωση αρνητικής εξέλιξης της θεραπείας τους, δηλαδή να υπάρχει μία διαφανής διαδικασία υποβολής καταγγελίας και ειδικές μορφές νομικής προστασίας που να καθορίζονται από το σύστημα υγείας, όπως είναι η αποζημίωση.
- **Ιδιωτική ζωή και εμπιστευτικότητα** (Privacy and confidentiality): Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν δικαίωμα στην εμπιστευτικότητα των προσωπικών τους δεδομένων, όπως αναγνωρίζεται από την κοινοτική νομοθεσία για όλους τους πολίτες της Ε.Ε.



Διαστάσεις πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη

Σύμφωνα με την έρευνα των Jean-Frederic Levesque, Mark Harris & Grant Russell το 2013, που δημοσιεύτηκε στο «International Journal for Equity in Health», η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παραμένει μια περίπλοκη έννοια, όπως αποδεικνύεται στην ποικιλία των ερμηνειών της μεταξύ των συγγραφέων, αλλά είναι κοινά αποδεκτές οι ακόλουθες πέντε (5) διαστάσεις πρόσβασης (Levesque, Harris & Russell, 2013):

- **Προσβασιμότητα** (Approachability), που σχετίζεται με το γεγονός ότι τα άτομα από όλες τις κοινωνικές ή γεωγραφικές ομάδες πληθυσμού, που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, γνωρίζουν ότι υπάρχει κάποια μορφή υπηρεσιών που να μπορούν να τις προσεγγίσουν και να έχουν αντίκτυπο στην υγεία τους.
- **Αποδοχή** (Acceptability), που σχετίζεται με το γεγονός ότι η φροντίδα ανταποκρίνεται στις ανάγκες όλων των διαφορετικών πολιτισμικών, κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούντων και ευάλωτων πληθυσμών.
- **Διαθεσιμότητα και διαμονή** (Availability and accommodation), που σχετίζεται με το γεγονός ότι οι Υπηρεσίες Υγείας μπορούν εύκολα να προσεγγιστούν και έχει σχέση με τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων (π.χ. πυκνότητα, συγκέντρωση, κατανομή, προσβασιμότητα κτιρίων), των αστικών πλαισίων (π.χ. αποκέντρωση, αστική εξάπλωση και σύστημα μεταφοράς) και των ατόμων (π.χ. διάρκεια και ευελιξία των ωρών εργασίας).
- **Προσιτότητα** (Affordability), που σχετίζεται με την οικονομική ικανότητα των ατόμων να ξοδεύουν πόρους και χρόνο για να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες Υπηρεσίες Υγείας και εξαρτάται από το κόστος των υπηρεσιών και την οικονομική κατάσταση του ασθενή, μέσω εισοδήματος, αποταμίευσης, δανεισμού ή δανείων, για την πληρωμή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, χωρίς να έχει προβεί σε πωλήσεις περιουσιακών στοιχείων προκειμένου να αντέξει το κόστος.
- **Καταλληλότητα** (Appropriateness), που σχετίζεται με την προσαρμογή των Υπηρεσιών Υγείας στις ανάγκες των ασθενών και τον καθορισμό της σωστής



θεραπείας, αφού η πρόσβαση περιλαμβάνει τη δυνατότητα επιλογής αποδεκτών και αποτελεσματικών Υπηρεσιών Υγείας.

Σε αυτό το πλαίσιο, πέντε (5) αντίστοιχες ικανότητες του πληθυσμού αλληλοεπιδρούν με τις πέντε (5) διαστάσεις της προσβασιμότητας που είναι (Levesque1, Harris & Russell, 2013):

- Ικανότητα αντίληψης (Ability to perceive),
- Ικανότητα αναζήτησης; (Ability to seek),
- Ικανότητα προσέγγισης (Ability to reach),
- Ικανότητα πληρωμής ; (Ability to pay) και
- Ικανότητα ενασχόλησης (Ability to engage)

4.2 Εμπόδια πρόσβασης ευάλωτων οικογενειών

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι ευπαθείς ομάδες διακρίνονται στις ευάλωτες ομάδες, όπως είναι τα Άτομα με Αναπηρίες (ΑμεΑ), χρήστες η πρώην χρήστες ουσιών, φορείς του AIDS, άτομα με ποινικό μητρώο, κλπ. και στις ειδικές ομάδες, όπως είναι οι άνεργοι, οι μακροχρόνια άνεργοι, τα μέλη μονογονεϊκών ή πολύτεκνων οικογενειών, οι γυναίκες θύματα κακοποίησης, οι αναλφάβητοι, οι κάτοικοι απομακρυσμένων ορεινών και νησιωτικών περιοχών, τα άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο και οι μετανάστες.

Οι ευάλωτες οικογένειες αντιμετωπίζουν ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η πιο συνηθισμένη μορφή ανισοτήτων είναι οι περιφερειακές ανισότητες, που σχετίζονται με τη διαφοροποίηση της κατάστασης της υγείας μεταξύ διαφορετικών περιφερειών εντός της χώρας, αλλά ακόμα και μεταξύ διαφορετικών δημοτικών διαμερισμάτων ενός Δήμου (Σούλης, 2015).

Οι ανισότητες υγείας θεωρούνται κοινωνικές ανισότητες ως προς το προσδόκιμο ζωής, ως προς τη θνησιμότητα, ως προς τη νοσηρότητα και ως προς την αναπηρία (Σούλης, 2015).

Ως προς το προσδόκιμο ζωής, οι ανισότητες ταξινομούνται ανά επαγγελματική κατηγορία, ανά εργασιακή δραστηριότητα, ανά κοινωνικοοικονομική θέση, ανά τόπο κατοικίας, ανά φύλο και ανά διαθέσιμο κοινωνικό κεφάλαιο.



Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα γεγονότα ότι οι επιχειρηματίες έχουν 7-14 έτη μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους μακροχρόνια άνεργους και ότι οι εύποροι έχουν επίσης μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους ανέργους ή από τους χαμηλόμισθους και χαμηλοσυνταξιούχους και πολύ μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους αστέγους ή τους Ρομά (Σούλης, 2015).

Ως προς τη θνησιμότητα, οι ανισότητες ταξινομούνται ανά κλάδο απασχόλησης και ανά επάγγελμα, ανά εργασιακή δραστηριότητα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα γεγονότα ότι οι εργαζόμενοι στον πρωτογενή τομέα έχουν πολλαπλάσιες πιθανότητες να υποστούν θανατηφόρο ατύχημα από ότι εργαζόμενοι σε άλλους κλάδους, αλλά και ότι οι μακροχρόνια άνεργοι έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα από τους εργαζόμενους (Σούλης, 2015).

Ως προς την νοσηρότητα, οι ανισότητες ταξινομούνται ανά είδος απασχόλησης, ανά φύλο, ανά εκπαιδευτικό επίπεδο, ανά έτη προϋπηρεσίας και ανά νοσολογική κατάσταση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στον πρωτογενή τομέα έχουν μεγαλύτερο ποσοστό αλκοολισμού από ότι εργαζόμενοι σε άλλους κλάδους (Σούλης, 2015).

Οι ανισότητες είναι πολυδιάστατες προκλήσεις που μπορούν να εξεταστούν ως προς τρεις (3) βασικές διαστάσεις, την εισοδηματική ανισότητα, την ανισότητα πλούτου και την ανισότητα ευκαιριών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Η **εισοδηματική ανισότητα** υπολογίζεται από το άθροισμα του εισοδήματος όλων των μελών ενός νοικοκυριού και σταθμίζεται ως προς τον αριθμό των μελών του νοικοκυριού και την ηλικία τους. Μπορεί να μετρηθεί από το **δείκτη Gini**, ο οποίος προσδιορίζει την ποσοστιαία άνιση κατανομή του εισοδήματος διεθνώς, συγκρίνοντας την εισοδηματική κατάσταση κάθε νοικοκυριού με την εισοδηματική κατάσταση των υπόλοιπων νοικοκυριών. Όταν ο δείκτης Gini ισούται με 0 υπάρχει τέλεια εισοδηματική ισότητα, ενώ, όταν ο δείκτης Gini ισούται με 100 υπάρχει τέλεια εισοδηματική ανισότητα, δηλαδή όλα τα εισοδήματα συσσωρεύονται σε ένα μόνο νοικοκυριό. Αν ο συντελεστής Gini ήταν π.χ. 50%, σημαίνει ότι το εισόδημα δύο (2) τυχαίων ατόμων του πληθυσμού θα διέφερε κατά 50% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος. Στην Ε.Ε. υπάρχει αύξηση του δείκτη Gini, συνεπώς



αύξηση της εισοδηματικής ανισότητας, λόγω του χαμηλού ρυθμού αύξησης του εισοδήματος των φτωχότερων νοικοκυριών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Με βάση την Έρευνα του Εισοδήματος και των Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών ή διεθνώς Statistics on Income and Living Conditions (SILC) για το έτος 2019 της ΕΛΣΤΑΤ, που αποτελεί τη βασική πηγή αναφοράς των συγκριτικών στατιστικών για την κατανομή του εισοδήματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό, ο συντελεστής Gini για την περίοδο 2008-2019 στην Ελλάδα κυμάνθηκε ως εξής (ΕΛΣΤΑΤ, 2020):

Έτος	Συντελεστής Gini (%)	Έτος	Συντελεστής Gini (%)
2008	33,4 %	2014	34,5 %
2009	33,1 %	2015	34,2 %
2010	32,9 %	2016	34,3 %
2011	33,5 %	2017	33,4 %
2012	34,3 %	2018	32,3 %
2013	34,4 %	2019	31,0 %

Πίνακας 17: Κατανομή του συντελεστή Gini για τα έτη 2008-2019 στην Ελλάδα

Η **ανισότητα πλούτου** αυξάνεται συνήθως, όταν η εισοδηματική ανισότητα δεν είναι υψηλή, όπως συμβαίνει στην Αυστρία και στη Γερμανία, διότι ο πλούτος κατανέμεται περισσότερο άνισα από ότι το εισόδημα, λόγω των κληρονομιών και αυξανόμενων τιμών των ακινήτων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Η **ανισότητα ευκαιριών** συμβάλει στην εισοδηματική ανισότητα και αντίστροφα, αφού η εισοδηματική ανισότητα συνδυάζει τις ευκαιρίες που δόθηκαν στο άτομο κατά τη γέννησή του, τις επιλογές που έχει κάνει στη ζωή του, και φυσικά την τύχη. Η ανισότητα ευκαιριών δεν μπορεί να μετρηθεί άμεσα με κάποιον δείκτη, παρά μόνο με έμμεσους δείκτες μέτρησης, όπως είναι ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού που αντιμετωπίζουν τα παιδιά (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Το σημαντικότερο εμπόδιο πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας είναι το κόστος. Τα τελευταία έτη όμως, τα κράτη μέλη της Ε.Ε. έχουν σημειώσει μεγάλη βελτίωση στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες αυτές. Ο



αριθμός των ατόμων που αντιμετώπισαν δυσκολία πρόσβασης μειώθηκε από 24 εκατομμύρια το 2005 (5% του πληθυσμού), σε 15 εκατομμύρια το 2009 (3% του πληθυσμού) και αυξήθηκε σε 18 εκατομμύρια το 2013 (3,6% του πληθυσμού), λόγω των επιπτώσεων της χρηματοπιστωτικής κρίσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016).

4.3 Εμπόδια πρόσβασης φτωχών οικογενειών ή απειλούμενων σε φτώχεια οικογενειών

Οι φτωχές οικογένειες ή οι οικογένειες που απειλούνται από φτώχεια αντιμετωπίζουν έντονες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, κάτι που μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή των παιδιών τους. Τα παιδιά των φτωχών οικογενειών πολλές φορές βιώνουν εφ' όρου ζωής συνέπειες από αυτήν. Ο υποσιτισμός μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στη σωματική, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, αλλά και να προκαλέσει απώλειες στη μάθηση. Περίπου το ένα τέταρτο των παιδιών της Ευρώπης βρισκόταν στο όριο ή κάτω από το όριο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, πριν από την πανδημία COVID-19 και το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια, όπου θα είναι ορατές οι επιπτώσεις της πανδημίας (UNICEF, 2021).

Η Ελλάδα, μαζί με τη Βουλγαρία, την Κροατία, τη Γερμανία, την Ιταλία, τη Λιθουανία και την Ισπανία, επιλέχθηκαν από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία με τη UNICEF για το διετές πιλοτικό πρόγραμμα «**Child Guarantee**» (Εγγύηση για το Παιδί). Το πρόγραμμα επιδιώκει την εξασφάλιση πρόσβασης σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες που υποστηρίζουν τα παιδιά, τις οικογένειες και τις κοινότητές τους χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς. Αυτό περιλαμβάνει παιδιά ευάλωτων οικογενειών, όπως παιδιά Ρομά, παιδιά σε ιδρύματα, παιδιά με αναπηρία και παιδιά πρόσφυγες και μετανάστες (UNICEF, 2021).

Το διετές πιλοτικό πρόγραμμα «Child Guarantee» στην Ελλάδα αποτελείται από έξι πυλώνες:

- **Πυλώνας 1:** Στήριξη της αποϊδρυματοποίησης και ενίσχυση της φροντίδας στις κοινοτικές δομές.
- **Πυλώνας 2:** Ενίσχυση του συστήματος αναδοχής.



- **Πυλώνας 3:** Εισαγωγή και στήριξη της αυτόνομης διαβίωσης για να υποστηριχθεί η μετάβαση των παιδιών στην ενηλικίωση.
- **Πυλώνας 4:** Επένδυση στην απόκτηση δεξιοτήτων ζωής και εργασιακής ετοιμότητας για την ευάλωτη νεολαία.
- **Πυλώνας 5:** Ενίσχυση της ενταξιακής εκπαίδευσης.
- **Πυλώνας 6:** Έρευνα για την ενημέρωση και την ενίσχυση των εθνικών στρατηγικών που εστιάζουν στην εξάλειψη της φτώχειας στα παιδιά καθώς και στις προσπάθειες κοινωνικής τους ένταξης.

4.4 Εμπόδια πρόσβασης οικογενειών ΑμεΑ

Παρά τις βελτιώσεις των τελευταίων χρόνων, σε πολλές χώρες τα Άτομα με Αναπηρίες και οι οικογένειες τους, πολλές φορές αποκλείονται από έναν μεγάλο αριθμό φορέων και εκδηλώσεων, εξαιτίας των κοινωνικών ταμπού, που τους οδηγούν στην αποξένωση από την κοινωνία. Βιώνουν έναν κοινωνικό αποκλεισμό που δεν οφείλεται στο χαμηλό εισόδημα, αλλά στα κινητικά τους προβλήματα.

Στο τομέα της πληροφόρησης υπάρχει συχνά άγνοια των αναγκών των Ατόμων με Αναπηρία, οι οποίες μπορούν να ποικίλλουν σημαντικά, ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης ή τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Παραδείγματος χάρη, το υγειονομικό προσωπικό συνηθίζει να απευθύνεται στους συνοδούς ή στους γονείς των ΑμεΑ, από το να δημιουργήσει μια απευθείας επαφή και να συνομιλήσει με το ίδιο το άτομο που έχει την αναπηρία.

Πάντως, οι Υπηρεσίες Υγείας είναι στο σύνολό τους πιο εύκολα προσπελάσιμες για τα ΑμεΑ από άλλου είδους δημόσιες υπηρεσίες. Επίσης, τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, είναι πιο εύκολα προσπελάσιμα από τα ιδιωτικά ιατρεία, όπου στην μεγαλύτερη πλειοψηφία τους δεν υπάρχουν ειδικές ράμπες για ΑμεΑ, ανελκυστήρες, κουπαστές και τουαλέτες ΑμεΑ, καθώς στεγάζονται σε κτίρια που έχουν ανεγερθεί πριν από τον Νέο Οικοδομικό Κανονισμό Ν.4067/2012 (ΦΕΚ 79/Α/2012), που ορίζει ότι όλα τα κτίρια που ανεγέρθηκαν μετά τις 9/4/2012 πρέπει να εξασφαλίζουν την προσβασιμότητα των ΑμεΑ σε όλους τους εξωτερικούς και εσωτερικούς τους χώρους, να υπάρχουν χώροι υγιεινής και στάθμευσης για ΑμεΑ.



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισήμανε ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 τα ΑμεΑ αντιμετωπίζουν υψηλή πιθανότητα νόσησης καθώς αντιμετωπίζουν εμπόδια για την εφαρμογή των μέτρων προσωπικής υγιεινής, επειδή πολλοί χώροι υγιεινής δεν είναι προσβάσιμοι ή έχουν ακατάλληλο νιπτήρα ή γιατί δεν δύνανται να τρίψουν τα χέρια τους. Σχετικά με την πληροφόρηση, έγινε σύσταση στις κυβερνήσεις να διασφαλίσουν ότι η ενημέρωση και οι πληροφορίες για την δημόσια υγεία θα είναι προσβάσιμες για όλους, υιοθετώντας στις ανακοινώσεις και στις συνεντεύξεις υποτιτλισμό και μετάφραση στη νοηματική, αλλά και μετατροπή όλου του διαθέσιμου υλικού σε αναγνώσιμο για όλους.

Διεθνείς κανόνες προστασίας

Για την προστασία των δικαιωμάτων των ΑμεΑ, γίνεται αναφορά στο άρθρο 25, παρ.1 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του 1948 και στη **Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού** ή διεθνώς Declaration of the Rights of the Child, γνωστή και ως Διακήρυξη της Γενεύης για τα Δικαιώματα του Παιδιού του 1959. Τα ανωτέρα κείμενα έθεσαν τις βάσεις στον Ο.Η.Ε. για τη **Διακήρυξη των δικαιωμάτων των πνευματικά καθυστερημένων ατόμων** ή διεθνώς Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons του 1971 και για την **Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων** ή διεθνώς Declaration on the Rights of Disabled Persons, του 1975, βάσει της οποίας η αναπηρία επικεντρώνεται στις επιπτώσεις που προκαλεί στην υγεία του ατόμου και όχι στη βιοποριστική του ικανότητα (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

Για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών ΑμεΑ, είναι κομβικής σημασίας η **Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού** ή διεθνώς Declaration of the rights of the child, που υιοθετήθηκε ομόφωνα από τον Ο.Η.Ε. το 1989 και έχει επικυρωθεί από 193 χώρες, ανάμεσα στις οποίες και η Ελλάδα που την επικύρωσε με τον νόμο Ν.2101/1992 (ΦΕΚ 192/Α/1992) (Φαρδής, 2017).

Το άρθρο 23 της **Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού** ή διεθνώς United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών το 1989, διευκρινίζει τις υποχρεώσεις των συμβαλλόμενων κρατών να διασφαλίζουν τα δικαιώματα για τα παιδιά με αναπηρία, με έμφαση στην παροχή υπηρεσιών που διευκολύνει την πλήρη κοινωνική ένταξη και την ατομική ανάπτυξη.



Η Σύμβαση καθορίζει ένα σύνολο δικαιωμάτων όπου όλα τα δικαιώματα συνδέονται μεταξύ τους και κανένα δικαίωμα δεν είναι πιο σημαντικό από ένα άλλο. Το δικαίωμα στη χαλάρωση και το παιχνίδι (άρθρο 31) και το δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης (άρθρο 13) έχουν την ίδια σημασία με το δικαίωμα στην ασφάλεια (άρθρο 19) και το δικαίωμα στην εκπαίδευση (άρθρο 28) (UNICEF, 2021).

Επίσης, η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία ή διεθνώς Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών το 2006, η οποία επικυρώθηκε από όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε., αναγνωρίζει στο άρθρο 7 την ανάγκη των παιδιών για ειδική προστασία (ίσα δικαιώματα για τα παιδιά), στο άρθρο 19 (ίσο δικαίωμα στην ανεξάρτητη διαβίωση) και στο άρθρο 23 (δικαίωμα στην απόλαυση της οικογενειακής ζωής). Το άρθρο 23 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία ορίζει ότι τα παιδιά με αναπηρία έχουν ίσα δικαιώματα να ζουν στο οικογενειακό περιβάλλον και θα πρέπει να διαθέτουν τα μέσα για να το πράξουν, μέσω της παροχής υπηρεσιών και υποστήριξης από τα συμβαλλόμενα κράτη, στα παιδιά και στις οικογένειές τους. Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται να διαχωριστεί το παιδί από τους γονείς λόγω αναπηρίας είτε του παιδιού είτε ενός ή και των δύο γονέων του. Αν οι γονείς αδυνατούν να φροντίσουν το παιδί με αναπηρία, τότε το φροντίζει η ευρύτερη οικογένεια, και αν δεν είναι ούτε αυτό εφικτό, τότε το φροντίζουν οι Υπηρεσίες της Κοινότητας (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2011).

4.5 Εμπόδια πρόσβασης οικογενειών Ρομά

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η πλέον χαρακτηριστική κατηγορία ευάλωτων οικογενειών είναι οι οικογένειες Ρομά, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές έρευνες που αφορούν στις δυσκολίες πρόσβασης των Ρομά στις Υπηρεσίες Υγείας. Οι λόγοι είναι συνήθως η έλλειψη οικονομικών πόρων, η γεωγραφική απόσταση των Υπηρεσιών Υγείας από τον τόπο κατοικίας τους, τα εμπόδια στη γλώσσα και στην επικοινωνία. Συχνά, οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των Ρομά και των επαγγελματιών υγείας, οδηγούν σε μία σύγκρουση αξιών, επειδή δεν γνωρίζουν τον πολιτισμό και τις παραδόσεις των Ρομά. Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οποιαδήποτε προσπάθεια ενθάρρυνσης της τήρησης των στοιχειωδών



νοσοκομειακών και υγειονομικών κανόνων ήταν συχνά μάταιη, ως αποτέλεσμα των αρνητικών στάσεων των Ρομά, ενώ οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν συναισθήματα κόπωσης, όταν αντιμετωπίζουν τέτοιες καταστάσεις.

Σύμφωνα με μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), το 2013, το 77% των Ρομά είναι εντελώς ανασφάλιστοι και το ίδιο ανέφερε ότι δεν είχε κάνει κανένα εμβόλιο. Είναι αξιοσημείωτο ότι αναφέρθηκε εμβολιασμός και με τις δύο (2) δόσεις του εμβολίου ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς (MMR) μόλις στο 8,7% των παιδιών Ρομά (Enocomou, 2015).

Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2009, στην οποία συνέκριναν την υγεία του πληθυσμού των Ρομά σε επτά (7) ευρωπαϊκές χώρες (Βουλγαρία, Τσεχία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία και Ισπανία), διαπιστώθηκε ότι η Ελλάδα είχε τον μεγαλύτερο αριθμό Ρομά που δεν είχαν ποτέ επισκεφθεί ιατρό, ήτοι ποσοστό 6% που ήταν κατά τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες πάνω από τον μέσο όρο. Επιπλέον, η Ελλάδα είχε το υψηλότερο ποσοστό (17%) Ρομά που ισχυρίστηκε ότι χρειαζόταν αλλά δεν έλαβε ιατρική βοήθεια. Το ποσοστό αυτό κυμαινόταν μεταξύ 13% για τους ανηλίκους και 21% για τους ενήλικες. Οι κύριοι λόγοι ήταν η έλλειψη επαρκών κεφαλαίων για την πληρωμή της απαιτούμενης ιατρικής φροντίδας και το γεγονός ότι ήταν ανασφάλιστοι. Όσον αφορά τον εμβολιασμό, το 35% των ανηλίκων Ρομά στην Ελλάδα δεν ακολούθησαν τον απαιτούμενο παιδικό εμβολιασμό, που ήταν το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μετά τη Ρουμανία (46%). Επιπλέον, ο πληθυσμός των Ρομά στην Ελλάδα είναι από τους υψηλότερους χρήστες των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Είναι ενδεικτικό ότι μόνο το 8% των γυναικών Ρομά στην Ελλάδα, που είναι το χαμηλότερο ποσοστό της μελέτης, είχε υποβληθεί σε μαστογραφία κάποια στιγμή στη ζωή τους (Enocomou, 2015).

Οι προαναφερθείσες μελέτες δείχνουν ότι οι Ρομά δεν χρησιμοποιούν την προληπτική υγειονομική περίθαλψη και αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Αυτό συνδέεται με την έλλειψη στοχευμένων εκστρατειών ενημέρωσης και την έκθεση σε υψηλότερους κινδύνους για την υγεία, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Οι Ρομά έχουν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομική κατάσταση και παρουσιάζουν ασθένειες, όπως η φυματίωση, η ιλαρά και η ηπατίτιδα,



σε πολλαπλάσιο ποσοστό από τον γενικό πληθυσμό. Είναι πολύ πιθανό να είναι πιο άρρωστοι και να αντιμετωπίζουν σπανιότερες ασθένειες από άλλους φτωχούς ανθρώπους με το ίδιο επίπεδο εισοδήματος. Η πρόσβαση τους στις Υπηρεσίες Υγείας γίνεται πιο δύσκολη και λόγω της έλλειψης προσωπικών εγγράφων, πιστοποιητικών γέννησης και ασφάλισης (Eposomou, 2015).

Οι περισσότεροι Ρομά φοβούνται και αποφεύγουν τα νοσοκομεία και τα επισκέπτονται μόνο εφόσον βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο υγείας. Ειδικότερα, δεν δέχονται εύκολα τη φαρμακευτική αγωγή και προτιμούν να χρησιμοποιούν παραδοσιακά φυτικά φάρμακα. Επίσης αρνούνται το φαγητό που παρασκευάζεται στην κλινική γιατί θεωρούν ότι δεν είναι καθαρό και θα μολυνθούν.

Το γεγονός ότι αρνούνται να συμμορφωθούν με τους κανόνες του νοσοκομείου ή χρησιμοποιούν σε ορισμένες περιπτώσεις δικά τους θεραπευτικά μέσα για να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις υγείας, δεν σημαίνει ότι απορρίπτουν την ιατρική επιστήμη. Σε αυτήν αναγνωρίζουν σαφώς το δικαίωμα να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα υγείας τους, ωστόσο, η προσέγγιση αυτή είναι πολλές φορές μακριά από την κουλτούρα τους. Στο πλαίσιο αυτό τείνουν να χρησιμοποιούν την ιατρική, κατ' επέκταση και τα νοσοκομεία, ως τόπους όπου κατ' εξοχή θα απευθυνθούν μόνο σε καταστάσεις κρίσης, όταν υπάρχει μια οξεία κατάσταση για την οποία η δική τους ιατρική έχει αποτύχει. Στην περίπτωση που επισκεφθούν κάποιο νοσοκομείο, πολλές φορές αναζητούν συγκεκριμένα κάποιον καταξιωμένο ιατρό και απαιτούν ειδική μεταχείριση, ακόμη και αν η θεραπευτική αγωγή ή ο ιατρός είναι ακατάλληλοι. Προτιμούν κυρίως τους μεγαλύτερους σε ηλικία ιατρούς από τους νεότερους.

Για τους Ρομά, η ασθένεια δεν προκαλεί ανησυχία μόνο στον άρρωστο, αλλά είναι ένα πρόβλημα κοινό για το σύνολο της οικογένειας. Όταν ένας Ρομά εισάγεται στο νοσοκομείο, όλα τα μέλη της οικογένειας αναμένεται να παραμείνουν εκεί όλο το εικοσιτετράωρο για να τον προστατεύσουν και να αναλάβουν οι ίδιοι την φροντίδα του. Αυτό αποτελεί μία από τις πιο δυνατές αξίες του πολιτισμού των Ρομά. Η πολιτισμική φροντίδα και η ενδεδειγμένη παρουσία ομάδας συγγενών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην πρόσβαση των Ρομά στις Υπηρεσίες Υγείας.



Οποιαδήποτε χειρουργική διαδικασία που απαιτεί γενική αναισθησία προκαλεί φόβο, λόγω της πεποιθήσης ότι ένας άνθρωπος υπό γενική αναισθησία βιώνει έναν μικρό θάνατο. Η παρουσία της οικογένειας γύρω από τον άνθρωπο που βρίσκεται υπό αναισθησία είναι ιδιαίτερα έντονη.

Οι Ρομά υποστηρίζουν με τον τρόπο αυτόν τους συγγενείς τους και συμμετέχουν στην περίθαλψη του στενού τους προσώπου. Εάν η κατάσταση είναι σοβαρή, έρχονται ακόμα και από μεγάλες αποστάσεις με την επιθυμία να παρασταθούν στην οικογένεια και να φροντίσουν τον ασθενή. Επισκέπτονται τα νοσοκομεία ακόμα κι αν δεν επιτρέπεται να δουν τον ασθενή, όπως συμβαίνει στην περίοδο της πανδημίας COVID-19, που το όριο του ενός επισκέπτη ανά ασθενή είναι πολύ δύσκολο εφαρμόσιμο στην κοινωνία τους.

Όσον αφορά στην προτεινόμενη από τον ιατρό θεραπεία, πρέπει να ειπωθεί με ακρίβεια και σαφήνεια ποια διαδικασία θα ακολουθηθεί, ενώ οι ιατρικές εξετάσεις θα πρέπει να συζητηθούν όχι μόνο με τον ασθενή, αλλά και με την υπόλοιπη οικογένειά του.

Παρά την εδραιωμένη άποψη ότι οι Ρομά δεν κάνουν σωστή χρήση των Υπηρεσιών Υγείας, υπάρχουν μελέτες που αποκαλύπτουν ότι οι Ρομά, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός, χρησιμοποιούν ορθά τουλάχιστον τις δομές επείγουσας φροντίδας. Εντούτοις, θεωρούν ότι δεν αντιμετωπίζονται ισότιμα σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς, ενώ η έκβαση της υγείας τους είναι λιγότερο ευνοϊκή σε σχέση με εκείνη του γενικού πληθυσμού. Επίσης δεν χρησιμοποιούν το σύστημα αναφοράς παραπόνων στις διοικήσεις των κλινικών. Ίσως το γεγονός ότι αναζητούν ιατρική βοήθεια μόνο σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν επείγοντα προβλήματα υγείας, εξηγεί εν μέρει τη χρήση των επειγουσών Υπηρεσιών Υγείας, από τη γενικότερη απροθυμία τους να επισκεφτούν τα νοσοκομεία, που τα αποφεύγουν λόγω της μολυσματικής τους φύσης.

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι η προέκταση του φόβου των Ρομά για τις μολύνσεις, είναι ο φόβος τους για τα νοσοκομεία. Αυτός ο φόβος οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι στα νοσοκομεία φιλοξενούνται μη Ρομά, δηλαδή άνθρωποι που κατανοούν διαφορετικά την έννοια της καθαρότητας και της υγιεινής. Συνεπώς, τα



νοσοκομεία θεωρούνται λιγότερο καθαρά μέρη, αποτελούν δυνητικές πηγές μόλυνσης με αποτέλεσμα να τις αποφεύγουν. Σε περίπτωση παραμονής τους εκεί, αποφεύγουν να αγγίζουν επιφάνειες στην κλινική, ενώ ως μέσο προστασίας χρησιμοποιούν είτε δικά τους αυτοσχέδια σκεύη, είτε μιας χρήσης που απορρίπτονται αμέσως μετά τη χρήση τους.

Ως εκ τούτου, η φροντίδα του σώματος στο νοσοκομείο θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες τους δίνοντας ξεχωριστές πετσέτες και σαπούνια για το άνω και κάτω μέρος του σώματος. Είναι σημαντικό για τους Ρομά, τα χέρια να πλένονται αφού έχουν αγγίξει το κάτω μέρος του σώματος και πριν αγγίξουν το πάνω. Πολλοί πιστεύουν ότι η παράλειψη αυτού του διαχωρισμού είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρή ασθένεια. Η άποψη για τον διαχωρισμό του άνω και κάτω ημίσεος του σώματος μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στη διενέργεια γυναικολογικών εξετάσεων. Οι εξετάσεις αυτές μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνον εφόσον δοθούν πειστικές και αναλυτικές εξηγήσεις για την αναγκαιότητά τους στην υγεία των Ρομά.

Ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο τα νοσοκομεία θεωρούνται λιγότερο καθαρά μέρη, είναι διότι τα σκεπάσματα όσων φεύγουν από την ζωή εκεί δεν καίγονται, αλλά πλένονται και χρησιμοποιούνται από άλλους ασθενείς. Για τον λόγο αυτό, επιδιώκουν οι ίδιοι να φέρνουν δικά τους σκεπάσματα, μαχαιροπήρουνα και φαγητό.

Η αποφυγή σωματικής μόλυνσης είναι ακρογωνιαίος λίθος για τους Ρομά και τη συμπεριφορά τους και θεωρούν ιδιαίτερος μολυσματικά τα σωματικά υγρά και τα περιττώματα. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οι παραπάνω πεποιθήσεις για την καθαρότητα και τη ρυπαρότητα θα μπορούσαν να προκαλέσουν προβλήματα. Για παράδειγμα, νοσηλευτές που αγνοούν τις πεποιθήσεις αυτές, ενδέχεται να χρησιμοποιήσουν στη βασική νοσηλευτική φροντίδα σφουγγάρι για να καθαρίσουν ολόκληρο το σώμα του ασθενούς, κάτι που προκαλεί έντονες αντιδράσεις.

Ένα άλλο πρόβλημα προκύπτει όταν παρέχεται στον ασθενή μόνο ένα τεμάχιο σαπουνιού για ολόκληρο το σώμα. Η λύση αυτού του προβλήματος είναι να παρέχονται στους Ρομά δύο τεμάχια σαπουνιού έτσι ώστε να χρησιμοποιούνται το ένα για το καθαρό και το άλλο για το μισρό μέρος του σώματος. Το προσωπικό



πρέπει να αναγνωρίζει τη σημασία που έχει για τους Ρομά η διατήρηση της καθαρότητας του σώματος, σε διαφορετική περίπτωση οι Ρομά θα αναστατωθούν εάν το προσωπικό αγνοήσει τις επιθυμίες τους και μολύνουν το σώμα τους, παραβιάζοντας τη βαθιά πίστη τους στις δικές τους παραδόσεις.

4.6 Εμπόδια πρόσβασης ασθενών με χρόνιες παθήσεις

Οι χρόνιες παθήσεις (Chronic illness) είναι ασθένειες που δεν μπορούν να θεραπευτούν άμεσα και θα πρέπει ο ασθενής να διαχειριστεί και να προσαρμόσει την ποιότητα της ζωής του στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης πάθησης. Οι χρόνιες παθήσεις που έχουν τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και το υψηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης είναι ο καρκίνος (cancer), η αρθρίτιδα (arthritis), η καρδιοπάθεια (heart disease), ο διαβήτης (diabetes), το άσθμα (asthma) και η χρόνια νεφρική νόσος (chronic kidney disease).

Σύμφωνα με μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) το 2014, η κατάσταση της υγείας των ασθενών με χρόνιες παθήσεις επιδεινώνεται κάθε χρόνο, εξ αιτίας της μείωσης του εισοδήματός τους, κατά 1/3 περίπου. Για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 10,2% του συνολικού οικογενειακού τους εισοδήματος. Επιπλέον, μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων αντιμετώπιζε αυξημένες δυσκολίες πρόσβασης σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας όχι μόνο λόγω του αυξημένου κόστους, αλλά και λόγω γεωγραφικών φραγμών ή λόγω της ύπαρξης μεγάλων λιστών αναμονής. Στις περιπτώσεις επιτακτικής ανάγκης ιατρικής επίσκεψης, αυτό έγινε με δαπάνες που κατέβαλαν από τα προσωπικά τους εισοδήματα (Out-of-pocket (OOP) expenditures), καθώς ούτε η δημόσια ούτε η ιδιωτική ασφάλιση κάλυπτε το πλήρες κόστος του αγαθού ή της Υπηρεσίας Υγείας, κάτι που οδήγησε αναπόφευκτα σε περικοπές του οικογενειακού προϋπολογισμού σε βασικά οικιακά αγαθά και υπηρεσίες (Economou, 2015).

Η οικονομική κρίση χρέους της τελευταίας δεκαετίας είχε σημαντικές επιπτώσεις στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, με σημαντικότερες τη μειωμένη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και τη μειωμένη ιατρική παρακολούθησή τους. Πολλοί ασθενείς αρνούνται πιο ακριβές θεραπείες διαβήτη ή μειώνουν τη συχνότητα



συνταγογράφησης φαρμάκων καθώς δεν είναι σε θέση να αντέξουν το κόστος (Economou, 2015).

Σε ακόμα μία μελέτη που έγινε στην Ελλάδα και αφορούσε τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), το 22,9% των ασθενών έπρεπε να σταματήσουν ή να τροποποιήσουν τη θεραπεία τους για οικονομικούς λόγους. Το 26,9% των ασθενών δεν μπορούσε να τροποποιήσει τις διατροφικές του συνήθειες, όπως απαιτούνταν για την αντιμετώπιση της νόσου, για οικονομικούς λόγους. Και αυτή η μελέτη ανέδειξε τους κύριους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς τροποποίησαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους, που ήταν οι πληρωμές των φαρμάκων, και η απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης (Economou, 2015).

Ως αποτέλεσμα, οι Δομές Κοινωνικής Φροντίδας και οι Μ.Κ.Ο. έχουν αυξανόμενους αριθμούς επισκέψεων ασθενών με χρόνιες παθήσεις και ιδιαίτερα ασθενών με διαβήτη. Οι Γιατροί του Κόσμου (Médecins du Monde) είχαν αύξηση 23% στις επισκέψεις ασθενών με χρόνιες παθήσεις στα πολυιατρεία τους. Αυτό οφείλεται κυρίως στην παροχή φαρμάκων που δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά οι ασθενείς (Economou, 2015).

Από τις χρόνιες παθήσεις, στις πιο μακροχρόνιες και δαπανηρές θεραπείες υποβάλλονται οι ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι είναι μια από τις ομάδες που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση και τις περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία, αντιμετωπίζοντας σοβαρά προβλήματα με χρόνους αναμονής και πρόσβαση σε κατάλληλες θεραπείες. Όλα τα ακριβά αντικαρκινικά φάρμακα διατίθενται μέσω των νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αλλά καθώς τα νοσοκομεία οφείλουν τεράστια ποσά σε φαρμακευτικές εταιρείες, αυτές έχουν ελαττώσει τις παραδόσεις στα δημόσια νοσοκομεία. Οι ασθενείς παραγγέλνουν την φαρμακευτική τους αγωγή από τα φαρμακεία, την εξοφλούν με δικά τους έξοδα, τα οποία μπορούν στη συνέχεια να τα ζητήσουν από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Ωστόσο, αυτή η μέθοδος είναι ιδιαίτερος δύσκολη για πολλούς ασθενείς, καθώς πολλά αντικαρκινικά φάρμακα έχουν πολύ υψηλό κόστος και οι πληρωμές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθυστερούν. Οι ανασφάλιστοι καρκινοπαθείς δεν μπορούν να λάβουν φάρμακα από τη δημόσια υγεία, αλλά μόνο μέσω των νοσοκομειακών φαρμακείων, καθώς δεν έχουν το εισόδημα ώστε να καταβάλουν το κόστος της φαρμακευτικής τους αγωγής στα



φαρμακεία. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν παρατεταμένους χρόνους αναμονής προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλες θεραπείες. Η αναμονή σε πολλές περιπτώσεις κυμαίνεται από έξι έως οκτώ μήνες για εγχείρηση καρκίνου και από δύο έως τρεις μήνες για χημειοθεραπείες (Economou, 2015).

Στην Ελλάδα, η πρώτη αιτία θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια και οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες, τα οποία ευθύνονται για τα δύο πέμπτα όλων των θανάτων στις γυναίκες και για περίπου το ένα τρίτο των θανάτων στους άντρες. Η δεύτερη αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος, ο οποίος ευθύνεται για το 20% των θανάτων στις γυναίκες και το 30% των θανάτων στους άντρες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Ο επιπολασμός των χρόνιων παθήσεων παρουσιάζει στην Ελλάδα μεγάλες ανισότητες ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι πιθανότερο να πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, όπως ο διαβήτης (τέσσερις φορές πιθανότερο), η υπέρταση και η χρόνια κατάθλιψη (τρεις φορές πιθανότερο), το άσθμα ή άλλα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα (δύο φορές πιθανότερο) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς που πάσχουν από θεραπεύσιμες μορφές καρκίνου, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του προστάτη, είναι αρκετά λιγότεροι από τον μέσο όρο της Ε.Ε., αλλά τα ποσοστά θνησιμότητας είναι τα ίδια. Αυτό οφείλεται στην απουσία προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η έγκαιρη θεραπεία, κάτι που αποδεικνύει την αδυναμία του υπάρχοντος συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

4.7 Ευρωπαϊκά Ταμεία για την κοινωνική προστασία

Για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων και την κοινωνική αναδιοργάνωση απαιτούνται πρόσθετοι θεσμικοί διακανονισμοί, ώστε το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο να μην αποτελεί ένα ιδεολόγημα, αλλά μία πραγματικότητα. Η κοινωνική προστασία όλων των πολιτών της Ε.Ε. αποτελεί βασικό στοιχείο της



κοινωνικής συνοχής που στηρίζεται στις αρχές της συλλογικής χρηματοδότησης και της καθολικής πρόσβασης. Πρέπει θεσμικά να υιοθετηθούν οι αρχές της ισότητας μεταχείρισης, της αποφυγής διακρίσεων, της ισότητας στην απονομή των κοινωνικών παροχών και της δυνατότητας της ίσης πρόσβασης στις μονάδες Υγείας (Σακελλαρόπουλος, 2001).

Η κοινωνική προστασία και οι κοινωνικές υπηρεσίες, που είναι η υγειονομική περίθαλψη, η Κοινωνική Φροντίδα, η εκπαίδευση, η κατοικία και η κοινωνική ασφάλεια, καθιστούν την Κοινωνική Πολιτική του κάθε κράτους, η οποία δεν πρέπει να καθοδηγείται μόνο από το κόστος, καθώς ο θεσμικός σκοπός τους είναι η παροχή υψηλής ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών με το χαμηλότερο μέσο κόστος (Spicker, 2004).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν θεσπιστεί πέντε (5) Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (Ε.Δ.Ε.Τ.) ή διεθνώς European Structural and Investment Funds (E.S.I.F.), μέσω των οποίων διοχετεύονται περισσότεροι από τους μισούς χρηματοδοτικούς πόρους της Ε.Ε. Στόχος τους είναι η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και η διασφάλιση βιώσιμων και υγιών συνθηκών στην ευρωπαϊκή οικονομία και στο περιβάλλον. Εστιάζουν στους τομείς της έρευνας και καινοτομίας, στις ψηφιακές τεχνολογίες, στην στήριξη οικονομίας με χαμηλές εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα, στη βιώσιμη διαχείριση των φυσικών πόρων και στις μικρές επιχειρήσεις. Τα πέντε (5) Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (Ε.Δ.Ε.Τ.) είναι τα ακόλουθα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021):

- **Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (Ε.Τ.Π.Α.)** ή διεθνώς European Regional Development Fund (E.R.D.F.), το οποίο στοχεύει στην ενίσχυση της οικονομικής, κοινωνικής και εδαφικής συνοχής στην Ευρωπαϊκή Ένωση με τη διόρθωση των ανισοτήτων μεταξύ των περιφερειών της.
https://ec.europa.eu/regional_policy/en/funding/erdf/
- **Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.)** ή διεθνώς European Social Fund (E.S.F.), το οποίο στοχεύει στην υποστήριξη της απασχόλησης, τη στήριξη των πολιτών της Ε.Ε. για την εύρεση βελτιωμένων θέσεων εργασίας και τη διασφάλιση δικαιότερων ευκαιριών απασχόλησης για όλους τους πολίτες της Ε.Ε. Το ΕΚΤ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εκπλήρωση των στόχων της



στρατηγικής Ευρώπη 2020 και στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης και ειδικότερα της ανόδου των ποσοστών ανεργίας και φτώχειας.

<https://ec.europa.eu/esf/home.jsp?langId=en>

- **Ταμείο Συνοχής (ΤΣ)** ή διεθνώς Cohesion Fund (CF), το οποίο στοχεύει στα κράτη μέλη της Ε.Ε. των οποίων το Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα (Α.Ε.Ε.) ή διεθνώς Gross National Income, ανά κάτοικο είναι λιγότερο από 90% του μέσου όρου της Ε.Ε. Για το διάστημα 2014-2020, οι χώρες αυτές ήταν Ελλάδα, η Βουλγαρία, η Εσθονία, η Κροατία, η Κύπρος, η Λετονία, η Λιθουανία, η Μάλτα, η Ουγγαρία, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Ρουμανία, η Σλοβακία, η Σλοβενία και η Τσεχική Δημοκρατία. Έχει σκοπό να μειώσει τις οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες και να προωθήσει τη βιώσιμη ανάπτυξη.

https://ec.europa.eu/regional_policy/en/funding/cohesion-fund/

- **Ευρωπαϊκό Γεωργικό Ταμείο Αγροτικής Ανάπτυξης (Ε.Γ.Τ.Α.Α.)** ή διεθνώς European Agricultural Fund For Rural Development (E.A.F.R.D.), το οποίο στοχεύει στην χάραξη κοινής γεωργικής πολιτικής που στηρίζει την οικονομική βιωσιμότητα των αγροτικών περιοχών μέσω χρηματοδότησης και δράσεων που στηρίζουν την αγροτική ανάπτυξη. Ο προϋπολογισμός του ΕΓΤΑΑ για την περίοδο 2021-2027 ανέρχεται σε 95,5 δισ. € και περιλαμβάνει εισφορά ύψους 8,1 δισ. € από το NextGenerationEU, ώστε να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19.

<https://ec.europa.eu/info/food-farming-fisheries/key-policies/common-agricultural-policy/rural-development>

- **Ευρωπαϊκό Ταμείο Θάλασσας και Αλιείας (Ε.Τ.Θ.Α.)** ή διεθνώς European Maritime and Fisheries Fund (E.M.F.F.), το οποίο στοχεύει στη μετάβαση στη βιώσιμη αλιεία, στην οικονομική στήριξη των παράκτιων κοινοτήτων και στη χρηματοδότηση έργων που θα δημιουργήσουν νέες θέσεις εργασίας και θα βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής κατά μήκος των Ευρωπαϊκών ακτών.

https://ec.europa.eu/oceans-and-fisheries/index_el



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Κορωνοϊοί στο παρελθόν

Οι κορωνοϊοί είναι μία ομάδα ιών που προκαλούν ήπιες αναπνευστικές λοιμώξεις, αλλά όταν μεταλλάσσονται και εξαπλώνονται από τα ζώα στους ανθρώπους προκαλούν σοβαρές νόσους, όπως το Αναπνευστικό Σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (**MERS-CoV**) και το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (**SARS-CoV**), αλλά και την νόσο COVID-19 (**SARS-CoV-2**), που την ανακήρυξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) πανδημία στις 11 Μαρτίου 2020.

Ο κορωνοϊός SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome) εμφανίστηκε τον Φεβρουάριο του 2003 στην Κίνα και προκάλεσε περίπου 800 θανάτους παγκοσμίως (World Health Organization, 2021).

Ο κορωνοϊός MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) εμφανίστηκε τον Σεπτέμβριο του 2012 στην Αραβική Χερσόνησο το και προκάλεσε περίπου 880 θανάτους παγκοσμίως (World Health Organization, 2021).

5.2 COVID-19 και πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 στις αρχές του 2020 ξάφνιασε τις περισσότερες κρατικές αρχές ανά τον κόσμο. Μια από τις πολλές επιπτώσεις που είχε και μάλιστα σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν η αφόρητη πίεση στα Συστήματα Υγείας. Δοκιμάστηκαν διάφοροι τρόποι για την ορθή λειτουργία των Συστημάτων Υγείας, προσπαθώντας να δοθεί έμφαση στις επείγουσες καταστάσεις, χωρίς ωστόσο να παραμεριστούν τα τακτικά ραντεβού και τα χρόνια νοσήματα, πάντα όμως ο γνώμονας ήταν να αποφευχθεί ο περιττός συνωστισμός στα νοσοκομεία για αποφυγή της διασποράς της COVID-19.

Τα πλέον συνήθη προβλήματα που δημιουργήθηκαν αυτή τη περίοδο ήταν οι καθυστερήσεις στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, λόγω λιγότερων και με μεγαλύτερη χρονική απόσταση ραντεβού και η ακύρωση των περισσότερων προγραμματισμένων χειρουργείων. Στα κέντρα υγείας, υπήρξε κατάργηση υπηρεσιών και κυρίως μετατροπή τους καταρχάς σε διαγνωστικά κέντρα ανίχνευσης αντισωμάτων του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 και από το τέλος του



2020 σε εμβολιαστικά κέντρα. Άλλα προβλήματα την περίοδο αυτή ήταν η έλλειψη πόρων και οι περιορισμοί μετακίνησης. Παρά τις προσπάθειες που έγιναν για να περιοριστεί η εξάπλωση του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2, η καταγραφή των ημερήσιων κρουσμάτων από τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.) απέδειξε ότι υπήρξε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα οι οποίες μάλιστα αυξήθηκαν από μήνα σε μήνα.

Από την πανδημία της COVID-19 αναδείχθηκε ότι πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας ανά τον κόσμο, για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε άνευ προηγουμένου κατάστασης στο μέλλον. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει επίσης να δίνεται στις ευάλωτες ομάδες πολιτών κατά τον προγραμματισμό τέτοιων καταστάσεων. Είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται αποτελεσματικές, προληπτικές και κλινικές στρατηγικές για τον έλεγχο της λοίμωξης COVID-19 μεταξύ όλων των ευπαθών ομάδων. Ο κρατικός μηχανισμός πρέπει επιπρόσθετα να εξασφαλίζει ότι οι ευπαθείς ομάδες αλλά και όλοι οι πολίτες θα έχουν ίση πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Myers, Tham, Yin, Cohodes, Thursby, Thursby, Schiffer, Walsh, Lakhani & Wang, 2020).

Οι ανάγκες από τις επιπτώσεις του SARS-CoV-2 προκάλεσαν αύξηση της ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αύξηση των κλινών Μ.Ε.Θ. στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, από 565 σε 930, εκ των οποίων οι 229 διατίθενται αποκλειστικά για τη νοσηλεία ασθενών με COVID-19 (Υπουργείο Υγείας, 2020).

Η πανδημία της COVID-19 έχει αναδείξει την ανάγκη για την άμεση βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι πόροι και το προσωπικό Υγείας είναι άνισα κατανομημένα στη χώρα. Παραδείγματος χάρη, η αναλογία των ιατρών το 2014 κυμαινόταν στους 2,9 ανά 1000 κατοίκους στην Κεντρική Ελλάδα, ενώ στους 8,6 ανά 1000 κατοίκους στην Αττική (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ελλάδα έχει την υψηλότερη αναλογία ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό εκ των οποίων μόνο το 6% είναι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί, αλλά ταυτόχρονα έχει την χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).



5.3 Υγειονομική κρίση

Οι πιέσεις των δανειστών κατά την ελληνική οικονομική κρίση δημόσιου χρέους στο κράτος είχε ως συνέπεια την μείωση των εσόδων των πολιτών, άρα και προβλήματα στην καταβολή των ασφαλιστικών τους εισφορών. Οι περικοπές σε συνδυασμό με την αδυναμία πληρωμής των ασφαλιστικών καλύψεων από πολλούς ασφαλισμένους κλόνισε την ομαλή και αποδοτική λειτουργία των συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Με γνώμονα ότι το κράτος δεσμεύει δισεκατομμύρια ευρώ ώστε να υποστηρίξει το τραπεζικό σύστημα και ότι δανείζεται υπέρογκα ποσά αυξάνοντας το δημόσιο χρέος, προκαλεί μεγάλες πιέσεις στον κρατικό προϋπολογισμό και ιδιαίτερα στην κοινωνική ασφάλιση, αλλά και στους δημόσιους φορείς υγείας (Appleby, 2008).

Οι φορείς υγείας αναγκάστηκαν να λειτουργήσουν εξίσου ποιοτικά, παρά τις περικοπές στην χρηματοδότηση τους, κάτι το οποίο μπορεί να μην ήταν εφικτό και γι' αυτόν το λόγο μειώθηκε η αποτελεσματικότητά τους και ο βαθμός ικανοποίησης από τους πολίτες (Egman, 2009).

Οι περικοπές στη χρηματοδότηση της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης οδηγούν επίσης στη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητας των Συστημάτων Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, με αποτέλεσμα την περικοπή διοικητικών δαπανών, την αναστολή όλων των επενδύσεων, την περικοπή σε προσωπικό, την περικοπή υπηρεσιών, την κατάσχεση περιουσιακών στοιχείων, πολλές συγχωνεύσεις και τέλος τη σμίκρυνσή του (American Hospital Association, 2011).

Οι συνέπειες των περικοπών των δαπανών είναι εμφανείς και στον αριθμό των ασθενών που αναζητούν βοήθεια, καθώς πολλοί πολίτες αναβάλουν τα προβλήματα υγείας ή βάζουν σε αναμονή τα προγραμματισμένα ραντεβού με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερα τακτικά εξωτερικά ιατρεία αλλά και διαγνωστικές εξετάσεις, σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις (World Health Organization, 2009).

Τα Συστήματα Υγείας που είναι αυτάρκη, στηρίζονται στη σωστή και αξιοπρεπή πρόσβαση στο ανθρώπινο μοντέλο και σε αναλώσιμους πόρους. Για τη



διασφάλιση του ασθενοκεντρικού μοντέλου και των υγειονομικών πόρων χρειάζονται έσοδα που θα έχουν ως στόχο την κάλυψη των απαραίτητων εξόδων, όπως είναι οι αναγκαστικές επενδύσεις σε μηχανήματα και εγκαταστάσεις και την οικονομική κάλυψη σε φάρμακα και αναλώσιμα. Ο κρατικός μηχανισμός έχει τις εξής επιλογές: περιορισμό των εξόδων, αύξηση της αντίστοιχης χρηματοδότησης για τις Υπηρεσίες Υγείας ή και τα δύο μαζί (Mossialos & Le Grand, 2019).

Προκειμένου να είναι αυτόαρκες ένα Σύστημα Υγείας, γίνεται αναζήτηση κρατικών εσόδων, που θα χρηματοδοτήσουν την υγειονομική περίθαλψη, γιατί η τακτική του δανεισμού ώστε να ενισχυθούν τα Συστήματα Υγείας δεν είναι μία υγιής και σωστή οικονομική τακτική (Mossialos & Dixon, 2002).

Έχει αποδειχθεί ότι αν ο κρατικός προϋπολογισμός αλλά και ο δηλωθέν οικογενειακός προϋπολογισμός δεχτούν πιέσεις, η ζήτηση για τους Δημόσιους Φορείς Υγείας έχει την τάση να αυξάνεται. Σε περίοδο οικονομικής ύφεσης, οι δαπάνες στον χώρο της υγείας του ιδιωτικού τομέα τείνουν να μειώνονται, επιπλέον οι ασθενείς στρέφονται στα Δημόσια Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) από τα ιδιωτικά, για το λόγο ότι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους δημόσιους φορείς παρέχεται δωρεάν (World Health Organization, 2009).

Για την διασφάλιση της προστασίας της υγείας και για την αποφυγή υγειονομικής κρίσης, οι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας πρέπει να είναι σε εγρήγορση, να έχει εξασφαλιστεί οικονομική ενίσχυση και χρηματοδότηση της έρευνας στον χώρο της υγείας από τις οικονομικά εύρωστες χώρες, να εφαρμόζονται μέθοδοι υγείας που να δίνουν έμφαση στην ισότητα, στην αλληλεγγύη, και στην εφαρμογή νέων και καινοτόμων τρόπων για την αύξηση της επιχειρηματικής δραστηριότητας στον τομέα της υγείας (Αθανασάκης, Καρέλα, Καραμπλή, Κυριόπουλος, Λιονής, Μυλωνά, Σουλιώτης, Τριτάκη & Τσιάντου, 2009).

Οι συνέπειες των περικοπών στη χρηματοδότηση της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, αποτυπώνεται και στις ακάλυπτες ανάγκες υγείας (Unmet Health Needs), όπου αυξήθηκε καταρχάς το ποσοστό του πληθυσμού του φτωχότερου πεμπτημορίου εισοδήματος, για να σταθεροποιηθεί τα τελευταία έτη.



Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Eurostat, οι ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες στο σύνολο του πληθυσμού κυμαίνονται ως εξής (Eurostat, 2022):

Έτος	Ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες	Έτος	Ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες
2011	6,2 %	2016	12,0 %
2012	6,5 %	2017	8,2 %
2013	7,8 %	2018	8,3 %
2014	9,7 %	2019	7,5 %
2015	10,9 %	2020	5,8 %

Πίνακας 18: Κατανομή των ακάλυπτων ιατρικών αναγκών στο σύνολο του πληθυσμού, για τα έτη 2011-2020 στην Ελλάδα

5.4 Ρόλος της υγειονομικής κρίσης σε αύξηση των ανισοτήτων

Τα Συστήματα Υγείας αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, όπως είναι οι υγειονομικές ανισότητες, η δυσκολία κάλυψης των αναγκών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, ο πληθωρισμός των ιατρών και η ανεπάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό, η χαμηλή παραγωγικότητα, η ελλιπής ποιότητα των φορέων, η μη ανταπόκριση, η μεγάλη κατανάλωση σε αγαθά και η διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και η διαφθορά, με συνέπεια να δημιουργούνται υψηλά χρέη στα ασφαλιστικά ταμεία που καλύπτουν τις παροχές στην υγεία των ασφαλισμένων (Αθανασάκης, Καρέλα, Καραμπλή, Κυριόπουλος, Λιονής, Μυλωνά, Σουλιώτης, Τριτάκη & Τσιάντου, 2009).

Τα ανωτέρω προβλήματα σε συνδυασμό με τις περικοπές των προϋπολογισμών των νοσοκομείων δυσχέραναν την κατάσταση, αφού η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης δημόσιων παρόχων υγείας, ειδικά οδήγησε σε αύξηση των επισκεπτών στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα οδήγησε σε μείωση των επισκεπτών στα ιδιωτικά Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και στη μείωση της ζήτησης για νέα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας (Αθανασάκης, Καρέλα, Καραμπλή, Κυριόπουλος, Λιονής, Μυλωνά, Σουλιώτης, Τριτάκη & Τσιάντου, 2009).



Η υγειονομική κρίση, δεν έχει φανερώσει μόνο τις υφιστάμενες ανισότητες, αλλά έχει φανερώσει και νέες ανισότητες, με την όξυνση της έμφυλης βίας εξαιτίας των περιορισμών στις μετακινήσεις για την αποφυγή της διασποράς του κορωνοϊού SARS-CoV-2 να είναι η πλέον χαρακτηριστική στην Ελλάδα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών, 2020)

5.5 Επιπτώσεις σε οικονομική και κοινωνική ευημερία οικογενειών και παιδιών

Η κοινωνική διαντίδραση των ανθρώπων είναι όλες αυτές οι συνήθειες και οι συναναστροφές που οργανώνουν και μορφοποιούν στην καθημερινότητά τους. Οι άνθρωποι είναι κοινωνικά όντα που έχουν κοινωνική ζωή η οποία οργανώνεται μέσα από επανάληψη όμοιων προτύπων συμπεριφοράς οι οποίες οδηγούν σε ένα σταθερό σύνολο καθημερινών συνηθειών. Μέσα από αυτές τις καθημερινές κοινωνικές συναναστροφές και συνήθειες δημιουργούνται τα ευρύτερα κοινωνικά συστήματα. Στις σύγχρονες κοινωνίες οι περισσότεροι άνθρωποι ζουν σε συνεχείς διαντιδράσεις με άλλους μέσα από τις οποίες δομείται η ζωή τους αλλά και τα ευρύτερα κοινωνικά συστήματα (Giddens, 2002).

Κατά την περίοδο της κρίσης του νέου κορωνοϊού οι άνθρωποι έχασαν αυτή την κοινωνική τους διαντίδραση και πολλά που στην κοινωνική τους ζωή και υπόσταση τα οποία τα θεωρούσαν δεδομένα. Η φυσική επαφή μας με τους συνανθρώπους μας θεωρούνταν πάντα αυτονόητη και στην περίοδο της πανδημίας αυτό έπαψε να ισχύει. Οι ανθρώπινες σχέσεις διαταράχτηκαν άλλες φορές λιγότερο και άλλες περισσότερο, λόγω της κοινωνικής αποστασιοποίησης, απομόνωσης και του εγκλεισμού στο σπίτι. Οι απώλειες στην καθημερινή ρουτίνα των ατόμων υπήρξαν σημαντικές σε διάφορους τομείς όπως η δουλειά, η οικογένεια, το εισόδημα, οι έξοδοι για ψυχαγωγία είναι μόνο μερικοί απ' αυτούς.

Με την επέλαση του νέου κορωνοϊού το άτομο περιήλθε απότομα και χωρίς τη θέλησή του σε μια κατάσταση κοινωνικής ενδόρρηξης, κατά την οποία όσα έκανε στην καθημερινότητά του, οι κοινωνικές συναναστροφές, οι οικονομικές του συναλλαγές και όλες οι κοινωνικές του λειτουργίες περιορίζονται στο εσωτερικό του νοικοκυριού του. Το άτομο έχει πλέον την φαντασία, το συναίσθημα, τα ΜΜΕ, την μνήμη του που το βοηθάνε να ανταπεξέλθει στην απομάκρυνση από τα ζωντανά του



βιώματα. Μία τέτοια κοινωνική ενδόρρηξη όμως στον είναι ασυνήθιστη και πολύ ξαφνική στον σύγχρονο κόσμο (Χτούρης & Ζήση, 2020).

Αυτή η κοινωνική ενδόρρηξη στην οποία έχει περιέλθει το άτομο, εάν αυτό είναι αναγκασμένο να την διατηρήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε θα υπάρξει ανάμεσα σ αυτό και στην κοινότητα με την οποία είναι άμεσα ταυτισμένο μία ρήξη. Εάν άμεσα δεν ληφθούν κάποια μέτρα που να βοηθήσουν αυτή τη σχέση να παραμείνει ζωντανή, εάν δεν υπάρξει στήριξη και δίκτυο επικοινωνίας, θα οδηγηθούν και οι δύο πλευρές σε σύγκρουση (Χτούρης & Ζήση, 2020).

Το άτομο επηρεάστηκε στην κοινωνική του ζωή αλλά ένας άλλος τομέας στον οποίο επηρεάστηκε είναι και η επαγγελματική του ζωή. Πολλοί υπάλληλοι, στο δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα, λόγω των μέτρων που ελήφθησαν για την αποφυγή της διασποράς του κορωνοϊού SARS-CoV-2 αναγκάστηκαν να δουλέψουν εξ αποστάσεως με τηλεργασία. Κάποιοι απ' αυτούς τους υπαλλήλους ενδεχομένως να μπόρεσαν να γίνουν πιο παραγωγικοί και αποτελεσματικοί στην δουλειά τους, υπάρχουν όμως και ορισμένοι που η εξ αποστάσεως εργασία δεν τους βοήθησε να κοινωνικοποιηθούν μέσα στις ομάδες εργασίας και αυτό ίσως να είχε αρνητικές συνέπειες στην παραγωγικότητά τους. Επίσης, οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας που είναι λιγότερο εξοικειωμένοι με τις νέες τεχνολογίες είναι ίσως εκείνοι που αισθάνονται περισσότερο αποκομμένοι από τα υπόλοιπα μέλη μίας εργασιακής και μη ομάδας, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι πρέπει και εκείνοι να εξοικειωθούν όσο το δυνατόν ταχύτερα και ευκολότερα στα νέα δεδομένα με την επέλαση της πανδημίας.

Η κοινωνική απόσταση και η καραντίνα στην οποία υποβλήθηκαν οι άνθρωποι επηρέασε τις σχέσεις των ζευγαριών αλλά και των οικογενειών. Πολλά ζευγάρια και οικογένειες πριν την επέλαση της πανδημίας μπορεί να ζούσαν στο ίδιο σπίτι αλλά να έκαναν μέρες ακόμα και βδομάδες για να συναντηθούν μέσα στη δύσκολη και απαιτητική καθημερινότητα που ο καθένας βίωνε. Στην καραντίνα που είτε οι εργαζόμενοι δούλευαν από το σπίτι είτε τα παιδιά δεν πήγαιναν σχολείο αυτό άλλαξε. Πολλοί αναγκάστηκαν να περάσουν με τον σύντροφό τους ή άτομα της οικογένειάς τους πολύ χρόνο μαζί και αυτό να είχε ως αποτέλεσμα είτε οι σχέσεις να έρθουν σε σύγκρουση με συχνούς τσακωμούς και καβγάδες κ ως εκ τούτου αυτό να



έχει ανεπανόρθωτες βλάβες στις σχέσεις, είτε οι σχέσεις να γίνουν πιο δυνατές και να θέσουν πιο στέρεες βάσεις για το μέλλον.

Σύμφωνα με την έρευνα των Χτούρη Σ. και Ζήση Α., τα ποσοστά των ανθρώπων είναι σχεδόν ίσα κατανεμημένα όσον αφορά το πώς βιώνουν τις σχέσεις τους στην καραντίνα. Το 21% των ερωτώμενων απάντησαν αρνητικά στο θέμα της εσωτερικής επικοινωνίας, το 21% ικανοποιητικά, το 19% καλά και το 36% πολύ καλά. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα το ποσοστό των ανθρώπων που απάντησαν αρνητικά στην πλειοψηφία τους ήταν άτομα σε νεαρή ηλικία τα οποία μάλιστα δήλωσαν πως διαθέτουν και δικό τους δωμάτιο στο οποίο μπορούν να απομονωθούν. Επίσης, σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι και το ότι δεν υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση στους άντρες με τις γυναίκες όσον αφορά τις αρνητικές απαντήσεις ενώ όσον αφορά τις θετικές μεγαλύτερο ποσοστό είναι αυτό των ανδρών (Χτούρης & Ζήση, 2020).

Οι επιπτώσεις της κοινωνικής αποστασιοποίησης γίνονται εντονότερες και λόγω του πολεοδομικού και χωροταξικού σχεδιασμού των ελληνικών πόλεων. Τις τελευταίες δεκαετίες στην χώρα μας παρατηρήθηκε μία έντονη προαστιοποίηση, κυρίως στην Αθήνα, που συναρτάται με την πληθυσμιακή αποδυνάμωση των αγροτικών περιοχών, έχουμε δηλαδή μία μορφή αστικο-αγροτικής αντιστροφής. Αυτό το γεγονός οδήγησε σε ανισότητες μεταξύ των περιοχών και στον χωρικό αποκλεισμό ορισμένων περιοχών (Αγγελίδης, 2000).

Οι κάτοικοι των μητροπολιτικών κέντρων έχουν πιο εύκολη πρόσβαση στα απαραίτητα αγαθά και υπηρεσίες από τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών, γεγονός που οδηγεί στην άμβλυνση των ανισοτήτων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των υγειονομικών εγκαταστάσεων, του προσωπικού υγείας και του ιατρικού εξοπλισμού, με εμφανώς μεγαλύτερη συγκέντρωση στα μητροπολιτικά κέντρα, που οδηγεί σε υψηλό επίπεδο μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).



5.6 Προβλήματα και εμπόδια πρόσβασης λόγω της πανδημίας

Η πανδημία COVID-19 προκάλεσε πολλές δυσκολίες στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στους πρόσφυγες, στους αιτούντες άσυλο και στους μετανάστες. Τα κρούσματα μεταδοτικών ασθενειών γενικά ενδέχεται να αυξήσουν τους κοινωνικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τις ανισότητες στην υγεία, όπως ο ρατσισμός και η ξενοφοβία. Για παράδειγμα, η επιδημία του Σοβαρού Οξέος Αναπνευστικού Συνδρόμου (SARS) το 2003 είχε ως αποτέλεσμα το γενικό αίσθημα ενοχής στο άκουσμα των κινέζων αλλά και της κουλτούρας τους για τη νόσο και έφτασε σε μεγαλύτερη αποδοχή των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των μεταναστών (Eichelberger, 2007).

Τα ίδιο συνέβη και με την επιδημία της γρίπης την προηγούμενη δεκαετία, αλλά και την επιδημία του ιού Zika (ZIKV) το 2014 όπου δόθηκαν ευθύνες στους ανθρώπους με καταγωγή από την Λατινική Αμερική. Ο ιός SARS-CoV-2 απέδειξε ότι η ιστορία επαναλαμβάνεται. Η πανδημία COVID-19 είναι πιθανό να αυξήσει φαινόμενα ξενοφοβίας αλλά και ρατσισμού όπως γίνεται συνήθως σε κατάσταση πανδημίας με βάση και το παρελθόν που οι ξένοι κατηγορούνται για τη διάδοση των νόσων (Karalis Noel, 2020).

Κατά πολλούς όμως υπάρχει επιφύλαξη για το αν η κρίση λόγω της πανδημίας COVID-19, θα οδηγήσει σε αύξηση του ρατσισμού και της ξενοφοβίας. Οι ευρωπαϊκές χώρες γνώρισαν ισχυρά κύματα μετανάστευσης μετά τη Διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση του 2007-2008, αλλά και μετά την Ευρωπαϊκή μεταναστευτική κρίση του 2015. Παρόλαυτα, μετά τις κρίσεις του 2007-2008 και του 2015, η μέση άποψη των πολιτών των κρατών της Ε.Ε. για τους μετανάστες δεν ήταν αρνητική (Dennison & Geddes, 2020).

Όμως, στα κράτη της Ε.Ε που είναι χώρες υποδοχής μεταναστών και προσφύγων, όπως είναι η Ελλάδα, και παράλληλα από την μία περιθάλπουν οικονομικούς μετανάστες και πρόσφυγες πολέμου, αλλά από την άλλη ταλαιπωρούνται από την οικονομική κρίση και παρουσιάζουν σημαντικά ποσοστά ανεργίας, εμφανίζονται πολλές περιπτώσεις ρατσισμού και προβληματισμού για την οικονομική προσαρμογή των ατόμων αυτών στο κοινωνικό σύνολο (Dempster, Ginn, Graham, Ble, Jayasinghe & Shorey, 2020).



Γενικά, οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο και οι μετανάστες σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν κίνδυνο αυξημένου κοινωνικού στιγματισμού, όταν χρειαστούν το σύστημα υγείας ή εάν νοσήσουν, με τους ντόπιους να ανησυχούν ότι η πιθανή διάγνωση θα επιδεινώσει το ήδη ευάλωτο καθεστώς παραμονής και τις πολιτικές τους ελευθερίες. Επιπλέον, οι πρόσφυγες είναι ευάλωτοι σε κοινωνικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά τραύματα λόγω του φόβου παραμέλησής τους από την τοπική κοινότητα και της ανησυχίας τους για την ευημερία και την ασφάλεια των οικογενειών τους στις χώρες τους (Kumar, Mehra, Sahoo, Nehra & Grover, 2020).

Σύμφωνα με το αφιέρωμα που αναπτύχθηκε από τον Καθηγητή κ. Σωτήριο Σούλη, για τον ρόλο των ΜΜΕ και του Διαδικτύου στην Ανάπτυξη Εφαρμοσμένης και Άμεσης Πολιτικής Υγείας για τον κορωνοϊό SARS-CoV-2 και για τις παρεμβάσεις στο χρονικό της Πανδημικής Κρίσης, η πανδημία της νόσου COVID-19 εξελίχθηκε στην Ελλάδα στα εξής τέσσερα στάδια (Σούλης, 2020):

1. Το στάδιο της πρόληψης
2. Το στάδιο της ενδυνάμωσης
3. Το στάδιο της υπομονής
4. Το στάδιο της αντιφατικότητας

Ως προς το στάδιο της πρόληψης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι δυνατότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά, καθώς κατά τη διάρκεια της πανδημίας αυξηθήκαν οι κλίνες ΜΕΘ. Επίσης, το γεγονός ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει τριπλασιάσει την παραγωγικότητά του σε συνδυασμό με την μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας τα τελευταία 40 χρόνια και ότι έχει αυξήσει σημαντικά τους δείκτες προσδόκιμου ζωής, παρά τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών Υγείας, φανερώνει την ανάγκη της εμπιστοσύνης των πολιτών σε αυτό. Όμως, ακόμη και σήμερα, η ατομική υγιεινή, οι ατομικές προφυλάξεις και ο σεβασμός προς τους άλλους παραμένουν τα σημαντικότερα μέτρα πρόληψης.

Ως προς το στάδιο της ενδυνάμωσης, η αύξηση των περιοριστικών μέτρων και των θανάτων, προκαλούν άγχος στους περισσότερους ανθρώπους, πολλοί εκ των οποίων χρειάζονται ψυχολογική στήριξη. Οι επαγγελματίες υγείας είναι εκείνοι που χρειάζονται τη μεγαλύτερη στήριξη, καθώς ο ρόλος τους είναι διπλός, προσπαθώντας



από την μία να διαχειριστούν δικές τους φοβίες και από την άλλη να βοηθήσουν τους ασθενείς.

Ως προς το στάδιο της υπομονής, δυστυχώς πληθαίνουν ολοένα και περισσότερο οι φωνές που υπερασπίζονται την ελευθερία του ατόμου, έναντι της προστασίας του δημοσίου συμφέροντος.

Ως προς το στάδιο της αντιφατικότητας και κυρίως ως προς τη συγκριτική προσέγγιση του πανδημικού φαινομένου, είναι απολύτως ορθή και ρεαλιστική σύγκριση των ελληνικών δεδομένων με αυτών της Ιταλίας και της Ισπανίας γιατί παρουσιάζουν παρόμοιους δείκτες Ανθρώπινης (HDI) και Οικονομικής Ανάπτυξης, το ίδιο περίπου Σύστημα Υγείας, την ίδια ηλικιακή διάρθρωση, το ίδιο προσδόκιμο ζωής και τις ίδιες περιβαλλοντικές και κλιματολογικές συνθήκες. Τα δεδομένα όμως συνεχώς αλλάζουν, οπότε θα πρέπει οι πίνακες της συχνότητας των κρουσμάτων και της θνησιμότητας να επικαιροποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

5.7 Αντιμετώπιση κοινωνικού αποκλεισμού λόγω της πανδημίας

Οι περιορισμοί στις μετακινήσεις για την αποφυγή της διασποράς του κορωνοϊού SARS-CoV-2 και η ιχνηλάτηση των κρουσμάτων έχουν προκαλέσει μια μεγάλη αλλαγή ως προς τη χρήση των ηλεκτρονικών μέσων σ' ένα ευρύτατο φάσμα της κοινωνικής, πολιτικής, οικονομικής και εκπαιδευτικής δραστηριότητας. Ο βαθμός ψηφιοποίησης και ο βαθμός ενσωμάτωσης δραστηριοτήτων σε ψηφιακές τεχνολογίες αποτελεί ένα κριτήριο με αποφασιστική σημασία για τον τρόπο αντιμετώπισης των δευτερογενών επιλογών που προκάλεσε η πανδημία. Η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως ένας ισχυρός καταλύτης για την ενίσχυση της τεχνολογικής απόδοσης αλλά ταυτόχρονα, και ως επιταχυντής ανισοτήτων για της κοινωνικές τάξεις με χαμηλότερο εισόδημα, όπως και για χώρες με χαμηλή ενσωμάτωση στις ψηφιακές τεχνολογίες (Van Dorn, Cooney & Sabin, 2020).

Επίσης έχουν προκαλέσει την συζήτηση για το πώς συνδέεται η ελευθερία του ατόμου και της κοινωνικής συμβίωσης με την έννοια της ύπαρξης και της ατομικής και κοινωνικής ευθύνης.

Τα μέτρα που ελήφθησαν από τις περισσότερες κυβερνήσεις του κόσμου, με βάση τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, βασίστηκαν στο άρθρο 15



της Ε.Σ.Δ.Α. επικαλούμενες «δημόσιο κίνδυνο, εν είδει απειλής για τη ζωή του έθνους». Στα περισσότερα Συντάγματα κατοχυρώνεται η προστασία της ζωής και της υγείας, η οποία όμως αξιολογείται πλέον μόνο από την αποτελεσματικότητα έναντι στην COVID-19, που αποτυπώνεται από την απώλεια ανθρωπίνων ζώων (Κοντιάδης, 2020).

Σε ορισμένες χώρες, για την αποτελεσματική πρόληψη και καταπολέμηση της COVID-19 γίνεται χρήση νέων τεχνολογιών αναγνώρισης προσώπου ή κυκλοφορούν εφαρμογές για τα smart-phones που εντοπίζουν τις επαφές όσων είναι θετικοί στην COVID-19, που αναδεικνύει την σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος της ιδιωτικής ζωής και του δημοσίου συμφέροντος. Βάσει του νέου Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR), «*επιτρέπεται η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων όταν είναι απαραίτητη για λόγους δημοσίου συμφέροντος (άρθρο 6), ενώ αυτό το συμφέρον απαιτείται να είναι ουσιώδες, όταν πρόκειται για ευαίσθητα δεδομένα, όπως τα δεδομένα υγείας (άρθρο 9)*». Δηλαδή η κάθε Πολιτεία έχει το νόμιμο δικαίωμα για την συλλογή και την επεξεργασία μόνο των δεδομένων που απαιτούνται για την προστασία και την πρόληψη. Στην Ελλάδα, το άρθρο 5 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου Π.Ν.Π. 64/2020 (ΦΕΚ 64/Α/2020) «Κατεπείγοντα μέτρα αντιμετώπισης της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19» προσδιορίζει ρητά τις κατηγορίες προσωπικών δεδομένων που επιτρέπεται να κοινοποιούνται από τον Ε.Ο.Δ.Υ. προς τη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, διαφυλάττοντας την ελευθερία του ατόμου (Μήτρου, 2020).

Πέραν όμως από την υφιστάμενη Εθνική και Ευρωπαϊκή Νομολογία, η αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας απαιτεί κοινωνική συνείδηση, καθώς η κοινωνική αλληλεξάρτηση είναι θεμελιώδες γνώρισμα της κάθε κοινωνίας. Η αλληλεξάρτηση αυτή οδηγεί στη δημιουργία αλληλέγγυων μορφών κοινωνικής συμπεριφοράς και στις θεμελιώδεις αρχές της επικουρικότητας και της αναλογικότητας, όπως ορίζονται στο άρθρο 5, παρ. 3 της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση (Σ.Ε.Ε.) (Σούλης, 2020).



5.8 Προγράμματα της Ε.Ε για την αντιμετώπιση της πανδημίας

Για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία με τα κράτη μέλη έλαβε αποφάσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας, η οποία επικεντρώνεται σε τέσσερις προτεραιότητες (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2020):

- στον περιορισμό της εξάπλωσης του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2,
- εξασφάλιση επαρκούς ιατρικού εξοπλισμού,
- προώθηση της έρευνας για θεραπείες και εμβόλια,
- στήριξη της απασχόλησης, των επιχειρήσεων και της οικονομίας

Για την προστασίας της δημόσιας υγείας η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, από τον Νοέμβριο του 2020, σχεδίασε μια Ευρωπαϊκή Ένωση Υγείας, η οποία βασίζεται σε δύο πυλώνες: ισχυρότερο πλαίσιο υγειονομικής ασφάλειας και ισχυρότερους οργανισμούς της Ε.Ε. (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2020):

1. Ο πρώτος πυλώνας αναφέρεται στην ενίσχυση του πλαισίου υγειονομικής ασφάλειας, μέσω εντός συστήματος έκτακτης ανάγκης της Ε.Ε. και τη δημιουργία αποθέματος και την προμήθεια του απαιτούμενου εξοπλισμού για την αντιμετώπιση της πανδημίας.
2. Ο δεύτερος πυλώνας αναφέρεται στο **Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων** (European Centre for Disease Prevention and Control) (**ECDC**), το οποίο θα επιβλέπει την επιδημιολογική κατάσταση, στον **Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων** (European Medicines Agency) (**E.M.A.**), ο οποίος θα καλύπτει την ασφάλεια των φαρμάκων, τις ελλείψεις και τις κλινικές δοκιμές τους και στην νεοσύστατη **Αρχή για την Αντιμετώπιση των Έκτακτων Αναγκών στον Τομέα της Υγείας** (Health Emergency Response Authority) (**H.E.R.A.**)

EU4Health

Με τον Κανονισμό 2021/522 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 24^{ης} Μαρτίου 2021 θεσπίστηκε το Πρόγραμμα «Η Ε.Ε. για την υγεία» (**EU4Health**) για την περίοδο 2021-2027. Το Πρόγραμμα συμπληρώνει τις πολιτικές των κρατών μελών της Ε.Ε., με σκοπό τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας



σε ολόκληρη την Ένωση και την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

Οι τέσσερις (4) γενικοί στόχοι του Προγράμματος EU4Health είναι οι εξής:

1. Βελτίωση της ανθρώπινης υγείας μέσω της στήριξης της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης των ασθενειών, της μείωσης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και της προώθηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ώστε να μειωθεί η επιβάρυνση από μεταδοτικές και μη μεταδοτικές νόσους,
2. Ενίσχυση της ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας και του συντονισμού μεταξύ των κρατών μελών για την αντιμετώπιση των σοβαρών διασυννοριακών απειλών κατά της υγείας,
3. Βελτίωση της διαθεσιμότητας, της προσβασιμότητας και της οικονομικής προσιτότητας των φαρμάκων και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων,
4. Βελτίωση της ανθεκτικότητάς των συστημάτων υγείας και της αποδοτικής χρήσης των πόρων τους, μέσω συντονισμένου έργου μεταξύ των κρατών μελών, μέσω της προώθησης της εφαρμογής βέλτιστων πρακτικών και της ανταλλαγής δεδομένων, μέσω της ενίσχυσης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, μέσω της αντιμετώπισης των επιπτώσεων των δημογραφικών προκλήσεων και μέσω της προώθησης του ψηφιακού μετασχηματισμού.

Για την προώθηση των ανωτέρω στόχων του προγράμματος, η Ε.Ε. θα επενδύσει 5,3 δισ. ευρώ σε δράσεις με προστιθέμενη αξία για την Ε.Ε., μέσω του προγράμματος EU4Health (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

NextGenerationEU

Ένα αισιόδοξο αποτέλεσμα της πανδημίας σε πανευρωπαϊκό επίπεδο είναι το νέο σχέδιο ανάκαμψης «NextGenerationEU» (NGEU), που πρότεινε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τον Μάιο του 2020, με χρηματοδοτική ισχύ 750 δισ. € σε τιμές 2018, με σκοπό την επιτάχυνση της ανάκαμψης. Το σχέδιο ανάπτυξης βασίζεται σε τρεις πυλώνες, πρώτον στη στήριξη των κρατών μελών για να ανακάμψουν, δεύτερον στην επανεκκίνηση της οικονομίας και στη στήριξη των ιδιωτικών επενδύσεων και τρίτον



στην ενίσχυση των βασικών προγραμμάτων της Ε.Ε. (πχ rescEU, HORIZON 2020, EU4Health, InvestEU) για να εφαρμοστούν τα διδάγματα από την κρίση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

Από τα 750 δισ. € του Next Generation EU, τα 390 δισ. € θα προέρχονται από επιχορηγήσεις προς τα κράτη μέλη και τα υπόλοιπα 360 δισ. € θα δοθούν ως δάνεια. Οι στόχοι του Next Generation EU αφορούν (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2020):

- Την προώθηση της οικονομικής, κοινωνικής και περιφερειακής συνοχής,
- Την ενίσχυση της οικονομικής και κοινωνικής ανθεκτικότητας,
- Την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της υγειονομικής κρίσης,
- Την ψηφιακή και “πράσινη” μετάβαση

Στην Ελλάδα θα διατεθούν περίπου 32 δισ. € από το Ταμείο για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID – 19, εκ των οποίων περίπου τα 19,5 δισ. € θα δοθούν ως επιχορηγήσεις, ενώ τα υπόλοιπα ως δάνεια. Το ποσό αυτό θα πρέπει να απορροφηθεί σε διάστημα έξι ετών, ενώ το σχέδιο για την αξιοποίηση του ποσού μπορεί να αναθεωρηθεί μόνο μία φορά το 2022. Μέχρι τότε θα πρέπει να έχουν συναφθεί οι συμβάσεις για την αξιοποίηση του 70% του συνολικού ποσού, ενώ μέχρι το 2023 για το υπόλοιπο 30% του συνολικού ποσού (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2020).

Ο μακροπρόθεσμος προϋπολογισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την περίοδο 2021-2027, σε συνδυασμό με το NextGenerationEU αποτελούν τη μεγαλύτερη δέσμη μέτρων ανάκαμψης που έχει χρηματοδοτηθεί ποτέ στην Ευρώπη, με χρηματοδοτική ισχύ 1,8 τρισ. € σε τιμές 2018, που θα συμβάλουν στην ανοικοδόμηση της Ευρώπης μετά την πανδημία της COVID-19 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

SURE

Το μέσο προσωρινής στήριξης για τον μετριασμό των κινδύνων ανεργίας σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης (Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency) (SURE) είναι δάνεια χρηματοδοτικής στήριξης στα κράτη μέλη της Ε.Ε. ώστε να αντιμετωπίσουν τις αυξήσεις των δημοσίων δαπανών για τη διατήρηση της



απασχόλησης μετά την πανδημία της COVID-19. Το SURE αποτελεί η την εμβληματική πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την προστασία των πολιτών της Ε.Ε. και την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της πανδημίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

Το φθινόπωρο του 2020 εκταμιεύτηκαν οι πρώτες δόσεις σε χώρες της Ε.Ε. και με την τελευταία εκταμίευση που έγινε στις 25 Μαΐου 2021, η Ε.Ε. χορήγησε περίπου 90 δισ. € σε δάνεια αντιστήριξης, στο πλαίσιο του SURE. Και τα 19 κράτη μέλη της Ε.Ε. που έχουν ζητήσει να υπαχθούν στο καθεστώς SURE έχουν λάβει μέρος ή το σύνολο του αιτούμενου ποσού. Τα ομόλογα του πλαισίου SURE είναι κοινωνικά ομόλογα, δηλαδή θα εξυπηρετήσουν κοινωνικούς στόχους για την στήριξη των εργαζομένων και των εργοδοτών ώστε να διατηρηθούν οι θέσεις απασχόλησης. Όσα εκδόθηκαν το 2020 πρέπει να αποπληρωθούν μεταξύ των ετών 2025 και 2051, με εξαιρετικά χαμηλό έως μηδενικό κόστος δανεισμού. Η Ελλάδα έχει αιτηθεί και έχει λάβει συνολικά 5,265 δισ. € (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

InvestEU

Το πρόγραμμα InvestEU είναι μέρος του Σχεδίου Ανάκαμψης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Union's Recovery Plan) και παρέχει επενδυτική υποστήριξη, μέσω της μακροπρόθεσμης χρηματοδότησης σε εταιρείες για την ανάκαμψη από την οικονομική και κοινωνική κρίση που προκάλεσε η πανδημία COVID-19. Το πρόγραμμα μέσω της χρηματοδότησης, προσπαθεί να υποστηρίξει τις μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες προτεραιότητες της πολιτικής της Ε.Ε., όπως είναι η Ευρωπαϊκή Πράσινη Συμφωνία (European Green Deal), το Επενδυτικό Σχέδιο της Ευρωπαϊκής Πράσινης Συμφωνίας (European Green Deal Investment Plan) και η Στρατηγική για τη διαμόρφωση του Ευρωπαϊκού ψηφιακού μέλλοντος (Strategy on shaping Europe's digital future) (European Commission, 2021).

Ο προϋπολογισμός του προγράμματος προέρχεται εν μέρει από το NextGenerationEU (NGEU). Το πρόγραμμα InvestEU αντικαθιστά το Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων (Ε.Τ.Σ.Ε.) ή διεθνώς European Fund for Strategic Investments (E.F.S.I.) που συστάθηκε μετά την χρηματοπιστωτική κρίση. Το πρόγραμμα θα αποτελείται από (European Commission, 2021):



- Το ταμείο InvestEU (**InvestEU Fund**) που θα διαθέσει 372 δισ. € δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων, μέσω της εγγύησης του προϋπολογισμού της Ε.Ε. ύψους 26,2 δισ. € που υποστηρίζει τις επενδύσεις.
- Τον συμβουλευτικό κόμβο InvestEU (**InvestEU Advisory Hub**) που παρέχει τεχνική υποστήριξη και βοήθεια για την προετοιμασία, την ανάπτυξη, τη διάρθρωση και την υλοποίηση των επενδυτικών σχεδίων.
- Την πλατφόρμα InvestEU (**InvestEU Portal**) που συγκεντρώνει τους επενδυτές και τους φορείς υλοποίησης των έργων σε μια ενιαία πλατφόρμα, παρέχοντας μια εύκολα προσβάσιμη και φιλική προς τον χρήστη βάση δεδομένων επενδυτικών ευκαιριών.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Πρόσβαση μεταναστών και προσφύγων σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και η χρήση τους αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα παγκοσμίως και ο περιορισμός των ανισοτήτων είναι πιο επιτακτικός από ποτέ. Εξάλλου, η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική τους ενσωμάτωση στη χώρα υποδοχής (Cheng, Chen & Cunningham, 2007).

Μολονότι αναγνωρίζεται ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ξεχωριστές ανάγκες σε σχέση με τους γηγενείς, αρκετές χώρες, δεν έχουν καταφέρει να αναπτύξουν τις κατάλληλες στρατηγικές για την καλύτερη διαχείριση των αναγκών υγείας τους. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο να διαμορφωθούν και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες πολιτικές υγείας και ιδιαίτερα στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που θα παρέχουν τη δυνατότητα στους μετανάστες και στους πρόσφυγες, από τη μια να βελτιώσουν την ευκολία στη χρήση τους και από την άλλη να γίνεται σωστή χρήση, πετυχαίνοντας έτσι βελτίωση στην έκβαση της υγείας τους. Όλα τα ανωτέρω θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν ριζικά μόνο με την θέσπιση μίας Ευρωπαϊκής Οδηγίας που να υποχρεώνει όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. να παρέχουν ελεύθερη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στους πολίτες που δεν έχουν ασφάλεια, καθώς και στους μετανάστες, στους πρόσφυγες και στους αιτούντες άσυλο (De Alba & Sweningson, 2006).

Στον χώρο της υγείας, οι ανισότητες δεν είναι ένα απλό πρόβλημα και είναι διαχρονικό, έχοντας μάλιστα και σημαντικές κοινωνικές παραμέτρους. Στην περίπτωση των μεταναστών και των προσφύγων, τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και οι αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης σχετίζονται άμεσα με θέματα δημόσιας υγείας αλλά και κοινωνικής προσαρμογής. Κάποιες φορές, έχουν υιοθετηθεί νόμοι που περιορίζουν την πρόσβαση των προσφύγων στους φορείς υγείας, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία (Sarría-Santamera, Hijas-Gómez, Carmona & Gimeno-Feliú, 2016).



Οι σημαντικές αλλαγές στα δημογραφικά δεδομένα, τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες απαιτούν μια ανανεωμένη προσέγγιση στην χρήση των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας από τους μετανάστες, τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο, έτσι ώστε να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η παρούσα κατάσταση και να διαμορφωθούν αποτελεσματικές πολιτικές. Για το λόγο αυτό, οι έρευνες αναφορικά με τη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας από τους μετανάστες, τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (Villalonga-Olives & Kawachi, 2014).

Η περιορισμένη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, καθώς και η ανεπαρκής ποιότητα της φροντίδας υγείας έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην υγεία τόσο των υπηκόων ξένων χωρών όσο και των γηγενών. Επιπλέον, οι πρόσφυγες που δεν διαθέτουν νόμιμη άδεια παραμονής κάνουν χρήση των Υπηρεσιών Υγείας λιγότερο συχνά, ενώ όταν τις χρησιμοποιούν η χρήση τους είναι αρκετά σύντομη (Winters, Rechel, de Jong & Pavlova, 2018).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, οι προσωπικές πεποιθήσεις, οι προτιμήσεις και οι εμπειρίες, η προσωπική κουλτούρα, η θρησκεία, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η γλώσσα και η επικοινωνία. Εκτός από τα ατομικά χαρακτηριστικά, επηρεάζουν την πρόσβαση και τα χαρακτηριστικά της χώρας υποδοχής, όπως είναι το εργασιακό περιβάλλον, η οργάνωση του συστήματος υγείας, η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, το κόστος λήψης φροντίδας υγείας, η γνώση του συστήματος υγείας από τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, η εκπαίδευση, οι πρακτικές και οι προτιμήσεις των επαγγελματιών υγείας (Saleem, Steadman & Fejzic, 2019).

Τέλος, οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις, τη συμπεριφορά και τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους μετανάστες και στους πρόσφυγες περιλαμβάνουν τις διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις και τη διαφορετική γλώσσα, τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους και τη διάσταση μεταξύ προσωπικής ηθικής και νομοθεσίας.



6.2 Πρόσβαση μεταναστών και προσφύγων σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα

Πλήθος διαταγμάτων και εγκυκλίων του Υπουργείου Υγείας ορίζουν την προστασία του δικαιώματος για Υγεία. Στην παράγραφο 2, του άρθρου 5, του Συντάγματος της Ελλάδας (ΦΕΚ 211/Α/2019) αναφέρεται ότι για όποιον βρίσκεται εντός της Ελλάδας προστατεύεται η ζωή, η τιμή και η ελευθερία του, χωρίς να υφίστανται διακρίσεις και αναφέρεται επίσης ότι απαγορεύεται η έκδοση αλλοδαπών που διώκονται για ενέργειες υπέρ της ελευθερίας. Παρόλα' αυτά, μελέτες έχουν καταδείξει ότι πολλές ευπαθείς ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες, υφίστανται άνιση πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Priebe, Sandhu, Dias, Gaddini, Greacen, Ioannidis, Kluge, Krasnik, Lamkaddem, Lorant, Riera, Sarvary, Soares, Stankunas, Strassmayr, Wahlbeck, Welbel & Bogic, 2011).

Ωφελούμενοι των κοινωνικών δικαιωμάτων της Υγείας και της Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα είναι κυρίως όλοι οι πολίτες, όπως ορίζεται στην παράγραφο 5, του άρθρου 21, του Συντάγματος της Ελλάδας, αντιθέτως όμως η υποχρέωση του Ελληνικού Κράτους να φροντίζει για την κοινωνική ασφάλιση καλύπτει όλους τους εργαζομένους, όπως ορίζεται στην παράγραφο 5, του άρθρου 22 του Συντάγματος της Ελλάδας. Επίσης, δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και σε συγκεκριμένες προνομιακές παροχές απονέμεται και στους υπηκόους τρίτων χωρών, δηλαδή σε όσους δεν έχουν ούτε την ελληνική ιθαγένεια, ούτε την ιθαγένεια άλλου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, όπως ορίζεται στο άρθρο 71, παρ. 2, του νόμου Ν.3386/2005 (ΦΕΚ 212/Α/2005) «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια» και στο άρθρο 12, παρ. 1δ, του Π.Δ.150/2006 (ΦΕΚ 160/Α/2006) «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας στην οδηγία 2003/109 ΕΚ της 25 Νοεμβρίου 2003 σχετικά με το καθεστώς υπηκόων τρίτων χωρών οι οποίοι είναι επί μακρόν διαμένοντες».

Για τους νόμιμα διαμένοντες στη χώρα μας μετανάστες και πρόσφυγες προβλέπεται ότι για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτείται η έκδοση Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.). Η πραγματικότητα για μετανάστες και πρόσφυγες δίχως άδεια παραμονής, και κατ'



επέκταση ανασφάλιστους, είναι διαφοροποιημένη, καθώς αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας.

Πρέπει να γίνει κατανοητό, πως από την στιγμή που οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αποτελούν πλέον πολυπληθή πληθυσμιακή ομάδα στην Ελλάδα, είναι προτιμότερο να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσής τους, να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα τα προβλήματά τους και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας, καθώς τα προβλήματά τους, άμεσα ή μακροπρόθεσμα, θα αποτελέσουν και προβλήματα του υπόλοιπου πληθυσμού (Suphanchaimat, Kantamaturapoj, Putthasri & Prakongsai, 2015).

6.3 Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων

Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων παγκοσμίως

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Έπατης Αρμοστείας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (United Nations High Commissioner for Refugees) (U.N.H.C.R), υπάρχουν αυτή την στιγμή 84 εκατομμύρια μετανάστες και πρόσφυγες παγκοσμίως, εκ των οποίων:

- τα 48 εκατομμύρια είναι εσωτερικά εκτοπισμένοι,
- τα 26,6 εκατομμύρια είναι πρόσφυγες,
- τα 4,4 είναι αιτούντες άσυλο,
- τα 5 εκατομμύρια είναι Βενεζουελάνοι εκτοπισμένοι στο εξωτερικό

Από τα 84 εκατομμύρια, ποσοστό 68%, δηλαδή πάνω από τα δύο τρίτα, προέρχονται από μόλις πέντε χώρες: Συρία (27%), Βενεζουέλα (16%), Αφγανιστάν (11%), Νότιο Σουδάν (9%), Μιανμάρ (5%).

Από τα 84 εκατομμύρια, ποσοστό 39% φιλοξενείται σε πέντε χώρες: Τουρκία, Κολομβία, Ουγκάντα, Πακιστάν, Γερμανία. Είναι αξιοσημείωτο ότι η Τουρκία, για έβδομη συνεχόμενη χρονιά, είναι η χώρα που φιλοξενεί τον μεγαλύτερο πληθυσμό προσφύγων και αιτούντων άσυλο παγκοσμίως. Ποσοστό 85% φιλοξενούνται σε αναπτυσσόμενες χώρες ενώ 15% σε ανεπτυγμένες χώρες. Ποσοστό 73% φιλοξενούνται σε χώρες που γειτνιάζουν με τις χώρες καταγωγής τους.



Από τα 84 εκατομμύρια, ποσοστό 42% είναι παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών, ενώ 1 εκατομμύριο παιδιά γεννήθηκαν ως πρόσφυγες σε καταυλισμούς, πρόχειρες κατασκευές, δομές φιλοξενίας ή και στον δρόμο.

Από τα 84 εκατομμύρια, μόλις 142.900 πρόσφυγες επέστρεψαν ή επανεγκαταστάθηκαν στις χώρες καταγωγής τους κατά το πρώτο εξάμηνο του 2021.

Για τα τελευταία 5 χρόνια, ο αριθμός (σε εκατομμύρια) των μεταναστών και των προσφύγων παγκοσμίως είχε διαμορφωθεί ως εξής:

	2017	2018	2019	2020	2021
Συνολικά	68.5	70.8	79.5	82.4	84
Εσωτερικά εκτοπισμένοι	40	41.3	45.7	48	48
Πρόσφυγες	25.3	25.9	26	26.4	26.6
Αιτούντες άσυλο	3.1	3.5	4.2	4.1	4.4
Βενεζουελάνοι		2.6	3.6	3.9	5

Πίνακας 19: Κατανομή των μεταναστών και των προσφύγων για τα έτη 2017-2021 παγκοσμίως

Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων στην Ε.Ε.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση διαμένουν 447 εκατομμύρια άτομα, εκ των οποίων το 5,1%, δηλαδή 23 εκατομμύρια είναι πολίτες τρίτων χωρών και το 8,3%, δηλαδή 37 εκατομμύρια είναι άτομα που γεννήθηκαν εκτός της Ε.Ε. Το 56% των πολιτών τρίτων χωρών που έλαβαν άδεια διαμονής ήταν για οικογενειακούς ή επαγγελματικούς λόγους. Τα έτη 2020 και 2021 εκδόθηκαν λιγότερες άδειες διαμονής από ότι το 2019, λόγω των ταξιδιωτικών περιορισμών που είχαν επιβληθεί για την ανάσχεση της διασποράς της νόσου COVID-19.

Το ποσοστό απασχόλησης του πληθυσμού στην Ε.Ε. είναι υψηλότερο για τους πολίτες της Ε.Ε. (73,3 %) απ' ότι για τους πολίτες τρίτων χωρών (57,6 %), οι οποίοι υπερεκπροσωπούνται σε συγκεκριμένους οικονομικούς τομείς, όπως πχ στις υπηρεσίες παροχής καταλύματος και στις υπηρεσίες εστίασης.

Οι πρόσφυγες στην Ε.Ε. καταλαμβάνουν το 10% του παγκόσμιου συνόλου των προσφύγων και το 0,6 % του συνολικού πληθυσμού της Ε.Ε. Το ποσοστό αυτό



είναι χαμηλό, επειδή οι περισσότεροι πρόσφυγες από την Αφρική και την Ασία δεν έρχονται στην Ευρώπη, αλλά μετακινούνται κυρίως σε γειτονικές τους χώρες.

Στατιστικά στοιχεία μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα

Το 2020, η έναρξη της πανδημίας COVID-19, προκάλεσε δραστική μείωση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών στην Ελλάδα, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, κάτι που αποτυπώνεται και στα απογραφικά στοιχεία των υπηρεσιών του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου. Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός των μεταναστών και των προσφύγων που ήρθαν στην Ελλάδα το 2015 έφτασε τους 861.630 ανθρώπους, το 2016 έφτασε τους 177.234 ανθρώπους, το 2017 έφτασε τους 36.310 ανθρώπους, το 2018 έφτασε τους 50.508 ανθρώπους, το 2019 έφτασε τους 62.190 ανθρώπους, το 2020 έφτασε τους 14.848 ανθρώπους, ενώ το 2021 έφτασε τους 8.745 ανθρώπους (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).

Εκτός από την σημαντική μείωση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών από το 2020 και μετά, παρατηρείται και μία σημαντική μείωση των συνολικά διαμενόντων στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, το τέλος του 2020 φιλοξενούνταν στην Ελλάδα 64.627 μετανάστες και πρόσφυγες, εκ των οποίων το 75% διέμεναν στην ηπειρωτική Ελλάδα, ενώ το 25% διέμεναν στα νησιά. Στο τέλος του 2021, φιλοξενούνταν στην Ελλάδα 32.647 μετανάστες και πρόσφυγες, εκ των οποίων το 90% διέμεναν στην ηπειρωτική Ελλάδα, ενώ το 10% διέμεναν στα νησιά. Ο αριθμός των διαμενόντων μεταναστών και προσφύγων στα νησιά μειώνονταν κάθε μήνα για το 2021, με αποτέλεσμα από τους 17.005 διαμένοντες τον Δεκέμβριο του 2020, να έχει μειωθεί ο αριθμός στους 3.508 διαμένοντες τον Δεκέμβριο του 2021, ήτοι ποσοστιαία μείωση κατά 79%. Σημαντική παράμετρος είναι ότι για το 2021 οι αποχωρήσεις ήταν περισσότερες από τις αφίξεις στην Ελλάδα, 11.581 αποχωρήσεις έναντι 8.745 αφίξεις (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).

Αντίστοιχη ποσοστιαία μείωση κάθε μήνα για το 2021, παρατηρήθηκε και στον αριθμό των αιτούντων άσυλο, καθώς από 64.627 διαμένοντες αιτούντες άσυλο τον Δεκέμβριο του 2020, έχει μειωθεί ο αριθμός στους 32.647 τον Δεκέμβριο του 2021, ήτοι ποσοστιαία μείωση κατά 49%. Οι περισσότεροι αιτούντες άσυλο διαμένουν στην Περιφέρεια Αττικής και ακολουθούν η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, η Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου και η



Περιφέρεια Ηπείρου. Έχει καθορισθεί και εφαρμόζεται ο στόχος της ίσης και δίκαιης κατανομής των αιτούντων άσυλο σε όλες τις Περιφέρειες της Ελλάδας, με εξαίρεση τα σημεία πρώτης υποδοχής, δηλαδή να υπάρχει ένα σταθερό ποσοστό διαμενόντων αιτούντων άσυλο επί του γενικού πληθυσμού εκάστης Περιφέρειας που να κυμαίνεται στο 1% (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).

Αντίστοιχη ποσοστιαία μείωση έχει παρατηρηθεί και στις προκαταγραφές ασύλου, δηλαδή στην αρχική καταγραφή των αιτούντων άσυλο που πραγματοποιείται από τα κλιμάκια της Υπηρεσίας Ασύλου στους χώρους φιλοξενίας μεταναστών και προσφύγων, κατά την οποία λαμβάνουν δελτίο αιτούντος άσυλο, που τους επιτρέπει την προσωρινή νόμιμη διαμονή στην Ελλάδα μέχρι την έκδοση της οριστικής απόφασης για την αίτηση ασύλου από το ελληνικό κράτος. Πιο συγκεκριμένα, το 2019 πραγματοποιήθηκαν 93.052 προκαταγραφές ασύλου, το 2020 πραγματοποιήθηκαν 25.471 και το 2021 πραγματοποιήθηκαν 18.944. Οι προκαταγραφές ασύλου στην Ηπειρωτική Ελλάδα, ήταν περισσότερες από ότι στα νησιά, 59% έναντι 41% (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).

Οι εγγεγραμμένοι δικαιούχοι στο πρόγραμμα HELIOS (Hellenic Integration Support for Beneficiaries of International Protection), που υλοποιείται από τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (Δ.Ο.Μ.) ο οποίος λαμβάνει απευθείας χρηματοδότηση για αυτό από τη Γενική Διεύθυνση Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ή διεθνώς Directorate-General for Migration and Home Affairs (DG HOME), συνέχισαν να αυξάνονται για κάθε μήνα του 2021. Από την υλοποίηση του προγράμματος την 1^η Ιουλίου 2019 έως και το τέλος του 2021, έχουν εγγραφεί στο πρόγραμμα 34.401 δικαιούχοι διεθνούς προστασίας, ενώ λαμβάνουν επίδομα για την ενοικίαση κατοικίας 16.176 αναγνωρισμένοι πρόσφυγες. Αξίζει να σημειωθεί ότι για το 2021 προστέθηκαν 6.602 νέα μισθωτήρια στο στεγαστικό σκέλος του προγράμματος. Στα μαθήματα ένταξης έχουν εγγραφεί 6.520 δικαιούχοι διεθνούς προστασίας και στα συμβουλευτικά σεμινάρια επαγγελματικού προσανατολισμού έχουν εγγραφεί 7.029 δικαιούχοι (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).



6.4 Εμπόδια πρόσβασης μεταναστών και προσφύγων

Η ίση πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας αποτελεί ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, όπως αναλύθηκε στο κεφάλαιο 1. Παρά τους διάφορους ορισμούς που έχουν δοθεί κατά καιρούς, είναι κοινώς αποδεκτό ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα όλων των ανθρώπων (Scheppers, van Dongen, Dekker, Geertzen & Dekker, 2006).

Αν και ορισμένες οικογένειες μεταναστών και προσφύγων ενσωματώνονται χωρίς δυσκολίες, πολλές άλλες οικογένειες αντιμετωπίζουν ανισότητες που προκύπτουν από σύνθετους παράγοντες, όπως είναι η φτώχεια, το ασφαλίστικο καθεστώς, η εκπαίδευση και οι διακρίσεις βάσει φυλής ή/και εθνικότητας. Για ορισμένους, ο φόβος σχετικά με το οικογενειακό μεταναστευτικό καθεστώς απειλεί την υγεία, την ανάπτυξη και την πρόσβαση των παιδιών τους στη φροντίδα. Όσοι μετανάστες και πρόσφυγες κατοικούν μαζί με την οικογένειά τους, ή έστω μαζί με τους γονείς τους, ιδιαίτερα όσοι έχουν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έχουν βελτιωμένη υγεία, αφού υπάρχει άμεση συσχέτιση των κοινωνικών παραγόντων με την υγεία (Lakhani, 2020).

Οι συνεργασίες όλων των εμπλεκόμενων φορέων με τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.), με τις Δομές Κοινωνικής Φροντίδας, με τα προγράμματα υποστήριξης, με τα σχολεία και με τις Μ.Κ.Ο. βοηθούν την πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Οι διαζώσης παροχές υγείας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, μπορεί να συμβάλει στην εξασφάλιση της σύνδεσης μεταξύ τους (Lakhani, 2020).

Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Γεώργιο Κιτσαρά και Αφροδίτη Μπάκα το 2013 στην Θεσσαλονίκη, ερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Σύμφωνα με την έρευνα, αναδείχθηκαν τέσσερις (4) παράγοντες που δυσχαιρένουν την πρόσβαση και είναι η γνώση της ελληνικής γλώσσας, ο βαθμός ενημέρωσης και εξοικείωσης με τον τρόπο λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, η ύπαρξη ή μη ασφάλισης και ο φόβος διακρίσεων και περιθωριοποίησης τις οποίες μπορεί να υποστούν οι μετανάστες (Κιτσαράς & Μπάκα, 2013).



Σύμφωνα με την συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Π. Γαλάνη και τους συνεργάτες του, από την 1^η Ιανουαρίου έως την 31^η Μαρτίου 2012, με μελετώμενο πληθυσμό 191 μετανάστες που διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα ή τη Θεσσαλονίκη, ερευνήθηκε ποια είναι τα συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά που προκαλούν εμπόδια πρόσβασης των μεταναστών και προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Από το σύνολο των μεταναστών, μόλις 1 στους 5, γνώριζε τις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες, έχουν κάνει χρήση των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας κατά το τελευταίο έτος παραμονής τους. Όμως, ο 1 στους 3 συμμετέχοντες έκανε πρώτη φορά χρήση του Συστήματος Υγείας για να επισκεφθεί τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Οι 2 στους 3 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είχε προκύψει ανάγκη χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας κατά το τελευταίο έτος παραμονής τους, που όμως δεν ικανοποιήθηκε (Γαλάνης, Καϊτελίδου, Σουρτζή, Μπελλάλη, Σίσκου, Τσαβαλιάς, Καραμήτρη & Βελονάκης, 2012).

Όσοι μετανάστες κατείχαν καλύτερη κατανόηση και ομιλία της ελληνικής γλώσσας, καθώς και όσοι διέμεναν στην Ελλάδα για περισσότερα χρόνια, είχαν αυξημένη γνώση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, όσοι μετανάστες εργαζόντουσαν και είχαν σταθερό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, αντιμετώπιζαν εμφανώς λιγότερα εμπόδια πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Είναι εμφανές δηλαδή, ότι η χαμηλή ικανότητα κατανόησης και ομιλίας της ελληνικής γλώσσας, προκαλεί εμπόδια πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Όμως εκτός, από την επικοινωνία, υπάρχουν και άλλες παράμετροι που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων (Γαλάνης, Καϊτελίδου, Σουρτζή, Μπελλάλη, Σίσκου, Τσαβαλιάς, Καραμήτρη & Βελονάκης, 2012).

Επικοινωνία

Τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ μεταναστευτικών και προσφυγικών οικογενειών με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αντιμετωπιστούν για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Πάνω από τα μισά παιδιά των μεταναστών και των προσφύγων έχουν γονείς μόνιμους κατοίκους που δεν γνωρίζουν



την γλώσσα της χώρας που κατοικούν και δεν τους παρέχονται πολιτιστικά και γλωσσικά κατάλληλες υπηρεσίες στην υγειονομική περίθαλψη (Dhungana, 2020).

Οι ιατρικοί διερμηνείς οφείλουν να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των παρόχων υγείας και να τηρούν τα ίδια πρότυπα εμπιστευτικότητας με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τα περισσότερα κρατικά ασφαλιστικά προγράμματα και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν προσφέρουν αποζημίωση για γλωσσικές υπηρεσίες. Για αυτούς τους λόγους, σε πολλούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν μέλη της οικογένειας των μεταναστών και των προσφύγων ως ad hoc διερμηνείς (Guterres, 2020).

Ωστόσο, τα μέλη της οικογένειας των μεταναστών και των προσφύγων, οι φίλοι και ιδιαίτερα τα παιδιά τους δεν είναι δυνατόν να υποκαταστήσουν τους εκπαιδευμένους ιατρικούς διερμηνείς. Οι εκπαιδευμένοι ιατρικοί διερμηνείς, μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών ή αυτοπροσώπως, με τη βοήθεια πολύγλωσσων εργαλείων, διευκολύνουν την αμοιβαία κατανόηση και συμβάλουν στην υψηλή ποιότητα επικοινωνίας. Η χρήση ιατρικών διερμηνέων διατηρεί το απόρρητο, μειώνει τα λάθη και το κόστος της θεραπείας και αυξάνει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Guterres, 2020).

Το καταρτισμένο διαπολιτισμικό και δίγλωσσο προσωπικό μπορεί να λάβει επιπρόσθετη εκπαίδευση ιατρικού διερμηνέα, εάν αναμένεται να λειτουργήσουν ως ιατρικοί διερμηνείς, και οι δίγλωσσοι ιατροί και νοσηλευτές μπορούν, αφού επιδείξουν την επάρκεια άριστης γνώσης της ξένης γλώσσας που κατομιλεί ο κάθε μετανάστης ή πρόσφυγας, να συνεργαστούν μαζί τους στην προτιμώμενη γλώσσα τους, χωρίς να απαιτείται ιατρικός διερμηνέας. Η πρόσβαση μπορεί να βελτιωθεί περαιτέρω με τη χρήση πολύγλωσσης σήμανσης, εργαλείων προ συμπτωματικού ελέγχου, πολύγλωσσων φυλλαδίων και άλλων βασικών εγγράφων (π.χ. έντυπα συγκατάθεσης και περιλήψεις εξιτηρίου από το νοσοκομείο) που συντάσσονται από ειδικευμένους μεταφραστές (Guterres, 2020).

Άδεια παραμονής

Με βάση παλαιότερες νομοθεσίες του Υπουργείου Υγείας, στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα, απαγορευόταν η



χορήγηση περίθαλψης σε μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής. Για τους παράτυπους μετανάστες που διαμένουν στη χώρα μας, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο σε επείγουσες καταστάσεις και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. Εάν ο ασθενής δεν κριθεί ως επείγουσας κατάστασης, οι μετανάστες αυτής της κατηγορίας δεν γίνονται δεκτοί. Επίσης όλες οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να μην συναλλάσσονται με παράτυπους μετανάστες με εξαίρεση τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές ή σε περίπτωση ανήλικων παιδιών, αλλά θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες.

Ανασφάλιση

Ένα επιπλέον σημαντικό εμπόδιο πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας είναι το υψηλό ποσοστό των ανασφάλιστων μεταναστών (41,8%), γεγονός που μπορεί να οφείλεται και στο υψηλό ποσοστό των μεταναστών χωρίς μόνιμη εργασία (63,2%) και στο ότι το 19,1% των μεταναστών δεν έχουν έγγραφα νόμιμης παραμονής στην Ελλάδα. Οι ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας είναι σημαντικά μικρότερες για τους ασφαλισμένους μετανάστες, τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο, με την κάλυψη του κόστους για παράδειγμα για τους ανασφάλιστους να αποτελεί σημαντικό τροχοπέδη για την πραγματοποίηση εξετάσεων, τη λήψη φαρμάκων, τους εμβολιασμούς κ.ά. (Bozorgmehr & Razum, 2015).

Για αυτούς τους λόγους, τόσο οι μετανάστες όσο και τα τέκνα τους, είναι ασφαλισμένοι σε μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τους ντόπιους και χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τις Υπηρεσίες Υγείας (Hu, 2010).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2012 σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα (Γαλάνης, Σούρτζη κ.ά., 2013), μόνο το 20,4% των συμμετασχόντων ανέφερε ότι γνώριζε επαρκώς τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα και μόνο το 56,5% των συμμετασχόντων είχε ασφαλιστική κάλυψη, που είναι ένα αρκετά πιο μικρό ποσοστό σε σύγκριση με τους Έλληνες πολίτες. Είναι ενδιαφέρον ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετάσχοντες στη μελέτη (62,3%) εξέφρασαν ανεκπλήρωτες ανάγκες σχετικά με τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας. Οι πιο σημαντικοί λόγοι που αναφέρθηκαν ήταν η



μεγάλη αναμονή, οι δυσκολίες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, το υψηλό κόστος των ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας, η πολυπλοκότητα του Συστήματος Υγείας και η κακή γνώση των Υπηρεσιών Υγείας. Σε μία μελέτη που έγινε το επόμενο έτος, δηλαδή το 2013, με παρόμοιο ερωτηματολόγιο και μεθοδολογία, το 35,6% των συμμετασχόντων ανέφερε ότι γνώριζε επαρκώς τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα και το 67,4% των συμμετασχόντων δεν είχε ασφαλιστική κάλυψη (Economou, 2015).

Ένα επιπλέον πρόβλημα πρόσβασης για τις μεταναστευτικές οικογένειες είναι ότι ναι μεν προβλέπεται η εγγραφή τους σε κρατικά προνοιακά επιδόματα, αλλά επειδή πολλοί μετανάστες είναι ανασφάλιστοι, δεν λαμβάνουν τα επιδόματα αυτά (Lakhani, 2020).

Φαρμακευτική αγωγή

Περισσότεροι από τους μισούς μετανάστες και πρόσφυγες αδυνατούν να λάβουν τη φαρμακευτική τους αγωγή λόγω του κόστους, γεγονός που συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, με βάση την οποία η αδυναμία κάλυψης του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής και ιδιαίτερα των φαρμάκων υψηλότερου κόστους αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα, όπως επίσης και η ελλιπής ενημέρωση και οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες (Shone, Dick, Klein, Zwanziger & Szilagyi, 2005).

Όσον αφορά στην χορήγηση φαρμάκων, αυτά δίνονται μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Δικαιούχοι είναι αποκλειστικά όσοι έχουν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν σε νοσοκομείο, οι ασφαλισμένοι μετανάστες και οι πρόσφυγες (Shone, Dick, Klein, Zwanziger & Szilagyi, 2005).

6.5 Διευκόλυνση πρόσβασης μεταναστών και προσφύγων

Υγειονομική παιδεία

Παρότι το ζήτημα αυτό αποτελεί μεγάλο και διαχρονικό αντικείμενο συζήτησης, μέχρι σήμερα δεν έχει αναπτυχθεί ένα συγκεκριμένο σχέδιο δράσης. Η θέσπιση συγκεκριμένων διαδικασιών ή η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση των οικονομικών, των πολιτισμικών και των άλλων εμποδίων που σχετίζονται με ζητήματα ελλιπούς γνώσης αναφορικά με τις συμπεριφορές υγείας



αλλά και τις διαθέσιμες υπηρεσίες, αυτό που ονομάζεται Υγειονομική Παιδεία ή διεθνώς Health Literacy, θα πρέπει να αποτελούν βασικές συνιστώσες ενός τέτοιου σχεδίου. Το σημερινό μοντέλο παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας δεν έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να ενσωματώνει τις ανάγκες όλων των διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού (Woodward, Howard & Wolfers, 2014).

Απαιτούνται συνεπώς παρεμβάσεις οι οποίες σε βραχυπρόθεσμο και μεσοπρόθεσμο επίπεδο θα μπορούσαν να εστιάσουν σε τέσσερις άξονες (Gil-González, Carrasco-Portiño, Vives-Cases, Agudelo-Suárez, Castejon Bolea & Ronda-Pérez, 2015).

- Στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα διαπολιτισμικής υγείας έτσι ώστε να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των πολιτών τρίτων χωρών μέσω διεπιστημονικών προσεγγίσεων,
- Στην ενημέρωση των μεταναστών και των προσφύγων σε σχέση με την αγωγή και προαγωγή υγείας καθώς και την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας,
- Στη διασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας των μεταναστών και των προσφύγων με τους επαγγελματίες υγείας, με τη συμμετοχή για παράδειγμα διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας και
- Στη βελτίωση της προσβασιμότητας μέσω της επανεξέτασης των όρων χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας (π.χ. συμμετοχή στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής), συμπεριλαμβανόμενης της πρόσβασης σε συμβεβλημένους παρόχους Υπηρεσιών Υγείας, προκειμένου να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής και να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός συμμόρφωσης με την ενδεδειγμένη θεραπεία.

Πρόληψη

Τα ποσοστά των μεταναστών και των προσφύγων που πραγματοποιούν τις προληπτικές εξετάσεις υγείας, όπως είναι οι εξετάσεις αίματος, ούρων και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, είναι ιδιαίτερος χαμηλά, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία μάλιστα το χαμηλό ποσοστό χρήσης προληπτικών υπηρεσιών από τους μετανάστες και από τους πρόσφυγες συνοδεύεται και από αντιστρόφως ανάλογο υψηλό ποσοστό επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο



κόστος, συνωστισμό στα Τ.Ε.Π. και περισσότερα προβλήματα στα Συστήματα Υγείας (Lillie-Blanton & Hoffman, 2005).

Οι πιο συχνές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι πολίτες τρίτων χωρών στα Τ.Ε.Π. και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, η αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η δυσκολία επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα. Ειδικότερα, ο συνδυασμός των πολύπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών με την αδυναμία σωστής επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό, οδηγούν τους μετανάστες και τους πρόσφυγες στην απογοήτευση και στην περιορισμένη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας (Clemans-Cope & Kenney, 2007).

Εμβολιασμός

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την υπ' αρ. πρωτ. Γ1α/Γ.Π.οικ.21373 Εγκύκλιο της 18/3/2016 του Υπουργείου Υγείας, για την αντιμετώπιση του ελλειπούς εμβολιασμού, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τόσο τους ίδιους όσο και τον γηγενή πληθυσμό, καθώς οι περισσότεροι δεν διαθέτουν κατά την άφιξή τους έγγραφα που να πιστοποιούν την εμβολιαστική τους κάλυψη, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο θα πρέπει κατά προτεραιότητα να εμβολιάζονται με τα ακόλουθα, προκειμένου να τους χορηγηθεί άδεια παραμονής ή να φιλοξενηθούν προσωρινά ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε Δομές Κοινωνικής Φροντίδας:

- Εμβολιασμός για ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα,
- Εμβολιασμός για διφθερίτιδα-τέτανο-κοκκύτη-πολιομυελίτιδα,
- Εμβολιασμός νεογνών για φυματίωση,
- Αν η επιδημιολογική επιτήρηση καταδείξει συρροή κρουσμάτων συνιστάται εμβολιασμός για μηνιγγιτιδόκοκκο και εμβολιασμός για γρίπη, την περίοδο κυκλοφορίας του ιού

Σχετικά με τον εμβολιασμό κατά της COVID-19 και της έκδοσης βεβαίωσης εμβολιασμού των μεταναστών, των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο, έχει θεσπιστεί η διαδικασία έκδοσης Προσωρινού Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Π.Α.Μ.Κ.Α.), με την Κοινή Υπουργική Απόφαση Κ.Υ.Α. 5160/2021 (ΦΕΚ 5247/Β/2021). Δικαιούχοι είναι όλες οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως



ημεδαποί και αλλοδαποί που διαβιούν σε συνθήκες αστεγίας και πολίτες τρίτων χωρών ή ανιθαγενείς ανεξαρτήτως νομιμότητας διαμονής. Ο Π.Α.Μ.Κ.Α. χορηγείται από τις κοινωνικές υπηρεσίες, τα Κέντρα Κοινότητας και τα Κέντρα Ένταξης Μεταναστών των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) Α' βαθμού, μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας της Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε.

Βαθμός ικανοποίησης

Η έλλειψη σωστής επικοινωνίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα της περιορισμένης ικανοποίησης που λαμβάνουν οι πολίτες τρίτων χωρών από τις Υπηρεσίες Υγείας. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό (21%) των πολιτών τρίτων χωρών είχε ανάγκες για Υπηρεσίες Υγείας, τις οποίες όμως δεν μπόρεσε να ικανοποιήσει, με τις συχνότερες ανικανοποίητες ανάγκες να είναι η πραγματοποίηση εξετάσεων και η επίσκεψη σε ιατρό και οδοντίατρο εκτός νοσοκομείου. Οι συχνότερες αιτίες μη ικανοποίησης της ανάγκης για χρήση Υπηρεσιών Υγείας ήταν το υψηλό κόστος, η αδυναμία κλεισίματος ραντεβού και ο μεγάλος χρόνος αναμονής. Οι αιτίες αυτές περιορίζουν σημαντικά τόσο την πρόσβαση των πολιτών τρίτων χωρών στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, όσο και τη χρήση τους, με αποτέλεσμα χειρότερες εκβάσεις υγείας και χειρότερη ποιότητας ζωής (Wilson, Chen, Grumbach, Wang & Fernandez, 2005).

6.6 Προγράμματα και θεσμοί της Ε.Ε

Οι Ευρωπαϊκές Οδηγίες για τους αιτούντες άσυλο και τους εκτοπισθέντες αποτελούν δεσμευτικού χαρακτήρα νομικές πράξεις που εξειδικεύουν τις διατάξεις του άρθρου 79 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σ.Λ.Ε.Ε.), δηλαδή το πρώην άρθρο 63 της Συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (Σ.Ε.Κ.) (Αμίτσης, 2014).

Σύμφωνα με το άρθρο 79 της Σ.Λ.Ε.Ε., η Ε.Ε. χαράσσει κοινή μεταναστευτική πολιτική που στοχεύει στην διαχείριση των μεταναστευτικών ροών, στη δίκαιη μεταχείριση των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών και στην καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης.

Οι Ευρωπαϊκές Οδηγίες για τους αιτούντες άσυλο είναι οι εξής (Αμίτσης, 2014):



- **Οδηγία 2001/55/ΕΚ** του Συμβουλίου, της 20^{ης} Ιουλίου 2001, σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές παροχής προσωρινής προστασίας σε περίπτωση μαζικής εισροής εκτοπισθέντων και μέτρα για τη δίκαιη κατανομή των βαρών μεταξύ κρατών μελών όσον αφορά την υποδοχή και την αντιμετώπιση των συνεπειών της υποδοχής αυτών των ατόμων
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=celex%3A32001L0055>
- **Οδηγία 2003/9/ΕΚ** του Συμβουλίου, της 27^{ης} Ιανουαρίου 2003, σχετικά με τις ελάχιστες απαιτήσεις για την υποδοχή των αιτούντων άσυλο στα κράτη μέλη
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A32003L0009>
- **Οδηγία 2004/83/ΕΚ** του Συμβουλίου, της 29^{ης} Απριλίου 2004, για 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.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=celex%3A32004L0083>
- **Οδηγία 2005/85/ΕΚ** του Συμβουλίου, της 1^{ης} Δεκεμβρίου 2005, σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές για τις διαδικασίες με τις οποίες τα κράτη μέλη χορηγούν και ανακαλούν το καθεστώς του πρόσφυγα.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0085>

Επίσης το άρθρο 22.2 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού (UNCRC) διευκρινίζει ότι τα συμβαλλόμενα κράτη είναι υποχρεωμένα να προστατεύουν τα παιδιά που έχουν το καθεστώς του πρόσφυγα ή που θεωρούνται πρόσφυγες σύμφωνα με το διεθνές ή εγχώριο δίκαιο και είναι απαραίτητη η επανένωση με την οικογένειά τους. Το εν λόγω άρθρο αναφέρει στη συνέχεια ότι σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να βρεθούν γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας, το παιδί οφείλει να λάβει την ίδια προστασία με κάθε άλλο παιδί που στερείται μόνιμα ή προσωρινά την οικογένειά του. Αυτό το άρθρο υποχρεώνει τα κράτη να μεταχειρίζονται αυτά τα παιδιά χωρίς καμία διάκριση, όπως όλα τα άλλα παιδιά που έχουν ανάγκη εναλλακτικής φροντίδας (European Commission, 2020).



Για την περίοδο 2021-2027, η Ε.Ε. ίδρυσε το **Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης** (Asylum, Migration and Integration Fund) συνολικού προϋπολογισμού 9,9 δισ. €. Το Ταμείο στοχεύει στη βελτίωση των διαδικασιών για τη διαχείριση της μετανάστευσης, καθώς και στην ενίσχυση της αλληλεγγύης. Το Ταμείο λειτουργεί σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. εκτός από τη Δανία. Οι τέσσερις στόχοι του Ταμείου είναι (European Commission, 2021):

- Η ενίσχυση και η ανάπτυξη όλων των πτυχών του κοινού ευρωπαϊκού συστήματος ασύλου, συμπεριλαμβανομένης της εξωτερικής του διάστασης,
- Η υποστήριξη της νόμιμης μετανάστευσης στα κράτη μέλη, με τη συμβολή στην ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών,
- Η καταπολέμηση της παράτυπης μετανάστευσης και η διασφάλιση της αποτελεσματικής επιστροφής σε τρίτες χώρες και
- Η ενίσχυση της αλληλεγγύης μεταξύ των κρατών μελών, ιδίως έναντι εκείνων που πλήττονται περισσότερο από τις προκλήσεις της μετανάστευσης και του ασύλου.

6.7 Ρόλος του Δ.Ο.Μ. στην ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών μεταναστών

Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (Δ.Ο.Μ.)

Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (Δ.Ο.Μ.), ή διεθνώς International Organization for Migration (I.O.M.), λειτουργώντας ως Διακυβερνητική Επιτροπή Μετανάστευσης εξ Ευρώπης (Δ.Ε.Μ.Ε.) ή διεθνώς Intergovernmental Committee for European Migration (I.C.E.M.), ιδρύθηκε το 1951 με σκοπό την αντιμετώπιση της μετανάστευσης μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Σήμερα, 70 χρόνια μετά την ίδρυσή του, στον Δ.Ο.Μ. συμμετέχουν 173 χώρες μέλη. Ο Δ.Ο.Μ. υλοποιεί έργα με στόχο την επιτυχή ένταξη των μεταναστών, τη νόμιμη και εύρυθμη μετανάστευση σε χώρες της Ε.Ε. και εκτός της Ε.Ε., τη βελτίωση των εγκαταστάσεων διαμονής τους, τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης τους, την καταπολέμηση του ρατσισμού, της ξενοφοβίας και της εμπορίας ανθρώπων.

Ο Δ.Ο.Μ. για τη διαχείριση της μετανάστευσης εργάζεται στους παρακάτω τομείς:



- Μετανάστευση και ανάπτυξη,
- Διευκόλυνση της μετανάστευσης,
- Ρύθμιση της μετανάστευσης,
- Εξαναγκασμένη μετανάστευση,

Γεωγραφικά, ο Δ.Ο.Μ. έχει την έδρα του στη Γενεύη της Ελβετίας, αλλά διαθέτει ένα παγκόσμιο δίκτυο τοπικών γραφείων που υλοποιούν ένα ευρύ φάσμα έργων που καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες μετανάστευσης. Για την αποτελεσματική συγκέντρωση των κεφαλαίων λειτουργούν παγκοσμίως τέσσερα (4) γραφεία, που συντονίζουν την χρηματοδότηση για τις δραστηριότητες του Δ.Ο.Μ. και βρίσκονται στο Βερολίνο (Berlin), στο Ελσίνκι (Helsinki), στο Τόκιο (Tokyo) και στην Ουάσιγκτον (Washington).

Για τον συντονισμό των δράσεων του Δ.Ο.Μ. στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιφερειακών ζητημάτων μετανάστευσης και τον καθορισμό των προτεραιοτήτων λειτουργούν παγκοσμίως έξι (6) γραφεία του Δ.Ο.Μ. και βρίσκονται σε:

- Αστάνα (Astana), Καζακστάν (Kazakhstan), για την Κεντρική Ασία
- Καμπέρα (Canberra), Αυστραλία (Australia), για τον Ειρηνικό
- Τζορτζ Τάουν (Georgetown), Γουιάνα (Guyana), για την Καραϊβική
- Ρώμη (Rome), Ιταλία (Italy), για τη Μεσόγειο
- Πεκίνο (Beijing), Κίνα (China), για την Κίνα
- Μπανγκόκ (Bangkok), Ταϊλάνδη (Thailand), για την Νότια Ασία

Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης στην Ελλάδα (Δ.Ο.Μ. Ελλάδας)

Ο Δ.Ο.Μ. Ελλάδας, ως ιδρυτικό μέλος του Δ.Ο.Μ., έχει μακρά εμπειρία συνεργασίας με τις ελληνικές αρχές, με στόχο την παροχή βοήθειας και υποστήριξης στους μετανάστες. Ο Δ.Ο.Μ. Ελλάδας υλοποιεί έργα με στόχο την ένταξη των αναγνωρισμένων προσφύγων στην ελληνική κοινωνία σε συνεργασία με τις ελληνικές αρχές, την υποβοηθούμενη εθελούσια επιστροφή και επανένταξη, τη μετεγκατάσταση σε άλλα κράτη μέλη της Ε.Ε., την παροχή εγκαταστάσεων προσωρινής στέγασης και Υπηρεσιών Υγείας σε συνεργασία με τις αρμόδιες ελληνικές αρχές.



Ο Δ.Ο.Μ. Ελλάδας υλοποιεί και το πρόγραμμα **HELIOS** (Hellenic Integration Support for Beneficiaries of International Protection), με σκοπό την ένταξη στην Ελλάδα των δικαιούχων διεθνούς προστασίας που έχουν αναγνωρισθεί από 01/01/2018 και διέμεναν, όταν αναγνωρίστηκαν, στα στεγαστικά προγράμματα του συστήματος υποδοχής, όπως είναι το πρόγραμμα Στήριξης Έκτακτης Ανάγκης για την Ένταξη και τη Στέγαση (ESTIA), το πρόγραμμα προσωρινής φιλοξενίας αιτούντων άσυλο σε ξενοδοχειακά καταλύματα (Filoxenia), οι Ανοιχτές Δομές Φιλοξενίας, τα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (Κ.Υ.Τ.), κλπ. (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).

Η ένταξη επιτυγχάνεται μέσω της παροχής επιδόματος για την ενοικίαση κατοικίας, μέσω μαθημάτων ένταξης και συμβουλευτικών σεμιναρίων επαγγελματικού προσανατολισμού (εξατομικευμένη εργασιακή συμβουλευτική) που θα συμβάλουν στην αυτόνομη διαβίωση τους. Η εξατομικευμένη εργασιακή συμβουλευτική περιλαμβάνει τον εντοπισμό των αναγκών τους, την καταγραφή των δεξιοτήτων τους βάσει του EU Skills Profile Tool, την κάλυψη του κόστους απόκτησης χρήσιμων πιστοποιητικών όπως είναι το πιστοποιητικό ελληνομάθειας, η άδεια οδήγησης, το πτυχίο ξένης γλώσσας, το ECDL, η διοργάνωση εκδηλώσεων «ημέρες καριέρας», η διασύνδεση με τον ιδιωτικό τομέα, η επαγγελματική καθοδήγηση και η ενημέρωση για τις υπηρεσίες του Ο.Α.Ε.Δ. Για την συμβολή στην ένταξη των δικαιούχων στην ελληνική κοινωνία, εκτός από τα ανωτέρω, διεξάγονται και δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης των τοπικών κοινωνιών, των επαγγελματιών ενώσεων και των εργοδοτών, στα πλαίσια του προγράμματος (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).

Ο Δ.Ο.Μ. λαμβάνει απευθείας χρηματοδότηση για το πρόγραμμα HELIOS από τη Γενική Διεύθυνση Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ή διεθνώς Directorate-General for Migration and Home Affairs (DG HOME). Υπολογίζεται ότι μετά την ολοκλήρωση του πιλοτικού κύκλου του προγράμματος, δεν θα συνεχίσει να χρηματοδοτείται από έκτακτα κονδύλια της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αλλά ότι θα ενταχθεί για χρηματοδότηση στο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο για την προγραμματική περίοδο 2021-2027. Η μετάβαση από τα κονδύλια της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σε τακτικό χρηματοδοτικό μηχανισμό, θα



σηματοδοτήσει τη διεύρυνσή του προγράμματος και ότι η πλήρης εποπτεία του προγράμματος θα μεταβιβαστεί στο ελληνικό κράτος. Σήμερα, είναι υπεύθυνη για την παρακολούθηση της υλοποίησης του προγράμματος και για την παροχή υποστήριξης μέσω της σύστασης ομάδων εργασίας ανά άξονα παρέμβασης, η Διεύθυνση Κοινωνικής Ένταξης του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου. Το πρόγραμμα έχει ξεκινήσει να υλοποιείται από την 1^η Ιουλίου 2019 (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2022).

Το έργο του Δ.Ο.Μ.

Ο Δ.Ο.Μ. παράγει σπουδαίο φιλανθρωπικό έργο σε όλο τον κόσμο, όπως ενδεικτικά είναι η παροχή στέγασης μετά από τις καταστροφικές πλημμύρες του 2010 και του 2011 στην Κολομβία, από τις οποίες επλήγησαν περισσότερα από τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι, με σχεδόν 600 τραυματίες, 486 νεκρούς και τουλάχιστον 43 αγνοούμενους. Επιπλέον, περισσότερα από 16.000 σπίτια καταστράφηκαν ολοσχερώς και 500.000 υπέστησαν σοβαρές ζημιές. Περίπου 40.000 άνθρωποι στεγάστηκαν προσωρινά σε 839 καταφύγια, κάτι που αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες επιτόπιες δαπάνες του Δ.Ο.Μ. (Woodward, Howard & Wolfers, 2014).

Ο Δ.Ο.Μ. ασχολείται και με διάφορα ηθικά και πολιτικά ζητήματα, πέραν των αρμοδιοτήτων του. Με πάνω από 400 περιοχές υπό την εποπτεία του παγκοσμίως, εδώ και μια δεκαετία ο Δ.Ο.Μ. δραστηριοποιείται παράλληλα με τα κράτη, σύμφωνα με τις αρχές του διεθνούς δικαίου και των συμβάσεων του Ο.Η.Ε. (Woodward, Howard & Wolfers, 2014).

Στο δύσκολο έργο του ο Δ.Ο.Μ., δεν έχει όμως μόνο συμμάχους, αλλά έχει να αντιμετωπίσει αρκετούς ακτιβιστές που εναντιώνονται στην κράτηση και στην απέλαση, όπως και άλλες ομάδες υπεράσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι οποίοι τον κατηγορούν ως εκφραστή κρατήσεων και των απελάσεων των μεταναστών (Woodward, Howard & Wolfers, 2014).

Το ανθρωπιστικό έργο που επιτελεί ο Δ.Ο.Μ. βασίζεται στην ικανότητά του να μπορεί να λειτουργεί διακρατικά. Ωστόσο, ο Δ.Ο.Μ. πολλές φορές παρείχε βοήθεια σε κράτη που είχαν για χρόνια προβλήματα με τα σύνορά τους. Σε αυτές τις



περιπτώσεις ο Δ.Ο.Μ. ασχολήθηκε και με την επίλυση των προβλημάτων που αφορούσαν τις μετακινήσεις από κράτος σε κράτος (Petersmann, 2002).

Ο Δ.Ο.Μ. δεν είναι ένας απλός διακρατικός οργανισμός, αλλά είναι ένας διακυβερνητικός φορέας του οποίου τα μέλη είναι κράτη και το καταστατικό του επικαιροποιείται από το 1953, σύμφωνα με το ευρύ και συνεχώς αυξανόμενο πλαίσιο. Σε αντίθεση με τους άλλους διακρατικούς οργανισμούς που σχηματίστηκαν μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.) ή διεθνώς International Monetary Fund (I.M.F.) και την Παγκόσμια Τράπεζα ή διεθνώς World Bank, ο Δ.Ο.Μ. αντιπροσωπεύει μια νέα μορφή διακυβέρνησης, πέρα από τους τομείς κυριαρχίας της κάθε χώρας, για την αντιμετώπιση της μετανάστευσης (Waller, 2008).

Οι ομοσπονδιακές κυβερνήσεις αξιοποιούν τον Δ.Ο.Μ. για την παροχή μιας σειράς υπηρεσιών που έχουν σχέση με τη μετανάστευση, τις οποίες οι κυβερνήσεις δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να κάνουν για νομικούς και πολιτικούς λόγους. Αυτή η δυσκολία λειτουργεί παραγωγικά για τον Δ.Ο.Μ., ο οποίος συμβάλει στο διακρατικό έργο των κρατών. Για αυτούς τους λόγους, ο Δ.Ο.Μ. βρίσκεται στο σημείο τομής του έθνους-κράτους και των διεθνών ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Waller, 2008).

Πολλά κράτη όμως αντιμετωπίζουν τις μεταναστευτικές ροές μέσω εγκλεισμών και απομόνωσης που νομιμοποιούνται στη γλώσσα του ανθρωπισμού, που έχει σωστά ειπωθεί ως «αποικιοκρατία συμπόνιας» (Waller, 2008).

Η δυναμική που Δ.Ο.Μ. βασίζεται στις μεταβαλλόμενες γεωγραφίες του έθνους-κράτους και έχει επίκεντρο τις μεταναστευτικές ροές και τους αποκλεισμούς που τίθενται από ορισμένα κράτη. Ο Δ.Ο.Μ. απασχολείται και με περιπτώσεις κρατών που βρίσκονται σε πόλεμο, σε θέματα οργάνωσης των ιδρυμάτων τους. Η σύγχρονη σημασία του έθνους-κράτους διατηρείται ακέραια, ενώ φαινομενικά υπονομεύεται, μέσω των εκκλήσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που πραγματοποιούνται και συντονίζονται από οργανισμούς όπως είναι ο Δ.Ο.Μ. (Appleby, 2008).

Συνεργασία Δ.Ο.Μ. με Μ.Κ.Ο.

Ο Δ.Ο.Μ. σε συνεργασία με τις 173 χώρες μέλη του, επιβλέπει την συνεργασία με τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο) ή διεθνώς Non-



Governmental Organizations (N.G.O.), όπως ορίζεται στο άρθρο 1, παρ. 2 του καταστατικού του, σύμφωνα με το οποίο ο Δ.Ο.Μ. συνεργάζεται στενά με διεθνείς οργανισμούς, κυβερνητικούς και μη, που ασχολούνται με τη μετανάστευση, τους πρόσφυγες και τους ανθρώπινους πόρους προκειμένου να διευκολύνουν το συντονισμό των διεθνών δραστηριοτήτων στους τομείς αυτούς. Περισσότερες από εξήντα (60) Μ.Κ.Ο. κατέχουν την ιδιότητα του Παρατηρητή στον Δ.Ο.Μ., αλλά το μεγαλύτερο μέρος της προγραμματικής συνεργασίας μεταξύ των Μ.Κ.Ο. και του Δ.Ο.Μ. πραγματοποιείται σε επίπεδο πεδίου. Οι Μ.Κ.Ο. μπορεί να είναι συνεργάτες με τον Δ.Ο.Μ., πάροχοι υπηρεσιών ή υλοποιητές έργων, δωρητές, δικαιούχοι τεχνικής συνεργασίας του Δ.Ο.Μ., αποδέκτες επιχορηγήσεων ή αποδέκτες υπηρεσιών. Ο Δ.Ο.Μ. και οι Μ.Κ.Ο. μπορούν να ενεργούν ως ισότιμοι εταίροι ή να συμπληρώνουν ο ένας τις δραστηριότητες του άλλου.

Ο Δ.Ο.Μ. και οι Μ.Κ.Ο. συνεργάζονται σε μια ευρεία ποικιλία θεμάτων διαχείρισης της μετανάστευσης παγκοσμίως:

1. **Καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων (Counter-Trafficking):** Οι Μ.Κ.Ο. διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στα προγράμματα του Δ.Ο.Μ. που βοηθούν τα θύματα εμπορίας, παρέχοντας υπηρεσίες στέγασης και προστασίας, συμβουλευτικής και ιατρικής υποστήριξης, καθώς και βοήθεια για την επιστροφή και την επανένταξη.
2. **Υποβοηθούμενη εθελοντική επιστροφή (Assisted Voluntary Returns):** Ο Δ.Ο.Μ. συνεργάζεται με τις Μ.Κ.Ο. σε καθένα από τα τρία στάδια της υποβοηθούμενης εθελοντικής επιστροφής: πριν από την αναχώρηση, κατά την μεταφορά και μετά την άφιξη.
3. **Ανθρώπινα Δικαιώματα των Μεταναστών (Human Rights of Migrants):** Οι Μ.Κ.Ο. και ο Δ.Ο.Μ. συνεργάζονται για την οργάνωση ή τη διεξαγωγή σεμιναρίων και εκστρατειών διάδοσης πληροφοριών που στοχεύουν στην αύξηση της ευαισθητοποίησης για τα ανθρώπινα δικαιώματα των μεταναστών.
4. **Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (Emergency and Post-Conflict):** Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, ο Δ.Ο.Μ. συνεργάζεται με τις Μ.Κ.Ο. σε διάφορες δραστηριότητες, όπως στην ασφαλή και τακτική εκκένωση ή επιστροφή των εκτοπισμένων πληθυσμών, παροχή στέγασης και ανακούφισης



έκτακτης ανάγκης, διεξαγωγή απογραφών και ερευνών και οργάνωση της επιστροφής και επανένταξης των εσωτερικά εκτοπισμένων, κ.α.

5. **Διαχείριση μετακίνησης (Movement Management):** Οι Μ.Κ.Ο. βοηθούν τον Δ.Ο.Μ. σε διάφορες συνιστώσες των προγραμμάτων προσωρινής και μόνιμης επανεγκατάστασης ή επιστροφής των μεταναστών στις χώρες προέλευσής τους.
6. **Εργατική Μετανάστευση (Labour Migration):** Οι Μ.Κ.Ο. είναι σημαντικοί εταίροι στην προώθηση της εργατικής μετανάστευσης, στο πλαίσιο της καταπολέμησης της παράτυπης μετανάστευσης, της ενίσχυσης της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης των χωρών προέλευσης, διέλευσης και προορισμού και διασφάλισης του σεβασμού των δικαιωμάτων και της ακεραιότητας των εργαζομένων μεταναστών.
7. **Ενημέρωση του κοινού (Mass Information):** Οι Μ.Κ.Ο. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έρευνα, το σχεδιασμό και την υλοποίηση εκστρατειών ενημέρωσης του κοινού για την ευαισθητοποίηση για διάφορα ζητήματα μετανάστευσης, μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.)
8. **Υγεία των μεταναστών (Migration Health):** Οι ιατροί του Δ.Ο.Μ. συνεργάζονται στενά με τις Μ.Κ.Ο. στην αξιολόγηση της υγείας για τους υποψήφιους μετανάστες και πρόσφυγες ενόψει της επανεγκατάστασης ή της επιστροφής τους.
9. **Τεχνική Υποστήριξη για τη Μετανάστευση (Technical Cooperation on Migration):** Οι Μ.Κ.Ο. είναι συχνά εταίροι και σε δραστηριότητες τεχνικής συνεργασίας του Δ.Ο.Μ. προς όφελος των κυβερνήσεων για την εκτέλεση έργων τεχνικής και υλικής υποστήριξης.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Κοινωνικός αποκλεισμός

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός (Social Exclusion), χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 στη Γαλλία και περιέγραφε τις κατηγορίες των πολιτών που ήταν απροστάτευτοι από την κοινωνική ασφάλιση και προστασία, όπως ήταν τα άτομα με ψυχικές ή σωματικές αναπηρίες, οι ηλικιωμένοι, τα κακοποιημένα παιδιά και οι μονογονεϊκές οικογένειες. Εστιάζεται δηλαδή ο κοινωνικός δεσμός μεταξύ του υποκειμένου και της κοινωνίας και εννοείται η ανάγκη της κοινωνικής ενσωμάτωσης του υποκειμένου. Όμως, η αγγλοσαξονική προσέγγιση του όρου κοινωνικός αποκλεισμός, εστιάζεται στην αντίληψη για την παροχή ίσων δικαιωμάτων σε όλους τους πολίτες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται με την ανεπαρκή πραγματοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων, δηλαδή εν μέρει συνδέεται με την φτώχεια, αλλά δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε ζητήματα χαμηλού εισοδήματος ή ανεπάρκειας αγαθών (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

Η πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού βασίζονται στην κοινή αναγνώριση ότι η φτώχεια, όπως και όλες οι υπόλοιπες μορφές αποστέρησης, έχουν διαρθρωτικό χαρακτήρα και συνεπώς δεν θα μειωθούν αυτόματα δίχως ενεργές παρεμβάσεις σε επίπεδο Ε.Ε.

Στην Ελλάδα η έννοια εισήχθη στην αρχή της δεκαετίας του 1990, με αφορμή τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι το αποτέλεσμα της συσσώρευσης πολλών αρνητικών καταστάσεων, όπως είναι για παράδειγμα το χαμηλό εισόδημα, η παρατεταμένη ανεργία, οι αναπηρίες, που προκαλούν και προκαλούνται από την δυσχέρεια άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων που εκφράζουν την ανθρώπινη περηφάνια (Παπαδοπούλου, 2004).

7.2 Παράμετροι κοινωνικού αποκλεισμού

Ο κοινωνικός αποκλεισμός με τον οποίο κινδυνεύουν οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες είναι αρκετές φορές συνδεδεμένος με τον κίνδυνο άνισης μεταχείρισης, καθώς οι περισσότερες ευπαθείς ομάδες υφίστανται διακρίσεις σε αρκετά πεδία της οικονομικής και κοινωνικής ζωής, όπως στην εργασία, στην



κοινωνική προστασία, στην παιδεία, στις υπηρεσίες και στους φορείς υγείας. Κινδυνεύουν συνεπώς να καταστούν θύματα διακρίσεων λόγω φυλής, χρώματος, εθνικής ή ενωτικής καταγωγής (προσφύγων, αιτούντων άσυλο, μεταναστών, Ρομά, κλπ.), αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης (μακροχρόνια ασθενείς, ΑμεΑ, ψυχικά ασθενείς, φορείς του AIDS, χρήστες ναρκωτικών ουσιών), οικογενειακής ή κοινωνικής κατάστασης (μονογονεϊκές ή πολύτεκνες οικογένειες, φυλακισμένοι, αποφυλακισμένοι), σεξουαλικού προσανατολισμού ή ταυτότητας φύλου. Κοινό χαρακτηριστικό στοιχείο όλων των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων είναι η δυσκολία στην πρόσβαση σε δημόσια και κοινωνικά αγαθά, όπως είναι η εκπαίδευση, η υγειονομική περίθαλψη και η εργασία.

Από τη στιγμή που η κατάσταση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι ένα σύνολο χαρακτηριστικών, ο άμεσος εντοπισμός του είναι δύσκολη υπόθεση. Βασική παράμετρος του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η οικονομική δυσχέρεια, που μπορεί να ξεκινάει από την έλλειψη αγαθών απαραίτητων για ένα ικανοποιητικό επίπεδο επιβίωσης, έως την πλήρη αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών. Η φτώχεια όμως παράγει και δεισιδαιμονίες και για αυτό το λόγο οι οικονομικά αδύναμοι γίνονται πολλές φορές θύματα διακρίσεων.

Εκτός από την φτώχεια, άλλες παράμετροι κοινωνικού αποκλεισμού είναι η ανεργία, τα προβλήματα υγείας, η παραβατικότητα, η εκπαίδευση και ο ρατσισμός.

Κοινωνικός αποκλεισμός και φτώχεια

Κοινωνικός αποκλεισμός και φτώχεια δεν συνδέονται άμεσα. Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αποτελεί μια τελική κατάσταση προσδιορισμένη και συγκεκριμένη, αλλά μια διαδικασία δυναμική και πολυσύνθετη ή και ένα σύνολο επιμέρους μηχανισμών. Για αυτό το λόγο, δεν έχει βρεθεί μία κοινά αποδεκτή μέθοδος για να οριστεί ο κοινωνικός αποκλεισμός (Αμίτσης, 2014).

Οι επαγγελματίες του κράτους πρόνοιας πρέπει να γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίζουν τη φτώχεια, να έχουν γνώση και κατανόηση των επιπτώσεων της φτώχειας, να έχουν εμπειρία στην παροχή υπηρεσιών που δεν στιγματίζουν τους ανθρώπους λόγω της φτώχειας και τέλος να έχουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για



την αντιμετώπιση των μειονεκτημάτων της, ώστε να μην οδηγηθούν οι άνθρωποι σε κοινωνικό αποκλεισμό (Hargreaves, Zenner, Wickramage, Deal & Hayward, 2020).

Επιπροσθέτως, πρέπει να ερευνηθούν οι οικονομικοί, κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντηρούν τη φτώχεια, καθώς και οι επιπτώσεις της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού για την κοινωνία (Van Dom, Cooney & Sabin, 2020).

Κοινωνικός αποκλεισμός και ανεργία

Ιδιαίτερος σημαντικό ρόλο στον κοινωνικό αποκλεισμό διαδραματίζει η ανεργία, ιδίως η μακροχρόνια ανεργία, που αποτελεί ουσιαστικά τον προθάλαμο της μετάβασης σε κοινωνικό αποκλεισμό. Οι μακροχρόνια αντιμετωπίζουν μία σειρά οικονομικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παρενεργειών εξαιτίας της ανεργίας, όπως είναι η υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, η δυσκολία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων, το καθημερινό άγχος και η χαμηλή αυτοπεποίθηση. Παρόμοια κατάσταση αβεβαιότητας και ανασφάλειας, που μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό, αντιμετωπίζουν και οι χαμηλόμισθοι και οι χαμηλοσυνταξιούχοι.

Κοινωνικός αποκλεισμός και προβλήματα υγείας

Με το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού αλλά και των κοινωνικών ανισοτήτων συσχετίζονται επίσης οι σωματικές, ψυχικές, διανοητικές διαταραχές και τα σοβαρά προβλήματα υγείας. Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, ΑμεΑ ή άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, εισπράττουν συρρίκνωση των δικαιωμάτων τους, γιατί συναντούν πολλαπλά φράγματα στην καθημερινότητά τους. Οι ιδιαιτερότητες τους οδηγούν στον αποκλεισμό τους από την αγορά εργασίας, καθώς αντιμετωπίζονται ως άτομα μειωμένων παραγωγικών δυνατοτήτων (Παπαδοπούλου, 2012).

Κοινωνικός αποκλεισμός και παραβατικότητα

Η κατάσταση του κοινωνικού αποκλεισμού και συγκεκριμένα στην εσχάτη μορφή του, όταν δηλαδή μαζεύονται πολλά άσημα κοινωνικά χαρακτηριστικά, είναι συνυφασμένη και με την παραβατική συμπεριφορά. Παραδείγματος χάριν, οι πρώην φυλακισμένοι, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επανένταξης στην κοινωνία, αφού τίθενται στο περιθώριο και δυσκολεύονται να βρουν διέξοδο διαφυγής μέσω της εργασίας.



Κοινωνικός αποκλεισμός και εκπαίδευση

Άλλη μια συνέπεια του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί η δυσκολία πρόσβασης στην εκπαίδευση και οι εκπαιδευτικές ανισότητες, που αντιμετωπίζουν κυρίως τα παιδιά με αναπηρία, τα παιδιά μετανάστες, πρόσφυγες, Ρομά εξαιτίας του ανεπαρκούς πλαισίου προστασίας των δικαιωμάτων τους.

Κοινωνικός αποκλεισμός και ρατσισμός

Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται επιπλέον με ζητήματα πολιτισμικής διαφορετικότητας. Ως εκ τούτου, μεταναστευτικοί και προσφυγικοί πληθυσμοί, βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την ένταξή τους στον οικονομικό και κοινωνικό ιστό, εξαιτίας καχυποψίας ή προκατάληψης έναντι των διαφορετικών χαρακτηριστικών τους. Συχνά επίσης καθίστανται θύματα διακρίσεων και ρατσισμού. Εξαιτίας αρνητικών στερεοτύπων, εμποδίζεται συχνά η πρόσβασή τους σε κοινωνικά δικαιώματα, όπως είναι το δικαίωμα στην στέγη, στην εκπαίδευση, στην υγεία κ.λπ. Η πλέον αδικημένη πληθυσμιακή ομάδα ως προς την αντιμετώπιση της, είναι ίσως οι Ρομά, όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3.

7.3 Κοινωνική ευπάθεια

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν ταυτίζεται απαραίτητα με αυτό που ονομάζεται «**κοινωνική ευπάθεια**». Συνήθως, το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού κατασκευάζεται μέσα από την κοινωνική ευπάθεια. Μολονότι δηλαδή συχνά οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες συγχέονται με τις κοινωνικά αποκλεισμένες, οι ευάλωτες ομάδες δεν είναι κατ' ανάγκη και αποκλεισμένες. Για παράδειγμα, υπάρχουν άτομα που είναι φτωχά, αλλά όχι αποκλεισμένα, διότι μπορεί να βρίσκουν στήριξη στους κόλπους της οικογένειας ή στις δομές Κοινωνικής Πρόνοιας. Κοινωνική ευπάθεια είναι ουσιαστικά η δυσκολία ένταξης στην οικονομική και κοινωνική ζωή για μια σειρά από οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές αιτίες. Αν η ένταξη αυτή παρεμποδίζεται επί μακρόν και τα εμπόδια που την προκαλούν συσσωρεύονται, τότε ο κίνδυνος να μετατραπεί η ευπάθεια σε αποκλεισμό, να περιέλθει δηλαδή το ευάλωτο άτομο σε κοινωνικό περιθώριο.

Συνεπώς, για την κοινωνική περιθωριοποίηση, απαιτείται να υφίστανται περισσότερα από ένα κοινωνικά μειονεκτήματα, δηλαδή περισσότερες από μια



πτυχές κοινωνικού περιθωρίου, όπως είναι ενδεικτικά η φτώχεια, η μακροχρόνια ανεργία, οι σωματικές ή οι ψυχικές ιδιαιτερότητες κλπ. Όταν λοιπόν συνδυάζονται μεταξύ τους περισσότερα στοιχεία κοινωνικής ευπάθειας, τότε το άτομο οδηγείται σε πραγματική αδυναμία συμμετοχής στην κοινωνία και τους θεσμούς της, άρα σε κοινωνικό αποκλεισμό (Παπαδοπούλου, 2012).

7.4 Μέτρα καταπολέμησης κοινωνικού αποκλεισμού

Οι πολιτικές καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού εστιάζουν σε τρεις (3) άξονες (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005):

1. Πρώτον, στην αντιμετώπιση της άνισης διανομής των πηγών και του πλούτου και στη διαμόρφωση ενός διεθνούς δικτύου συνεργασίας για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.
2. Δεύτερον, στην ενδυνάμωση των κοινωνικών ομάδων σε εθνικό επίπεδο και στη διαμόρφωση, από τις κυβερνήσεις, εθνικών προγραμμάτων δράσης για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.
3. Τρίτον, στην συνεργασία σε τοπικό επίπεδο κρατικών οργανισμών, κοινωνικών φορέων και Μ.Κ.Ο. για την καταπολέμηση συγκεκριμένων κοινωνικών κινδύνων που προκαλούν φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό.

Η προσέγγιση του κοινωνικού αποκλεισμού που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, είναι αυτή στο πλαίσιο μίας τοπικής κοινωνίας, δηλαδή η προσέγγιση του τρίτου άξονα. Εξετάζεται το πόσο ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί υπάρχουν στο πλαίσιο μίας τοπικής κοινωνίας, με σκοπό την κοινωνική ενσωμάτωση των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων. Δηλαδή ο κοινωνικός αποκλεισμός αντιμετωπίζεται ως αποσύνδεση από την επικρατούσα ηθική και κοινωνική τάξη (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση ώστε να αναλυθεί η Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας ευάλωτων οικογενειών. Αρχικά παρουσιάστηκε το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, οι Δημόσιες και Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας με τις Βαθμίδες Υγείας (Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια) στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση και διευκρινίστηκε η έννοια της πρόσβασης σε αυτές. Στη συνέχεια παρουσιάστηκαν οι Δομές και τα Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας, οι ωφελούμενοι, η λειτουργία, η χρηματοδότηση και οι παροχές τους, στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Αφού ολοκληρώθηκε η παρουσίαση του Συστήματος Υγείας και των Δομών και των Προγραμμάτων Κοινωνικής Φροντίδας, σε εθνικό και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, ορίστηκαν οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και μελετήθηκαν τα επίσημα στατιστικά στοιχεία για αυτές, ορίστηκαν οι ευάλωτες οικογένειες, η ακραία και η σχετική φτώχεια και οι δείκτες παρακολούθησης της φτώχειας, καθώς και η παιδική φτώχεια.

Μετά τους ορισμούς των προς διερεύνηση εννοιών και κοινωνικών ομάδων, εντοπίστηκαν βιβλιογραφικά τα εμπόδια πρόσβασης τους στα Συστήματα Υγείας και στις Δομές και στα Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας, που παρουσιάστηκαν στα δύο πρώτα κεφάλαια. Τα εμπόδια πρόσβασης αναλύθηκαν για διαφορετικές ευπαθείς ομάδες, όπως είναι οι ευάλωτες οικογένειες, οι φτωχές οικογένειες, οι οικογένειες με ΑμεΑ, οι οικογένειες Ρομά και οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Για τη διευκόλυνση της πρόσβασης αυτών των ευπαθών ομάδων έχουν θεσπιστεί πέντε (5) Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία.

Όμως, η πρόσβαση των ευάλωτων οικογενειών στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, επηρεάστηκε από την πανδημία της COVID-19, καθώς οι ανάγκες από τις επιπτώσεις του SARS-CoV-2 προκάλεσαν ραγδαία αύξηση της ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Η υγειονομική κρίση δημιούργησε αύξηση των ανισοτήτων, είχε αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομική και στην κοινωνική ευημερία των ευάλωτων οικογενειών και μεγέθυνε τα προβλήματα πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Για τον



περιορισμό των επιπτώσεων της πανδημίας, η Ευρωπαϊκή Ένωση θέσπισε προγράμματα, τα οποία αναλύονται.

Μία ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, η οποία είναι ιδιαίτερος αυξημένη πληθυσμιακά στην Ελλάδα σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση και αντιμετωπίζει εμπόδια πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, είναι οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο. Αναλύθηκε η πρόσβαση τους σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, μελετήθηκαν τα επίσημα στατιστικά στοιχεία παγκοσμίως, σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε εθνικό επίπεδο και εντοπίστηκαν βιβλιογραφικά τα εμπόδια πρόσβασης τους στα Συστήματα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Για τη διευκόλυνση της πρόσβασης τους έχουν θεσπιστεί Ευρωπαϊκά προγράμματα και θεσμοί, αλλά καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει και ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης μέσω των προγραμμάτων που υλοποιεί.

Όλες οι ανωτέρω ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού. Η βασική παράμετρος του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η φτώχεια, αλλά δεν είναι η μοναδική παράμετρος, καθώς βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό και άτομα που μπορεί να μην αντιμετωπίζουν φτώχεια, αλλά να ανήκουν σε κάποια από αυτές τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες.

Συμπερασματικά, από την παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία συνάγεται ότι η πρόσβαση των ευάλωτων οικογενειών σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας δυσχεράνθηκε από την πανδημία COVID-19 και πλέον αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού. Για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού, η Ευρωπαϊκή Ένωση θέσπισε προγράμματα και θεσμούς, που χρηματοδοτούνται από στοχευμένους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς. Στην Ελλάδα, η λειτουργία των Δομών Καταπολέμησης της Φτώχειας και τα εφαρμοζόμενα προγράμματα Κοινωνικής Πολιτικής, έχουν συμβάλει καθοριστικά στην βελτίωση της πρόσβασης των ευάλωτων οικογενειών σε Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αγγελίδης, Μ. (2000). *Χωροταξικός σχεδιασμός και βιώσιμη ανάπτυξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Συμμετρία.

Αθανασάκης, Κ., Καρέλα, Α., Καραμπλή, Ε., Κυριόπουλος, Ι., Λιονής, Χ., Μυλωνά, Κ., Σουλιώτης, Κ., Τριτάκη, Γ., & Τσιάντου, Β. (2009). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

<https://www.ita.org.gr/el/oldsite/library/downloads/Docs/090526%20CE%9C%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A4%CE%97%20CE%99%CE%A4%CE%91%20%20CE%9F%20CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%BF%CF%82%20CF%84%CE%B7%CF%82%20CE%A4%CE%91%20CF%83%CF%84%CE%B7%20CE%94%CE%B7%CE%BC%CF%8C%CF%83%CE%B9%CE%B1%20CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1.pdf>

Αθανάτου, Ε. (2004). *Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος

Αλεξιάδης, Δ. & Σιγάλας, Ι. (1999). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας - Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Αμίτσης, Γ. (2014). *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Αμίτσης, Γ. (2014). *Το συλλογικό διακόβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Μπελλάλη, Θ., Σίσκου, Ο., Τσαβαλιάς, Κ., Καραμήτρη, Ι., & Βελονάκης, Ε. (2012). *Γνώση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από Μετανάστες*. Ερευνητική εργασία. Νοσηλευτική.

https://www.researchgate.net/profile/Thalia-Bellali/publication/286065857_The_knowledge_and_use_of_health_services_in_Greece_by_immigrants/links/5678f57908ae12516ef8c9d/The-knowledge-and-use-of-health-services-in-Greece-by-immigrants.pdf



Γαλανοπούλου, Θ. (2018). *Μελέτη της συνταξιοδοτικής ανασφάλειας των εργαζόμενων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας.* Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

<https://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/4869>

Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ. (2011). *Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου.* Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.

<https://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/106.pdf>

Γούλα, Α. (2014). *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ζαϊμάκης, Γ., & Κανδυλάκη, Α. (2005). *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες.* Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Θεοδώρου, Μ., & Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2020). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & στοιχεία 2020.* Αθήνα: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος.

http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_24062021_REP_GR.pdf

Καψάλης, Α., & Λινάρδος-Ρυλμόν, Π. (2005). *Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών.* Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH_22.pdf

Κιτσαράς, Γ., & Μπάκα, Α., (2013). *Ο λόγος των μεταναστών για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.* Θεσσαλονίκη: Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ.

<https://ikee.lib.auth.gr/record/265391/files/Kitsaras.pdf>

Κοντιάδης, Ξ. (2020), *Δικαιώματα και Πανδημία,*

<https://www.dianeosis.org/2020/04/dikaiomata-kai-pandimia/>



Κοτρώτσιου, Σ., Ζαχαρή, Η., Μαλλιάρου, Μ., Μπαρμπούτα, Χ., Μπαρμπούτα, Α., Παραλίκας, Θ. & Γκούβα, Μ. (2019). *Διερεύνηση των Αντιλήψεων και Πεποιθήσεων Νοσηλεύομενων Ρομά για τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας σε Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο.* Νοσηλευτική.

https://www.researchgate.net/publication/341042198_EREUNETIKE_ERGASIA_-_ORIGINAL_PAPER_Diereunese_ton_Antilepseon_kai_Pepoitheseon_Noseleuomeno_n_Roma_gia_tis_Parechomenes_Yperesies_Ygeias_se_Eparchiako_Geniko_Nosokomeio_Investigating_Perceptions_and_Be

Κρίνα, Ι. (2017). *Διοίκηση και δομή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας στην Ελλάδα: Ένα μοντέλο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.* Πειραιάς: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά Τ.Τ.

<http://oceanis.lib2.uniwa.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/3497/dmy-30.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Κυριόπουλος, Γ. (2017). *Υγεία & ιατρική περίθαλψη.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαδόπουλος.

Μανιάτη, Α. (2010). *Η ανάπτυξη του τρίτου τομέα στο πεδίο της Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα.* Μεσολόγγι: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Μεσολογγίου.

http://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/1069/dikseo_1142d.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Μαραγκός, Γ. & Αστρουλάκης, Ν. (2010). *Το Βασικό Εγγυημένο Εισόδημα και οι πολιτικές του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος στην ΕΕ-15.* Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.

<https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/meleti9.pdf>

Μήτρου, Α. (2020). *Τα προσωπικά δεδομένα στην εποχή του κορωνοϊού.*

<https://www.syntagmawatch.gr/trending-issues/ta-prosopika-dedomena-stin-epoxi-tou-koronoiou/>

Μπαλούρδος, Δ., Σαρρής, Ν., Τραμουντάνης, Α. & Χρυσάκης, Μ. (2014). *Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες (ΕΚΟ) και διακρίσεις στην αγορά εργασίας.* Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών: Εκδόσεις Παπαζήση.



https://www.ekke.gr/oed/wp-content/uploads/2014/01/EKKE_VSGs_Greece_el.pdf

Ξάνθης, Χ. Γ. (2015). *Δημόσια νοσοκομεία: κατανομή πόρων και νοσοκομειακές δαπάνες.* Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9057/Xanthis_Christos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Οικονόμου, Χ. & Φερόνας Α. (2006). *Οι Εκτός των Τειχών. Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες.* Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος

Παπαδοπούλου, Δ. (2004). Κεφάλαιο 9: *Η φύση του κοινωνικού αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία στο: "Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός".* Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας.

Παπαδοπούλου, Δ. (2012). *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης: Η διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού και η αδυναμία συμμετοχής στα κοινωνικά δικαιώματα υπό συνθήκες κρίσης.* Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Περγάμαλη, Μ. (2006). *Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου.* Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης.

https://elocus.lib.uoc.gr/dlib/5/4/6/attached-metadata-dlib-0b7a26c7a264c6617bfcf44ad61c0d31_1227606425/master_pergamali_maria_12-7-2007_.pdf

Πεχλιβανίδου, Π. (2017). *Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα: προβλήματα και προοπτικές.* Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

<https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/20105/3/PechlivanidouParthenaMsc2017.pdf>

Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Δείγμα πριν τις διορθώσεις.* Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (2001). *Παγκοσμιοποίηση, Κοινωνική Πολιτική, Ελλάδα.* Ημερίδα, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Κοινωνικό Κράτος και Παγκοσμιοποίηση».

https://www.researchgate.net/publication/262378708_Sakellaropoulos_TH_2001_Pan_kosmioipoiese_Koinonike_Politike_Ellada_Emerida_Ypourgeio_Ergasias_kai_Koino



[nikon_Asphaliseon_%27Koinoniko_Kratos_kai_Pankosmioipoiese%27_Athena_3_Oktombriou2001](#)

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., & Λιαρόπουλος, Λ. (2008). *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο*. Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
<https://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>

Σούλης, Σ. (2015). *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική: Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

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

Σουλιώτης, Κ. (2000). *Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Στασινοπούλου, Ο. (1999). *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό: Φροντίδα και γήρανση, η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Συνήγορος του Πολίτη (2015). *Οδηγός δικαιώματων & παροχών για ευάλωτες ομάδες*.

<https://www.synigoros-solidarity.gr/solidarity/assets/uploads/2016/02/odigos-dikaiwmatwn-paroxwn-gia-eyalotes-omades-2015.pdf>

Συνήγορος του Πολίτη (2016). *Ετήσια Έκθεση*.

<https://www.synigoros.gr/resources/ee2016-00-stp.pdf>

Τσακλόγλου, Π., Οικονομίδης, Γ., Παγουλάτος, Γ., & Φιλιπόπουλος, Α. (2016). *Χάρτης εξόδου από την κρίση. Ένα νέο παραγωγικό μοντέλο για την Ελλάδα*. Αθήνα: Διανέοσις.

Υφαντόπουλος, Γ. (2006). *Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.



Φαρδής, Α. (2017). *Η συνταγματική προστασία των ατόμων με αναπηρίες στο κοινωνικό κράτος δικαίου και θεσμοί αποκατάστασης.* Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

<https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/1965115/theFile>

Φιλαλήθης, Τ. (2002). *Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο: σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του 21^{ου} αιώνα.* Κρήτη: 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας.

<https://docplayer.gr/5824736-I-strofi-pros-tis-protovathuia-frontida-ygeias.html>

Χατζησαββίδης, Σ. (2008). *Οι Ρομ στην ιστορία της ανθρωπότητας και την Ελλάδα.* Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

<https://ikee.lib.auth.gr/record/265136/files/%CE%A1%CE%BF%CE%BC%CE%B1doc.pdf>

Χελά, Γ. (2016). *Ανάλυση ιδιωτικού κλάδου υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.* Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9755/Chela_Georgia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Χτούρης, Σ., Ζήση, Α. (2020). *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών. Η πανδημία Covid-19: Επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκαταστάτης νέων μορφών ανισοτήτων.* Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

<https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/23229/19554>

Giddens, A. (2002). *Κοινωνιολογία.* Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Spicker, P. (2004). *Το κράτος πρόνοιας: μία γενική θεωρία.* Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Ξενογλωσση βιβλιογραφία

Appleby, J. (2008). *The credit crisis and health care.* British Medical Journal (BMJ).
<https://www.bmj.com/content/337/bmj.a2259.long>

Bigliardi, B. Dormio, A.I. Galati, F. & Schiuma, G. (2012), *The impact of organizational culture on the job satisfaction of knowledge workers.* VINE.



https://www.researchgate.net/publication/235314700_The_impact_of_organizational_culture_on_the_job_satisfaction_of_knowledge_workers

Boltvinik, J. (2003). *Welfare, inequality, and poverty in México, 1970-2000.* Confronting development. assessing México 's economic and socialpolicy challenges, Stanford University Press.

https://www.jstor.org/stable/10.7249/mg985rc.20?seq=1#metadata_info_tab_contents

Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). *Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013.* PLoS ONE.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>

Carr, A. (2001). *Abnormal Psychology.* Hove, United Kingdom: Publisher Taylor and Francis.

Cheng, E. M., Chen, A., & Cunningham, W. (2007). *Primary language and receipt of recommended health care among Hispanics in the United States.* Journal of General Internal Medicine.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078546/>

Clark, D. W. (1983). *Dimensions of the concept of access to health care.* New York: Bulletin of the New York Academy of Medicine.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1920319/pdf/bullnyacadmed00077-0007.pdf>

Clemans-Cope, L., & Kenney, G. (2007). *Low-income parents' reports of communication problems with health care providers: Effects of language and insurance.* Public Health Reports.

https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335490712200210?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Council of Europe & European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2003). *Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care.* European Communities.

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/180-ROMA-HC-EN.pdf



Courtenay, W. (2000). *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health.* Social Science & Medicine.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699003901?via%3DiHub>

De Alba, I., & Sweningson, J. M. (2006). *English proficiency and physicians' recommendation of Pap smears among Hispanics.* Cancer detection and prevention. Journal of General Internal Medicine.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2004.30354.x>

Dempster, H., Ginn, T., Graham, J., Ble, M. G., Jayasinghe, D., & Shorey, B. (2020). *Locked down and left behind: the impact of COVID-19 on refugees' economic inclusion.* Center for Global Development, Refugees International, and International Rescue Committee.

<https://data2.unhcr.org/en/documents/details/77571>

Dennison, J., & Geddes, A. (2020). *Why COVID-19 does not necessarily mean that attitudes towards immigration will become more negative.* IOM's Migration Research.

<https://publications.iom.int/books/covid-19-and-transformation-migration-and-mobility-globally-why-covid-19-does-not-necessarily>

Dhungana, N. (2020). *Human dignity and cross-border migrants in the era of the COVID-19 pandemic.* World Development.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7455169/>

Economou, C. (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece.* World Health Organization.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf

Economou, C. & Giorno, C. (2009). *Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece.* Athens: Panteion University.

https://www.researchgate.net/publication/46456922_Improving_the_Performance_of_the_Public_Health_Care_System_in_Greece



Eichelberger, L. (2007). *SARS and New York's Chinatown: the politics of risk and blame during an epidemic of fear.* Social Science & Medicine.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953607002237?via%3DiHub>

Erman, E. (2009). What is wrong with agonistic pluralism? Reflections on conflict in democratic theory. Philosophy & Social Criticism.

https://www.researchgate.net/publication/249626030_What_is_Wrong_with_Agonistic_Pluralism_Reflections_on_Conflict_in_Democratic_Theory

European Commission (2020). *Feasibility study for a child guarantee: target group discussion paper on children in alternative care.* Publications Office.

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f8373a0f-c7dd-11ea-adf7-01aa75ed71a1/language-en>

European Roma Rights Centre (2006). *Ambulance Not on the Way: The Disgrace of Health Care for Roma in Europe.* Open Society Foundations grantee the European Roma Rights Centre.

http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/01/E6/m000001E6.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights (2018). *Combating child poverty: an issue of fundamental rights.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-combating-child-poverty_en.pdf

Foldes, M. & Covaci, A. (2011). *Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges.* Int J Public Health.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282005/>

Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A. A., Castejon Bolea, R., & Ronda-Pérez, E. (2015). *Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants.* Ethnicity & Health.

https://www.researchgate.net/publication/264796422_Is_health_a_right_for_all_An_umbrella_review_of_the_barriers_to_health_care_access_faced_by_migrants



Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). *Sensitivity to social put-down: Its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame.* Personality and Individual Differences.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886999002305?via%3Dihub>

Gjuraj, E. (2013). *The importance of national culture studies in the organizational context.* European Scientific Journal.

<https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/973>

Greer, S., Fahy, N., Elliot, H., Wismar, M., Jarman, H., & Palm, W. (2014). *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask.* World Health Organization. Regional Office for Europe.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/259955/Everything-you-always-wanted-to-know-about-European-Union-health-policies-but-were-afraid-to-ask.pdf

Gruß, I., Firemark, A., McMullen, C., Mayhew, M., & DeBar, L. (2020), *Satisfaction with primary care providers and health care services among patients with chronic pain: a mixed-methods study.* Journal of General Internal Medicine.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-019-05339-2>

Guterres, A. (2020). *The COVID-19 crisis is an opportunity to reimagine human mobility.* Policy Brief.

<https://www.un.org/en/coronavirus/covid-19-crisis-opportunity-reimaginehuman-mobility>

Hajioff, S. & McKee, M. (2000). *The health of the Roma people: a review of the published literature.* J Epidemiol Community Health

<https://jech.bmj.com/content/jech/54/11/864.full.pdf>

Handler, J. F., & Hasenfeld, Y. (2006). *Blame welfare, ignore poverty and inequality.* Cambridge University Press.

https://www.researchgate.net/publication/281925940_Blame_Welfare_Ignore_Poverty_and_Inequality



Hargreaves, S., Zenner, D., Wickramage, K., Deal, A., & Hayward, S. E. (2020). *Targeting COVID-19 interventions towards migrants in humanitarian settings.* The Lancet Infectious Diseases.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30292-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30292-9/fulltext)

Hodgins, M. & Fox, F. (2012). *Causes of causes: ethnicity and social position as determinants of health inequality in Irish Traveller men.* Health Promotion International.

<https://academic.oup.com/heapro/article/29/2/223/2805756>

Hu, J. (2010). *The role of health insurance in improving health services use by Thais and ethnic minority migrants.* Asia Pacific Journal of Public Health.

https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539509351183?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Jarauta, M., Angeles Goya Arive, M. & Merino Merino, B. (2010). *Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities programme.* Health Promotion Department, Public Health Institute, Navarra's Health Service, Osasunbidea.

https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D4DFA3BA-F54F-40DE-8C5F-9F24A003868E/233965/2_Spain_06Feb09casopublicado2010.pdf

Karalis Noel, T. (2020). *Conflating culture with COVID-19: Xenophobic repercussions of a global pandemic.* Social Sciences & Humanities Open.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7340067/>

Kumar, K., Mehra, A., Sahoo, S., Nehra, R., & Grover, S. (2020). *The psychological impact of COVID-19 pandemic and lockdown on the migrant workers: a cross-sectional survey.* Asian Journal of Psychiatry.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7305726/>

Lakhani, A. (2020). Which Melbourne Metropolitan Areas Are Vulnerable to COVID-19 Based on Age, Disability, and Access to Health Services? Using Spatial Analysis to Identify Service Gaps and Inform Delivery. Journal of Pain and Symptom Management.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7141477/>



Lehti, A., & Mattson, B., (2001). *Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women-a general practice perspective.* Family Practice.

<https://academic.oup.com/fampra/article/18/4/445/620196?login=false>

Levesque, J.F., Harris, M. & Russell G. (2013). *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.* International Journal for Equity in Health.

<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>

Lillie-Blanton, M., & Hoffman, C. (2005). *The role of health insurance coverage in reducing racial/ethnic disparities in health care.* Health affairs.

https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.24.2.398?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Lott, B. (2002). *Cognitive and behavioral distancing from the poor.* American Psychologist.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11899553/>

Margolis, S. A., Al-Marzouqi, S., Revel, T., & Reed, R. L. (2003). *Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates.* International Journal for Quality in Health Care.

<https://academic.oup.com/intqhc/article/15/3/241/1856225?login=false>

Marssid, N. (2009). *Cultural Beliefs and Health Behaviours of Roma Patients in Finland.* Pirkanmaa University of Applied Sciences.

<https://core.ac.uk/download/pdf/37988929.pdf>

Masseria, C., Mladovsky, P., & Hernández-Quevedo, C. (2010). *The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania.* Eur J Public Health.

<https://academic.oup.com/eurpub/article/20/5/549/608496?login=false>

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., & World Health Organization. (2002). *Funding health care: options for Europe.* European Observatory on Health Care Systems series.

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf



Mossialos, E., & Lear, J. (2012). *Balancing economic freedom against social policy principles: EC competition law and national health systems.* Health Policy

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851012000735?via%3DiHub>

Mossialos, E., & Le Grand, J. (2019). *Cost containment in the EU: an overview. Health care and cost containment in the European Union.* London: Routledge.

<https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9780429426971/health-care-cost-containment-european-union-elias-mossialos-julian-le-grand>

Myers, K., Tham, W., Yin, Y., Cohodes, N., Thursby, J., Thursby, M., Schiffer, P., Walsh, J., Lakhani, K. & Wang, D. (2020). *Unequal effects of the COVID-19 pandemic on scientists.* Nature Human Behaviour.

<https://www.nature.com/articles/s41562-020-0921-y#citeas>

Niakas, D. (2013). *Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription.* International Journal of Health Services: Baywood Publishing

https://www.researchgate.net/publication/259625747_Greek_Economic_Crisis_and_Health_Care_Reforms_Correcting_the_Wrong_Prescription

Niksić, D. & Kurspahić-Mujčić, A. (2007). *The presence of health-risk behaviour in Roma family.* Bosn J Basic Med Sci.

<https://www.bjbms.org/ojs/index.php/bjbms/article/view/3070>

O'Connor, P. (1998). *Emerging Voices: Women in Contemporary Irish Society.* Dublin: Institute of Public Administration.

https://www.academia.edu/52205203/Emerging_Voices_Women_in_Contemporary_Irish_Society

Papagiannopoulou, V., Pierrakos, G., Sarris, M., & Yfantopoulos, J. (2008). *Measuring satisfaction with health care services in an Athens pediatric hospital.* Arch Hellen Med.

<https://www.mednet.gr/archives/2008-1/73abs.html>

Peled-Raz, M. (2017). *Human rights in patient care and public health - a common ground.* Public health reviews.

<https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-017-0075-2>



Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care.

Petersmann, E. U. (2002). *Time for a United Nations 'global compact' for integrating human rights into the law of worldwide organizations: Lessons from European integration.* European Journal of International Law.

https://watermark.silverchair.com/130621.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAsAwggK8BgkqhkiG9w0BBwagggKtMIICqQIBADCCAqIGCSqGSIb3DQEHATAeBgIghkGBZQMEEAS4wEQQMA0_d00fkfoe7Rj9KAqEQgIICcyLPDIImm3u_4y1d_-n9D1vtuxkRLsWg88d5BSLuSqPn9ZswQXZKKtjNg3_drb1y1zHMYDHLmMcPok1Fc5-hM-uGIqJxR8SU_tg8diX9m8g1FSg4eyQuGJwYsCcQBxq7zOArwvLu9IIRVmlZafxdqAYpogBg_m54T37OFpnKqyRqbC5FwRBvfXi9sIZGp_deh-q7GsP6soPGRPbvA1ESfj8E-8cx0-2K8FpxlwL93XQVhDI8r1oXtcXsimbvulVe5sT2eVSe_F_Td_ghj4Yg9ZOW6UNPaqMgV8P66_PgKyiWYeNnK-njv2eEY8pRtjQRsN_GMxL4R3NCwprq-gM2dULVY4JF7p2UJMe3xUo8EL-c3OspF8ZnPCD9V_uk-KoaDtit_xlQ983neqBovfJ5f_6G3xJ09e7rTJ0weV5QFogjJFOQwCX7NYjpYLS3Vk4WAeTU-V4xu1fVe6cJhe7fqNXHMWgnXvWjVSsLW_c52VLeTSHwA7rcOAYDZMnjBSSZspdNtJecDIOiUs65uIdBXahAApx7Tu1HUuZulFA5R2OMfrxzvvMuRkbe0eOUIXGWUI0WM0Uc3xpRcG3RSxhPzB9TxImTDlrTS7x8u_JhYPfLS5w1MnMzY8Z9JK4DuCjiUIW0zfZnWladtFtVYKCr5zBHv7IVqvwPCMCiCrjehPyKY6Jz6zPCCFxUv5Lif2w7cKQtFoKJrPsS2f9Ov1kiRqBGdKxxC8BPCpXdN2dkB2HSSY4wwimspwDaelggbWEp_hTS5GePFRrtEWGxzHpZRRfsaN0VkaLqNku9Mc7IfY3AF3X3UZNIbJGf0YrvpsLWnZamGw

Pierrakos, G., & Tomaras, P. (2009). *The Role of Patient Satisfaction in the Development of Health Care Services Marketing.* Nosileftiki.

https://scholar.google.gr/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=SXhH-zYAAAAJ&citation_for_view=SXhH-zYAAAAJ:iH-uZ7U-co4C



Piris, J. C. (2010). *The Lisbon Treaty: a legal and political analysis*. Cambridge University Press.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R., Sarvary, A., Soares, J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). *Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries*. BMC Public Health.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3071322/>

Ravasi, D. & Schultz, M. (2006). *Responding to organizational identity threats: exploring the role of organizational culture*, Academy of Management Journal.

https://www.researchgate.net/publication/259784581_Responding_to_Organizational_Identity_Threats_Exploring_the_Role_of_Organizational_Culture

Rechel, B., Mladovsky, P., Deville, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (2011). *Migration and health in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies Series.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf

Saleem, A., Steadman, K. J., & Fejzic, J. (2019). *Utilisation of healthcare services and medicines by Pakistani migrants residing in high income countries: a systematic review and thematic synthesis*. Journal of Immigrant and Minority Health.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-018-0840-4>

Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L. A. (2016). *A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations*. Public Health Reviews.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810113/>

Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review*. Family Practice.

<https://academic.oup.com/fampra/article/23/3/325/475515?login=false>



Shone, L. P., Dick, A. W., Klein, J. D., Zwanziger, J., & Szilagyi, P. G. (2005). *Reduction in racial and ethnic disparities after enrollment in the State Children's Health Insurance Program.* Pediatrics.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15930198/>

Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). *Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens.* BMC Health Services Research.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1065-z>

The Patrin Web Journal (2000). *Romani Customs and Traditions: Romani Culture and History.*

<https://www.oocities.org/~patrin/patrin.htm>

The Patrin Web Journal (2000). *Romani Customs and Traditions: Roma Beliefs. Romaniya.*

<https://www.oocities.org/~patrin/beliefs.htm>

Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). *Reforming the reform: the Greek national health system in transition.* Health Policy.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851001002172?via%3Dihub>

UNICEF (2018). *Strengthening Vulnerable Families: Windows of Opportunity.*

https://www.unicef.org/serbia/sites/UNICEF.org.serbia/files/2018-10/Strengthening_Vulnerable_Families.pdf

United Nations (2012). *Guiding Principles on Extreme Poverty and Human Rights.* Office of the High Commissioner.

https://www.ohchr.org/documents/publications/ohchr_extremepovertyandhumanrights_en.pdf

Van Cleemput, P., Parry, G., Thomas, K., Peters, J. & Cooper, C. (2007). *Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study.* Journal of Epidemiol Community Health.

<https://jech.bmj.com/content/jech/61/3/205.full.pdf>



Van Dorn, A., Cooney, R. E., & Sabin, M. L. (2020). *COVID-19 exacerbating inequalities in the US.* Lancet (London, England).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162639/>

Villalonga-Olives, E., & Kawachi, I. (2014). *The changing health status of economic migrants to the European Union in the aftermath of the economic crisis.* J Epidemiol Community Health.

<https://jech.bmj.com/content/68/9/801.long>

Waller, H. (2008). *Health problems and health-care among unregistered migrants: a comparison between Germany and Italy.* Gesundheitswesen.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18273758/>

Woodward, A., Howard, N., & Wolffers, I. (2014). *Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review.* Health Policy Plan.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4186209/>

Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F., & Fernandez, A. (2005). *Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension.* Journal of General Internal Medicine.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490205/>

Winters, M., Rechel, B., de Jong, L., & Pavlova, M. (2018). *A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe.* BMC Health Services Research.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2838-y>

World Health Organization (2009). *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system: 2009 global summary.* Switzerland: Department of Immunization, Vaccines and Biologicals.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70149/WHO_IVB_2009_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zeman, C., Depken, D. & Senchina, D. (2003). *Roma health issues: a review of the literature and discussion.* Ethn Health.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1355785032000136434>



Ελληνικές Ηλεκτρονικές Πηγές

Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη (2014).

https://www.eydamth.gr/lib/articles/newsite/ArticleID_615/ESKE.pdf

Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττικής.

<https://www.socialattica.gr/page/downloads>

Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης.

<https://www.eetaa.gr/>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020), Δελτίο Τύπου Οικονομική Ανισότητα Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2019 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος 2018),

<https://www.statistics.gr/documents/20181/afaf24ea-2210-3272-8f29-5506242319c4>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2021). Δελτίο Τύπου Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019.

<https://www.statistics.gr/documents/20181/477dbbf8-0975-4ead-80a2-2d4c71dfd89e>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2021). Δελτίο Τύπου Κίνδυνος Φτώχειας Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2020 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος 2019).

<https://www.statistics.gr/documents/20181/e944c120-8160-e879-8ca6-203c8f298156>

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2006). Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2006/C 146/01).

[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)&from=IT](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XG0622(01)&from=IT)

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2013) C378/01 Σύσταση του Συμβουλίου της 9^{ης} Δεκεμβρίου 2013 για αποτελεσματικά μέτρα ένταξης των Ρομά στα κράτη μέλη.



<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=OJ:C:2013:378:FULL&from=SV>

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2016). 2016/C 202/01 Άρθρο 79 (πρώην άρθρο 63, σημεία 3 και 4, της ΣΕΚ).

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A12016E079>

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2021). Σύσταση (ΕΕ) 2021/1004 του Συμβουλίου της 14^{ης} Ιουνίου 2021 για τη θέσπιση ευρωπαϊκής εγγύησης για τα παιδιά.

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2021.223.01.0014.01.ELL&toc=OJ%3AL%3A2021%3A223%3ATOC

Επίσημος ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. *Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού.*

https://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/open_method_coordination.html?locale=el

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Επισιτιστικής & Βασικής Υλικής Συνδρομής.

<https://teba.eiead.gr/>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.*

<https://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=35&langId=el>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσαρμογής στην Παγκοσμιοποίηση για τους απολυμένους εργαζόμενους (ΕΤΠ).*

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=el&catId=326>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Μικροχρηματοδοτήσεις Progress.*

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=836&langId=el>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Πρόγραμμα της ΕΕ για την Απασχόληση και την Κοινωνική Καινοτομία («EaSI»).*

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=el&catId=1081>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (FEAD).*

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1089&langId=el>



Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011). *Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού: ένα ευρωπαϊκό πλαίσιο για κοινωνική και εδαφική συνοχή.* Publications Office.

<https://data.europa.eu/doi/10.2767/39120>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016). *Πρωτοβουλίες πολιτικής της ΕΕ και η χρηματοδοτική στήριξη της για την ένταξη των Ρομά: πραγματοποιήθηκε σημαντική πρόοδος την τελευταία δεκαετία, αλλά απαιτούνται περαιτέρω επιτόπιες προσπάθειες.*

https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR16_14/SR_ROMA_EL.pdf

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017). *Θεματικό ενημερωτικό δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου. Συστήματα Υγείας.*

https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017). *Θεματικό ενημερωτικό δελτίο για το Ευρωπαϊκό Εξάμηνο. Αντιμετώπιση ανισοτήτων.*

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_addressing-inequalities_el.pdf

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017). *State of Health in the EU. Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017.*

https://ec.europa.eu/health/system/files/2017-12/chp_gr_greece_0.pdf

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2020). *Σχέδιο ανάκαμψης για την Ευρώπη.*

https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_el

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2020). *Το ευρωπαϊκό μέσο προσωρινής στήριξης για τον μετριασμό των κινδύνων ανεργίας σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης (SURE).*

https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/financial-assistance-eu/funding-mechanisms-and-facilities/sure_el

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021). *Η Επιτροπή προτείνει μέτρα για την προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού και τη στήριξη των παιδιών που έχουν ανάγκη. Δελτίο τύπου.*

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/IP_21_1226



Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021). *Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία.*

https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/funding-opportunities/funding-programmes/overview-funding-programmes/european-structural-and-investment-funds_el

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021). *Η ΕΕ για την υγεία (EU4Health) 2021-2027 — Ένα όραμα για μια υγιέστερη Ευρωπαϊκή Ένωση.*

https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-2021-2027-vision-healthier-european-union_el

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021). *Στατιστικές για τη μετανάστευση στην Ευρώπη.*

https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_el

Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών (2020). *Η κρίση της νόσου Covid-19 φανέρωσε τις ανισότητες μεταξύ γυναικών και ανδρών.*

<https://cor.europa.eu/el/news/Pages/the-covid-19-crisis-has-brought-into-sharp-relief-inequalities-between-women-and-men.aspx>

Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή. *Ευρώπη 2020.*

<https://www.eesc.europa.eu/el/sections-other-bodies/other/europe-2020-steering-committee>

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (2013). *Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης σε Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Health Voucher).*

<http://www.esfhellas.gr/el/Pages/Proclamationsfs.aspx?item=3487>

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (2018). *Πολιτική Συνοχής και ΕΣΠΑ 2014-2020.*

<http://www.esfhellas.gr/el/Pages/Cohesion.aspx>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2017). *Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (ΕΚΠ).*

<https://www.consilium.europa.eu/el/council-eu/preparatory-bodies/social-protection-committee/>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2022). *Συμβούλιο Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών (EPSCO).*

<https://www.consilium.europa.eu/el/council-eu/configurations/epsco/>



Ναυτεμπορική (2021). *Παράταση του clawback έως το 2025.*

<https://www.naftemporiki.gr/afieromata/story/1809627/paratasi-toy-eos-to-2025-clawback>

Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2011).

Δικαιώματα-κλειδιά των ατόμων με αναπηρία: μια εισαγωγή.

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1741-disability_key%20rights_factsheet_EL.pdf

Συνήγορος του Πολίτη (2014). *Φτώχεια.*

https://www.synigoros-solidarity.gr/467/ftoxia#_ftn1

Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. *Πρόγραμμα HELIOS.*

<https://migration.gov.gr/migration-policy/integration/draseis-koinonikis-entaxis-se-ethniko-epipedo/programma-helios/>

Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. *Στατιστικά.*

<https://migration.gov.gr/statistika/>

Υπουργείο Υγείας (2020). *Εγκύκλιος: Συστάσεις αναφορικά με τη χρήση μάσκας στο πλαίσιο της πανδημίας COVID19.*

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metra-prolhpshts-enanti-koronoioy-sars-cov-2/7831-systaseis-anaforika-me-th-xrhsh-maskas>

Ξενόγλωσσες Ηλεκτρονικές Πηγές

American Hospital Association. (2011). Hospitals and care systems of the future.

<https://www.aha.org/ahahret-guides/2011-09-16-hospitals-and-care-systems-future>

European Commission. *The European Semester.*

https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester_en

European Commission. European Social Policy Network (ESPN).

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1135&langId=en>



European Commission (2016). *Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) on access to health services in the European Union.*

https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/015_access_healthservices_en_0.pdf

European Commission (2021). *2021 SPC annual review of the social protection performance monitor (SPPM) and developments in social protection policies. Report on key social challenges and key messages.* Publications Office.

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b7489419-6144-11ec-9c6c-01aa75ed71a1/language-en>

European Commission (2021). *Response to the COVID-19 pandemic with EU investment support.*

https://europa.eu/investeu/home_el

European Commission (2021). *Asylum, Migration and Integration Fund (2021-2027).*

https://ec.europa.eu/home-affairs/funding/asylum-migration-and-integration-funds/asylum-migration-and-integration-fund-2021-2027_el

Eurostat. *European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).*

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>

Eurostat (2020). *Over 20% of EU population at risk of poverty or social exclusion in 2019.*

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20201016-2>

Eurostat (2021). *Health care expenditure by financing scheme.*

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf/default/table?lang=en

Eurostat (2021). *Out-of-pocket expenditure on healthcare.*

<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Eurostat (2022). *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile.*

https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?lang=en&dataset=hlth_silc_08



Legatum Prosperity Index (2021). *Creating the Pathways from Poverty to Prosperity.*

<https://www.prosperity.com/rankings>

International Organization for Migration. IOM in Greece.

<https://greece.iom.int/iom-greece>

International Organization for Migration. Who We Are.

<https://www.iom.int/who-we-are>

World Health Organization. *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)*

https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1

World Health Organization. *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS).*

<https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome>

UNICEF. *Πρόγραμμα Child Guarantee.*

<https://www.unicef.org/greece/child-guarantee>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Refugee Data Finder.*

<https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>