

I

(Ανακοινώσεις)

ΕΛΕΓΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ αριθ. 5/90

για την

εκτέλεση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 του Συμβουλίου για έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα συνοδευόμενη από τις απαντήσεις της Επιτροπής
(90/C 331/01)

(Παρατηρήσεις βάσει του άρθρου 206α, παράγραφος 4, της συνθήκης ΕΟΚ)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σημεία
1. Εισαγωγή	1.1 — 1.4
2. Δημοσιονομική εκτέλεση	2.1 — 2.4
3. Προγράμματα	3.1 — 3.5
4. Χρηματοδότηση των σχεδίων	4.1 — 4.6
5. Εκτέλεση των σχεδίων	5.1 — 5.19
Κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης	5.1 — 5.4
Κέντρα αποκατάστασης	5.5 — 5.6
Η περίπτωση του νοσοκομείου της Λέρου	5.7 — 5.14
Η νέα κανονιστική ρύθμιση του 1988 και η κατάσταση κατά το 1989	5.15 — 5.19
6. Συμπεράσματα	6.1 — 6.6
	Σελίδες
Απαντήσεις της Επιτροπής	8 — 12

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 του Συμβουλίου για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα ⁽¹⁾ εκδόθηκε στις 26 Μαρτίου 1984. Αποτελεί συνέχεια στο υπόμνημα που η Ελλάδα υπέβαλε στις 19 Μαρτίου 1982 σχετικά με τις σχέσεις της με την Κοινότητα, καθώς και στην

απάντηση της Επιτροπής της 29ης Μαρτίου 1983 σ' αυτό το υπόμνημα. Η εν λόγω απάντηση αναγνώριζε την ιδιαιτερότητα της ελληνικής οικονομίας στο κοινοτικό πλαίσιο, από την πλευρά του βαθμού ανάπτυξής της και των δομών της.

1.2. Ο κανονισμός προβλέπει, για την περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 1984 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1988, τη χορήγηση συνολικής συνδρομής 120 εκατ. ECU, που προορίζεται κυρίως για την κάλυψη του 55 % των δημοσίων δαπανών ανέγερσης, διαρρύθμισης και εξοπλισμού των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης, καθώς και των κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές

⁽¹⁾ Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 του Συμβουλίου, της 26ης Μαρτίου 1984, για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα: ΕΕ L 88 της 31.3.1984, σ. 1.

ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους επανένταξη. Τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης πρέπει να βρίσκονται εντός της περιοχής της Αθήνας, το δε ποσό των 120 εκατ. ECU κατανεμήθηκε το ήμισυ στα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης και το άλλο ήμισυ στα κέντρα αποκατάστασης.

1.3. Στην πράξη, ο κανονισμός αποτελεί παρέκκλιση από τους κανόνες του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (FEDER) που, αφ' ενός, αποκλείουν τη συνδρομή του εν λόγω Ταμείου για τις επενδύσεις νοσοκομειακού χαρακτήρα και, αφ' ετέρου, δεν περιελάμβαναν κατά την εποχή εκείνη παρέμβαση για την περιοχή της Αθήνας.

1.4. Οι διατάξεις του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 τροποποιήθηκαν μεταγενέστερα με τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 4130/88 του Συμβουλίου, της 16ης Δεκεμβρίου 1988 ⁽¹⁾. Οι επενεχθείσες τροποποιήσεις αφορούν ζητή παρατάση της διάρκειας πραγματοποίησης των προγραμμάτων, δηλαδή μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1991, τη συμπερίληψη μεταξύ των καλυπτομένων από τον κανονισμό δαπανών του κόστους απόκτησης της κυριότητας ιδιωτικών οικοπέδων ή κτιρίων για την ανέγερση, την επέκταση και/ή τον εξοπλισμό των κέντρων, καθώς και την ενίσχυση της παρακολούθησης των προγραμμάτων και σχεδίων.

2. ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗ

2.1. Για τα οικονομικά έτη 1984 έως 1989, η Επιτροπή εξέδωσε τις επτά αποφάσεις συνδρομής που είναι συγκεντρωμένες στον **πίνακα 1** και που αφορούν τη συνολική ανάληψη υποχρέωσης ύψους 96,4 εκατ. ECU.

⁽¹⁾ Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 4130/88 του Συμβουλίου, της 16ης Δεκεμβρίου 1988, για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84· ΕΕ L 362 της 30.12.1988, σ. 1.

2.2. Ως προς τις πληρωμές, ανέρχονται στις 31 Δεκεμβρίου 1989 συνολικά σε 32,5 εκατ. ECU, ήτοι περίπου σε 18,3 εκατ. ECU για το τμήμα «κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης» και σε 14,2 εκατ. ECU για το τμήμα «κέντρα αποκατάστασης». Η εξέλιξή τους κατά την περίοδο 1984 έως 1989 υπήρξε η ακόλουθη (σε εκατ. ECU):

1984	1985	1986	1987	1988	1989	Σύνολο
2,0	7,1	9,3	3,3	6,3	4,5	32,5

Το μεγαλύτερο τμήμα των πληρωμών συνίσταται σε προκαταβολές, καθόσον οι ισχύουσες διατάξεις προβλέπουν ότι ποσό ίσο προς το 60 % της χορηγούμενης οικονομικής ενίσχυσης καταβάλλεται ως προκαταβολή, ευθύς ως το κράτος μέλος βεβαιώνει ότι άρχισε η πραγματοποίηση του σχεδίου.

2.3. Στις 31 Δεκεμβρίου 1988, ημερομηνία που είχε αρχικά προβλεφθεί για την αποπεράτωση της εκτέλεσης των προγραμμάτων, οι αναληφθείσες δαπάνες ανέρχονταν, επομένως, μόνο σε 84,5 εκατ. ECU, που αντιστοιχούν στο 70 % περίπου της συνολικής χορήγησης, οι δε πληρωμές ανέρχονταν σε 28 εκατ. ECU, ήτοι στο 23 % περίπου της ίδιας χορήγησης.

2.4. Τα αντίστοιχα ποσοστά ανήλθαν αντίστοιχα σε 80 % και 27 % στις 31 Δεκεμβρίου 1989. Παρά τις παρεχόμενες από τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 4130/88 δυνατότητες όσον αφορά την ανάληψη νέων κατηγοριών επιλέξιμων δαπανών, για τα κέντρα αποκατάστασης, ο ρυθμός της συνολικής δημοσιονομικής εκτέλεσης δεν επιταχύνθηκε, επομένως, το 1989, οι αναλήψεις υποχρεώσεων και οι πληρωμές κατά τη διάρκεια αυτού του οικονομικού έτους ανήλθαν σε ποσά κατώτερα από το μέσο όρο των προηγούμενων οικονομικών ετών.

Πίνακας 1 — Αποφάσεις συνδρομών σχετικών με τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 815/84

(εκατ. ECU)

Ημερομηνία των αποφάσεων	Κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης	Κέντρα αποκατάστασης		Σύνολα
		Νέα σχέδια	Αύξηση για τα προηγούμενα εγκριθέντα σχέδια	
25.10.1984		6,3		6,3
21.12.1984	6,7			6,7
19.12.1985	8,8	13,0		21,8
22.12.1986	6,0	12,7		18,7
22.12.1987	6,3	3,2	2,7	12,2
21.12.1988	6,4	7,8	4,6	18,8
26. 1.1990	11,9 ⁽¹⁾			11,9
		43,0	7,3	
	46,1	50,3		96,4

⁽¹⁾ Από τα οποία 17 400 ECU για τεχνική βοήθεια.

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

3.1. Το άρθρο 2 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 περιέχει ορισμένες διευκρινίσεις που πρέπει να αναφέρονται στα προγράμματα και, ειδικότερα, τον αριθμό και τον εντοπισμό των κέντρων και, για καθένα από τα εν λόγω κέντρα το κόστος, τον τρόπο χρηματοδότησης και τη διάρκεια πραγματοποίησης των. Ωστόσο, τα δύο προγράμματα που υπέβαλε το κράτος μέλος το 1984 στην Επιτροπή, για τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης και τα κέντρα αποκατάστασης αντίστοιχα, δεν τήρησαν καθόλου αυτές τις απαιτήσεις.

3.2. Όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, το πρόγραμμα συνίστατο κυρίως σε προβλεπόμενη κατανομή της συνδρομής μεταξύ 14 δικαιούχων οργανισμών, μαζί με γενικές ενδείξεις, για καθένα από αυτούς, σχετικά με τα προβλεπόμενα επιτεύγματα (κόστος, διάρκεια εκτέλεσης, τομέας δραστηριότητας κ.λπ.). Δεν διευκρινιζόταν αν για κάθε δικαιούχο οργανισμό προβλεπόταν ένα ή περισσότερα σχέδια και δεν παρέχονταν καμιά πληροφορία ως προς την πηγή χρηματοδότησης, για το μη καλυπτόμενο από την Κοινότητα τμήμα των δαπανών. Στην πραγματικότητα, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν είχε ακόμα αποφασιστεί η ακριβής τοποθεσία, ούτε είχαν γίνει ακόμη οι προπαρασκευαστικές μελέτες.

3.3. Όσον αφορά τα κέντρα αποκατάστασης, το πρόγραμμα ήταν ακόμα πιο αόριστο. Συνίστατο στην πράξη σε προγραμματικές κατευθυντήριες γραμμές όπου αναφέρονταν γενικές κατευθύνσεις παρέμβασης για την ανάπτυξη πολιτικής στον τομέα της υγείας υπέρ ασθενών και ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες, με κατανομή κατά προσέγγιση των δαπανών κατ' είδος προσφερθείσας υπηρεσίας (υφιστάμενες εγκαταστάσεις, νέες εγκαταστάσεις, μονάδες περίθαλψης μικρής διάρκειας κ.λπ.). Επομένως, δεν υπήρχε πρόβλεψη εξατομικευμένη κατά κέντρο, κατά δικαιούχο ή κατά τόπο ούτε καν ακριβής ένδειξη ως προς τη φύση των προβλεπόμενων ενεργειών, ούτε αναφέρονταν οι δυνατότητες οικονομικής κάλυψης. Μια αναθεωρημένη έκδοση του εν λόγω εγγράφου που εκπονήθηκε το 1987, αποδείχθηκε εξίσου ανεπαρκώς λειτουργική.

3.4. Τέτοια προγράμματα έδειχναν στην πραγματικότητα μεγάλη προχειρότητα και πρόδιδαν την έλλειψη οποιασδήποτε ακριβούς προετοιμασίας των προς χρηματοδότηση επενδύσεων. Στη φάση της διαδικασίας χορήγησης της συνδρομής, η Επιτροπή ασφαλώς προσπάθησε να παρουσιάσει δελτία παρέχοντα, κατά το δυνατό, συνοπτική περιγραφή των προβλεπόμενων σχεδίων. Όμως, όπως θα δούμε στο επόμενο σημείο, μια τέτοια εργασία δεν μπόρεσε να πραγματοποιηθεί υπό

καλές προϋποθέσεις και η έλλειψη του προσήκοντος πλαισίου αναφοράς που έπρεπε να αποτελέσουν τα προγράμματα αποτέλεσε, κατά συνέπεια, μια από τις βασικές αδυναμίες του όλου έργου.

3.5. Είναι επίσης λυπηρό ότι δεν έγινε μεγαλύτερη εκμετάλλευση των σημαντικών γνώσεων και της πείρας της Επιτροπής σε θέματα χρηματοδότησης προγραμμάτων υποδομής. Η καλύτερη αναδρομή στις ακολουθούμενες συνήθως πρακτικές στα πλαίσια της διαχείρισης των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των έργων υποδομής θα είχε, χωρίς αμφιβολία, οδηγήσει στο να τονιστεί περισσότερο, κατά την εξέταση των προγραμμάτων, η απαίτηση επαρκούς τεχνικής προετοιμασίας, η ανάγκη να είναι διαθέσιμα τα απαιτούμενα οικόπεδα και άδειες για την ανέγερση οικοδομών και η υποχρέωση να είναι διαθέσιμες οι απαραίτητες χρηματοδοτήσεις.

4. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ

4.1. Για τα οικονομικά έτη 1984 έως 1989, η Επιτροπή αποφάσισε τη χρηματοδότηση 290 σχεδίων, ήτοι 93 για τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης και 197 για τα κέντρα αποκατάστασης. Σ' αυτές τις αποφάσεις προστέθηκαν 251 άλλες, που τροποποίησαν τις προηγούμενες. 50 από τις εν λόγω τροποποιήσεις αφορούσαν το τμήμα «επαγγελματική κατάρτιση» και συνίσταντο σε παράταση των προθεσμιών, ενώ οι υπόλοιπες 201 αφορούσαν το τμήμα «αποκατάσταση» και συνίσταντο σε παράταση των προθεσμιών (129 περιπτώσεις), σε αύξηση των ποσών (19 περιπτώσεις) ή σε προσαρμογή των δύο (53 περιπτώσεις).

4.2. Η κατανομή κατά οικονομικό έτος του αριθμού των χρηματοδοτούμενων σχεδίων μπορεί να συνοψιστεί όπως εμφανίζεται στον **πίνακα 2**.

4.3. Στην πράξη, ο αριθμός των αποφάσεων και η κατανομή τους μεταξύ νέων αποφάσεων και τροποποιητικών προηγούμενων αποφάσεων έχει μικρή σημασία, διότι τα καλυπτόμενα από τις νέες αποφάσεις σχέδια συχνά δεν αποτελούν, αυτά καθεαυτά, παρά συμπλήρωση, συνέχιση ή συμπληρωματικό τμήμα έργων που έχουν προηγουμένως εγκριθεί. Κατά συνέπεια η διαχείριση σχετικά με το θέμα αυτό αποδεικνύεται ασκόπως περίπλοκη, χωρίς σαφή κριτήρια κατάταξης και χωρίς να είναι πάντοτε δυνατό να εξακριβωθεί κατά πόσο σε κάθε χορήγηση αντιστοιχεί σαφώς ένα στάδιο των εργασιών, δυνάμενο να προσδιοριστεί και να ελεγχθεί.

Πίνακας 2 — Κατανομή του αριθμού των χρηματοδοτούμενων σχεδίων κατά το οικονομικό έτος (1984-1989)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Σύνολο
Κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης							
— νέες αποφάσεις	24	16	12	16	10	15	93
— τροποποιήσεις			12	8	20	10	50
Κέντρα αποκατάστασης							
— νέες αποφάσεις	26	67	56	11	37		197
— τροποποιήσεις			25	85	91		201

4.4. Ο διασκορπισμός των χρηματοδοτήσεων είναι μεγάλος. Όσον αφορά τα 290 σχέδια, αφαιρουμένων των μεταγενέστερων τροποποιήσεων, η χορηγηθείσα συνδρομή ανέρχεται, κατά μέσο όρο, σε 330 000 ECU κατά σχέδιο. Παρατηρούνται 20 περιπτώσεις στις οποίες η χορήγηση υπερβαίνει το 1 εκατ. ECU και 81 περιπτώσεις όπου η χορήγηση είναι μικρότερη από 110 000 ECU, ποσό που αντιστοιχεί σε επένδυση 200 000 ECU. Πρέπει να σημειωθεί ότι το άρθρο 5 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 τόνιζε την ανάγκη επαγρύπνησης ώστε η κοινοτική οικονομική ενίσχυση να «αφορά περιορισμένο αριθμό κέντρων».

4.5. Όσον αφορά τα κέντρα αποκατάστασης, το ίδιο άρθρο 5 του κανονισμού επεξέτεινε τη δυνατότητα χορήγησης της οικονομικής ενίσχυσης στις δαπάνες πειραματικών σχεδίων που σκοπό έχουν να αναδείξουν τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους για την εκτέλεση του προγράμματος, καθώς και στις δαπάνες τις σχετικές με τις περιόδους πρακτικής άσκησης για την ειδική επαγγελματική κατάρτιση των ιατρών, νοσοκόμων, βοηθών ιατρικών επαγγελματιών και κοινωνικών λειτουργών.

4.6. Κατά συνέπεια, ορισμένα σχέδια αποκατάστασης συνίστανται, στο σύνολό τους ή εν μέρει σε δραστηριότητες λειτουργίας και όχι σε έργα υποδομής. Με τους ελέγχους του Συνεδρίου καταδείχθηκε ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτές οι δραστηριότητες λειτουργίας είχαν καταστήσει δυνατή τη βελτίωση ή την ανάληψη της ευθύνης για τις αποδοχές του προσωπικού που υπηρετεί επιτόπου, χωρίς όμως να προσφερθεί πραγματικά νέα εμπειρία και χωρίς αισθητή αλλαγή των μεθόδων περίθαλψης.

5. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ

Κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης

5.1. Όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, οι επιτόπου έλεγχοι του Ελεγκτικού Συνεδρίου, σχετικά με την εκτέλεση των σχεδίων, επιβεβαίωσαν την κακή τεχνική προετοιμασία των σχεδίων και τις καθυστερήσεις υλοποίησής τους. Ορισμένα σχέδια που εγκρίθηκαν το 1984 και των οποίων η αποπεράτωση προβλεπόταν εντός προθεσμίας 3 ή 4 ετών, βρίσκονταν ακόμα σε φάση τεχνικής προπαρασκευής το 1989. Σε άλλες περιπτώσεις, μια συμπληρωματική ανάληψη υποχρέωσης ακυρώθηκε μεταγενέστερα.

5.2. Στην προσπάθεια να μειώσουν τα μειονεκτήματα που συνδέονται με τις καθυστερήσεις, ορισμένοι δικαιούχοι προέβησαν στην απόκτηση εξοπλισμού που χρησιμοποιούν προσωρινά σε μισθωμένα κτίρια. Μια από τις κύριες αιτίες καθυστέρησης οφείλεται στη δυσχέρεια εξεύρεσης τοποθεσιών για την ανέγερση των οικοδομών ή στην επιλογή ακατάλληλων τοποθεσιών. Ο πληθωρισμός προκαλεί επίσης προβλήματα εφδσον, παρόλον ότι οι συνδρομές χορηγούνται σε ECU, οι προβλέψεις των δαπανών των σχεδίων γίνονται σε δραχμές και η σημαντική μείωση της αγοραστικής δύναμης της δραχμής οδηγεί, σε περίπτωση καθυστέρησης της πραγματοποίησης του σχεδίου, σε διαδοχικές ανθεωρήσεις του κόστους.

5.3. Οι έλεγχοι επιτόπου κατέστησαν εξάλλου εμφανή τη δυσχέρεια εξακρίβωσης του επιλέξιμου χαρακτήρα των δαπανών, ελλείψει τηρήσεως λογιστικών κατά έργο και ελλείψει επίσης, ενίοτε, σαφών ενδείξεων που να επιτρέπουν να ελεγχθεί αν πράγματι έγιναν οι δαπάνες κατά τη διάρκεια της καλυπτόμενης περιόδου.

5.4. Από την άποψη της μελλοντικής τους χρησιμοποίησης, ορισμένα κέντρα έχουν δυναμικότητα που ξεπερνάει αισθητά τις ανάγκες εσωτερικής επαγγελματικής εκπαίδευσης του προσωπικού των δικαιούχων επιχειρήσεων, χωρίς να έχουν προβλεφθεί διατάξεις για την ορθή χρησιμοποίηση των δυναμικότητων που πλεονάζουν. Όσον αφορά ορισμένα κέντρα, τα προβλεπόμενα μαθήματα δεν φαίνεται να έχουν προγραμματιστεί σε συνάρτηση με τις ανάγκες της αγοράς της απασχόλησης, και αφορούν δραστηριότητες για τις οποίες υπάρχει ήδη πολυάριθμο εργατικό δυναμικό.

Κέντρα αποκατάστασης

5.5. Η κατάσταση είναι σοβαρότερη όσον αφορά τα κέντρα αποκατάστασης, τα οποία, εκτός από τα ανάλογα με τα προεκτεθέντα προβλήματα, αντιμετωπίζουν επιπλέον δυσχέρειες. Επί του περιφερειακού επιπέδου, καμιά πραγματική οργάνωση δεν τέθηκε σε εφαρμογή για να διασφαλίσει την εκτέλεση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 και επί του κεντρικού επιπέδου η οργάνωση είναι ανεπαρκής. Ο συντονισμός μεταξύ των κέντρων και των εθνικών υπηρεσιών υγείας παραμένει χαλαρός και το περιεχόμενό του δεν εξελίχθηκε.

5.6. Έξι έτη μετά την έγκριση του προγράμματος, υπάρχει κίνδυνος παρέκκλισης από τους βασικούς προσανατολισμούς του. Το εν λόγω πρόγραμμα επέμενε στη μείωση του ρόλου του εγκλεισμού και των ψυχιατρικών εγκαταστάσεων στον τομέα της παρεχόμενης στους ασθενείς περίθαλψης και αποσκοπούσε στην αυξημένη αναδρομή σε μεθόδους περίθαλψης εντασόμενες στο κοινωνικό περιβάλλον. Τα επιτεύγματα που εμφανίζουν ορισμένη πρόοδο (ενίσχυση των υπαρχουσών δομών, οικοδόμηση εντός των υφισταμένων ψυχιατρικών συγκροτημάτων) εμφανίζουν, αντιθέτως, τον κίνδυνο να καταλήξουν σε κάποιο είδος παγιοποίησης των παλαιών μεθόδων περίθαλψης. Η κατάσταση στη Λέρο, η οποία εξετάζεται στα σημεία 5.7 μέχρι 5.14, προβάλλει τέτοιες δυσχέρειες, ακόμα και αν αποτελεί ακραία περίπτωση.

Η περίπτωση του νοσοκομείου της Λέρου

5.7. Το νησί της Λέρου, στη Δωδεκάνησο, επιλέχθηκε το 1957 για τη δημιουργία ψυχιατρικού ασύλου πιθανόν λόγω της ύπαρξης αχρησιμοποίητων παραπηγμάτων και άλλων εγκαταστάσεων, που ανήκαν στο πολεμικό ναυτικό, το οποίο εξακολουθεί και σήμερα να παραμένει κύριο της περιοχής.

5.8. Ο αριθμός των ασθενών ανήλθε κατ' ανώτατο όριο σε 2 700. Παρόλον ότι η εισαγωγή νέων ασθενών

μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό από το 1982 και περιορίστηκε σε περιπτώσεις πρώην ασθενών και προσώπων προερχόμενων από τα νησιά, κατά τα τέλη του 1989, εξακολουθούσαν να υπάρχουν στη Λέρο 1.127 ασθενείς περίπου, καταγόμενοι από όλες τις περιοχές της Ελλάδας.

5.9. Το απασχολούμενο προσωπικό αποτελείται από 900 περίπου πρόσωπα από τα οποία το ήμισυ ασκεί καθήκοντα επιτήρησης ή συντήρησης. Πρόκειται σχεδόν αποκλειστικά για προσωπικό που στερείται θεωρητικών προσόντων και προσλαμβάνεται επιτόπου, δεδομένου ότι το νοσοκομείο αποτελεί την κύρια δραστηριότητα του νησιού που έχει περίπου 7000 κατοίκους.

5.10. Η κατάσταση των ασθενών είναι πολύ γνωστή και χαρακτηρίζεται από την έλλειψη περίθαλψης, περιβάλλον που στερείται συγγενικών ή κοινωνικών κινήτρων και επαφών, και από πολύ πενιχρές φυσικές προϋποθέσεις και πλήρη παθητικότητα.

5.11. Η Επιτροπή χορήγησε την προβλεπόμενη από τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 συνδρομή σε 5 σχέδια που αποσκοπούσαν κυρίως στο να προετοιμάσουν την αλλαγή των συνθηκών των ασθενών και την αποκατάστασή τους με την πείρα της δημιουργίας μικρών μονάδων, την καλύτερη επαγγελματική κατάρτιση του προσωπικού και την ευαισθητοποίηση του εγχώριου πληθυσμού για τις νέες μεθόδους κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης των ψυχασθενών.

5.12. Τα εγκριθέντα 5 σχέδια αναλύονται ως εξής:

α) αριθ. 27 του 1984: ανέγερση και εξοπλισμός δύο κτιρίων, για 10 πρόσωπα το καθένα· μετατροπές και εξοπλισμός 8 κτιρίων προοριζόμενων να δεχθούν 8 έως 10 πρόσωπα το καθένα· πρωτοποριακή δράση για την αποκατάσταση των ασθενών, την επαγγελματική κατάρτιση του προσωπικού και τη μεταφορά ασθενών στις νέες εγκαταστάσεις. Το σχέδιο, που έπρεπε να πραγματοποιηθεί εντός περιόδου 18 μηνών από του Οκτωβρίου 1984, παρατάθηκε, πρώτον, μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1988 και περαιτέρω μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1989. Το κόστος είχε εκτιμηθεί σε 97 εκατ. δραχμές, από τις οποίες 53,35 εκατ. δραχμές σε βάρος της Κοινότητας, που αντιστοιχούσαν σε 602 608 ECU·

β) αριθ. 1 του 1986: εγκατάσταση και λειτουργία μονάδας 20 προσώπων. Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις νέες μεθόδους και εγκατάσταση 20 ασθενών σε οικογένειες υποδοχής. Η προβλεπόμενη διάρκεια πραγματοποίησης ήταν 24 μηνών από την 1η Δεκεμβρίου 1986 και το κόστος είχε εκτιμηθεί σε 36,8 εκατ. δραχμές, από τα οποία 20,2 εκατ. δραχμές, που αντιστοιχούσαν σε 146 258 ECU, σε βάρος της Κοινότητας·

γ) αριθ. 39 του 1986: προσαρμογή και εξοπλισμός κέντρου, το οποίο έπρεπε να χρησιμεύσει ως συνεταυρισμός για την εγκατάσταση και την επαγγελματική κατάρτιση 40 περίπου ψυχασθενών ή μειονεκτούντων ατόμων. Προβλεπόμενο κόστος: 290 εκατ. δραχμών, από τα οποία 159,5 εκατ.

δραχμές κοινοτικής ενίσχυσης ήτοι 1,04 εκατ. ECU. Η περίοδος πραγματοποίησης, προβλεφθείσα αρχικά από τον Ιούνιο 1986 μέχρι τον Ιούνιο 1988, παρατάθηκε μέχρι τον Ιούνιο 1989. Το εν λόγω σχέδιο, που είναι το σημαντικότερο (60 % της συνολικής επένδυσης στη Λέρο), δεν είχε ακόμα αρχίσει το Δεκέμβριο 1989·

δ) αριθ. 47 του 1986: οικοδόμηση και εξοπλισμός δύο μονάδων για 8 έως 10 πρόσωπα ή καθεμιά. Προβλεπόμενη διάρκεια πραγματοποίησης: από τον Ιούλιο 1986 μέχρι το Δεκέμβριο 1987. Εκτιμηθέν κόστος: 33 εκατ. δραχμές από τα οποία 18,2 εκατ. δραχμές σε βάρος της Κοινότητας, ήτοι 131 123 ECU. Παρόλον ότι το άρθρο 8, παρ. 1 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 διευκρινίζει ότι η προκαταβολή δεν μπορεί να καταβληθεί παρά αφού βεβαιωθεί η έναρξη των εργασιών, το νοσοκομείο έλαβε προκαταβολή 78 674 ECU στις 31 Δεκεμβρίου 1986, ενώ, το Δεκέμβριο 1989, καμιά εργασία δεν είχε ακόμα εκτελεσθεί·

ε) αριθ. 48 του 1986: διαρρύθμιση και εξοπλισμός κτιρίου για 15 πρόσωπα. Η διάρκεια πραγματοποίησης, προβλεφθείσα αρχικά από τον Ιούνιο 1986 μέχρι το Δεκέμβριο 1986, παρατάθηκε μεταγενέστερα μέχρι το Δεκέμβριο 1988. Το κόστος ανερχόταν σε 20 εκατ. δραχμές και η ενίσχυση σε 11 εκατ. δραχμές, ήτοι 79 468 ECU, αλλά μεταγενέστερα αυξήθηκε κατά 18 641 ECU διότι το κόστος ανήλθε σε 30 εκατ. δραχμές.

5.13. Η δημοσιονομική εκτέλεση των 5 σχεδίων, στις 31 Οκτωβρίου 1989, συνοψίζεται στον *πίνακα 3*.

5.14. Στην πράξη, τα λίγα επιτεύγματα αφορούν την αναδιάρθρωση ή τη διαρρύθμιση υφισταμένων κτιρίων. Από τη γενική άποψη της περίθαλψης των ασθενών, η κατάσταση παρέμεινε αμετάβλητη. Η μείωση του αριθμού των εγκλείστων ασθενών που παρατηρήθηκε εδώ και ορισμένα έτη, προκύπτει από τη θνησιμότητα και όχι από την εφαρμογή νέων μεθόδων περίθαλψης.

Η νέα κανονιστική ρύθμιση του 1988 και η κατάσταση κατά το 1989

5.15. Οι τροποποιήσεις που επέφερε ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 4130/88, ο οποίος προαναφέρθηκε στο σημείο 1.4 ανωτέρω, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

α) η περίοδος από 1ης Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1988, που λαμβανόταν αρχικά υπόψη για τη χορήγηση της οικονομικής ενίσχυσης, παρατάθηκε μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1991·

β) όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα κατάλληλα δημόσια οικοπέδα ή κτίρια, οι δαπάνες που πραγματοποιούνται για την απόκτηση ιδιωτικών οικοπέδων ή κτιρίων για οικοδόμηση, επέκταση και/ή διαρρύθμιση μπορούν επίσης, κατ' εξαίρεση, να αποτελέσουν το αντικείμενο του προγράμματος αποκατάστασης. Κοινοτική χρηματοδότηση, που μπορεί να

Πίνακας 3 — Δημοσιονομική εκτέλεση, στις 31 Οκτωβρίου 1989, των σχεδίων που αφορούν το νοσοκομείο της Λέρου

(εκατ. Δρχ)

Αριθ. του σχεδίου	Προβλεπόμενο συνολικό κόστος του σχεδίου	Προβλεπόμενη από την ΕΟΚ συνολική ενίσχυση	Καταβληθείσες από την ΕΟΚ προκαταβολές	Συνολικές δαπάνες	Ποσοστό των δαπανών σε σχέση με το προβλεφθέν κόστος του σχεδίου
84/027	97,0	53,3	32,7	34,5	36 %
86/001	36,8	20,3	—	7,9	21 %
86/039	290,0	159,5	—	—	—
86/047	33,0	18,1	11,8	—	—
86/048	30,0	13,9	7,2	3,3	11 %
	486,8	265,1	51,7	45,7	9 %

φθάσει μέχρι το 100 % των καλυπτομένων δαπανών, μπορεί επίσης να χορηγηθεί για την κάλυψη των ενεργειών τεχνικής βοήθειας, αξιολόγησης και παρακολούθησης των σχεδίων που δικαιούνται την κοινοτική συνδρομή και αυτό εντός του ορίου του 2 % της συνολικής οικονομικής ενίσχυσης που προβλέπει ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84.

- γ) επιτροπή παρακολούθησης των προγραμμάτων πρέπει να συγκροτηθεί πριν από την 1η Φεβρουαρίου 1989 από το κράτος μέλος με κοινή συμφωνία με την Επιτροπή, η οποία εκπροσωπείται στην επιτροπή αυτή· η επιτροπή πρέπει να υποβάλλει στην Επιτροπή, τουλάχιστον 3 φορές κατ' έτος έκθεση για την πορεία της εκτέλεσης των προγραμμάτων·
- δ) σύστημα παρακολούθησης, βασιζόμενο σε μηχανισμό συλλογής και κυκλοφορίας των σχετικών με την πραγματοποίηση των σχεδίων πληροφοριών πρέπει να εφαρμοστεί πριν από την 1η Απριλίου 1989 από το κράτος μέλος με κοινή συμφωνία με την Επιτροπή.

5.16. Η επιτροπή παρακολούθησης συγκροτήθηκε την 1η Ιουνίου 1989. Συνήλθε τον Ιούνιο και τον Οκτώβριο του 1989 και υπέβαλε στην Επιτροπή δύο εκθέσεις κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους 1989. Οι εκθέσεις, ωστόσο, αφορούν αποκλειστικά την εκτέλεση του προγράμματος των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης, καθόσον η επιτροπή παρακολούθησης δεν υπέβαλε έκθεση για την εκτέλεση του προγράμματος των κέντρων αποκατάστασης.

5.17. Για τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας ad hoc στο πλαίσιο της επιτροπής παρακολούθησης, αλλά καμιά ανάλογη ομάδα εργασίας δεν έχει ακόμα συγκροτηθεί για τα κέντρα αποκατάστασης. Ως προς το σύστημα παρακολούθησης, βασιζόμενο σε μηχανισμό συλλογής και κυκλοφορίας των πληροφοριών, δεν έχει ακόμα δημιουργηθεί.

5.18. Στο πεδίο της οικονομικής εκτέλεσης, παρατηρήθηκε ήδη, στο σημείο 1.1 ότι η εκτέλεση του κανονισμού παρουσίασε μάλλον βραδύτερο ρυθμό το 1989. Γι' αυτό το οικονομικό έτος το κράτος μέλος είχε

υποβάλει αιτήσεις για συνδρομή για συνολικό ποσό 10,3 εκατ. ECU, ήτοι 7,3 εκατ. ECU για την επαγγελματική κατάρτιση και 3,1 εκατ. ECU για την αποκατάσταση.

5.19. Η απόφαση της Επιτροπής, της 26ης Ιανουαρίου 1990 (1), χορήγησε συνολική ενίσχυση 11,9 εκατ. ECU, αποκλειστικά για το τμήμα που αφορά την επαγγελματική κατάρτιση, ήτοι ποσό ανώτερο από αυτό που ζητήθηκε για το εν λόγω τμήμα, ακόμη δε και για το σύνολο. Η απόφαση δεν περιλαμβάνει καμιά αιτιολογία μιας τέτοιας υπέρβασης, η οποία προφανώς εξηγείται περισσότερο από τη φροντίδα να μη χορηγηθούν, υπό τις παρούσες συνθήκες, νέες ενισχύσεις για αποκατάσταση, παρά από τις υφιστάμενες προοπτικές στον τομέα των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1. Η απογοητευτική εμπειρία την οποία συνιστά η εφαρμογή του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 θα μπορούσε να αποφευχθεί τουλάχιστον εν μέρει, αν, ήδη από την αρχή, το κράτος μέλος και η Επιτροπή είχαν προσπαθήσει να εξατομικεύσουν καλύτερα και να αντιμετωπίσουν τις αδυναμίες και τις δυσχέρειες του έργου. Αν είχαν ληφθεί περισσότερο υπόψη τα εμπόδια, αυτό θα οδηγούσε σε πιο ρεαλιστικές προβλέψεις και σε καλύτερη τήρηση υπό έλεγχο των δραστηριοτήτων.

6.2. Όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, η εκτέλεση των αναλήψεων υποχρεώσεων και η αποπεράτωση των σχεδίων εξακολουθούν να εμφανίζουν βραδύτητα. Είναι αναγκαίο να καταβληθεί σημαντική προσπάθεια για την επίτευξη της πραγματοποίησης των επενδύσεων και για να διασφαλιστεί η μεταγενέστερη καλή τους χρησιμοποίηση.

6.3. Όσον αφορά το τμήμα «αποκατάσταση», η συνέχιση του προγράμματος φαίνεται να έχει περιέλθει

(1) Απόφαση της Επιτροπής της 26ης Ιανουαρίου 1990 για τις αιτήσεις συνδρομής εκ μέρους των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων σχετικά με την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα (οικονομικό έτος 1989)· ΕΕ L 35 της 7.2.1990, σ. 24.

τώρα σε κρίσιμο σημείο. Στη μη εκτέλεση ή την καθυστερημένη πραγματοποίηση των έργων, προστίθεται ο κίνδυνος χρησιμοποίησης των σχεδίων, που θα ήταν αντίθετη προς τους σκοπούς του προγράμματος και που θα κατέληγε στην παγιοποίηση μεθόδων περίθαλψης των οποίων είχε προβλεφθεί η εγκατάλειψη.

6.4. Οι τροποποιήσεις που αποφασίστηκαν με τη νέα κανονιστική ρύθμιση του 1988 δεν άρχισαν να εφαρμόζονται, το 1989, παρά για τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης. Όσον αφορά την αποκατάσταση, καμιά διάταξη δεν είχε ακόμη θεσπιστεί, στο τέλος του 1989, για να βελτιωθεί η παρακολούθηση των δραστηριοτήτων.

6.5. Η περίπτωση του ψυχιατρικού νοσοκομείου της Λέρου συγκεντρώνει το σύνολο των κινδύνων και δυσχερειών, όσον αφορά την κακή προπαρασκευή των σχεδίων όσο και τις συγκεχυμένες συνθήκες εκτέλεσής τους και τα μη ικανοποιητικά αποτελέσματα.

6.6. Για να αποφευχθεί οποιαδήποτε εκτροπή της κοινοτικής δράσης όσον αφορά ειδικά αυτό το νοσοκομείο της Λέρου, επιβάλλεται να επαναληφθεί με σαφήνεια η επιβεβαίωση των επιδιωκόμενων από το πρόγραμμα στόχων όσον αφορά τις μεθόδους περίθαλψης και η πραγματοποίηση των αναληφθεισών υποχρεώσεων να είναι σύμφωνη προς τους εν λόγω σκοπούς.

Η παρούσα έκθεση εγκρίθηκε από το Ελεγκτικό Συνέδριο στο Λουξεμβούργο κατά τη συνεδρίασή του της 6ης Δεκεμβρίου 1990.

Για το Ελεγκτικό Συνέδριο
Aldo ANGIOI
Πρόεδρος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Στην απάντησή της της 29ης Μαρτίου 1983 σχετικά με τα προβλήματα που θίγονταν στο Υπόμνημα της ελληνικής κυβέρνησης της 19ης Μαρτίου 1982 όσον αφορά τις σχέσεις της Ελλάδας με την Κοινότητα, η Επιτροπή αναγνώρισε τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής οικονομίας στο κοινοτικό πλαίσιο, όσον αφορά το βαθμό ανάπτυξης της όσο και τις δομές της. Ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 της 26ης Μαρτίου 1984 αποτελεί ένα από τα κοινοτικά μέτρα που αποσκοπούν στη διόρθωση των διαρθρωτικών ελλείψεων της Ελλάδας στον τομέα (α) της επαγγελματικής κατάρτισης στην περιφέρεια της Αθήνας, η οποία τότε αποτελούσε τη μόνη ζώνη που δεν καλυπτόταν από το ΕΤΠΑ, και (β) της ιατρικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και αναπηρίες σε όλη τη χώρα.
 2. Ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 περιλαμβάνει λοιπόν δύο τμήματα που αντιστοιχούν σε δύο διαφορετικές πραγματικότητες:
 - αφενός, το τμήμα (α) που συνίσταται σε χρηματοδοτική ενίσχυση που αποσκοπεί στην ανάπτυξη και βελτίωση των δομών κατάρτισης στην περιφέρεια της Αθήνας·
 - αφετέρου, το τμήμα (β) που αποσκοπεί στη δημιουργία της αναγκαίας υποδομής για την εφαρμογή ενός συστήματος ψυχιατρικής αποκατάστασης εντελώς νέου σε σύγκριση με τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα που αποτελούσαν τη μόνη μορφή θεραπείας πριν από το 1984 στην Ελλάδα.
 3. Τα δύο προγράμματα του κανονισμού είναι λοιπόν πολύ διαφορετικά: στο πρώτο, η Κοινότητα παρεμβαίνει σε λίγο έως πολύ προχωρημένο στάδιο πραγματοποιούμενων εργασιών, που πρέπει να ενισχυθούν και να εκσυγχρονισθούν. Αντίθετα, το δεύτερο πρόγραμμα αποτελεί την αρχή μιας διαδικασίας ριζικής μεταρρύθμισης και η ποιοτική πτυχή της κοινοτικής παρέμβασης είναι τουλάχιστον εξίσου σημαντική με την ποσοτική πτυχή που συνίσταται σε απλή αύξηση του συνολικού όγκου δραστηριοτήτων. Γι' αυτό το λόγο εξάλλου το πεδίο των δυνατοτήτων επιλογής του τμήματος (β) του κανονισμού περιλαμβάνει τις δαπάνες που είναι απαραίτητες για την έναρξη του νέου συστήματος (πρότυπα σχέδια και πρακτική εξάσκηση του προσωπικού), ενώ το τμήμα (α) προβλέπει μόνο τη χρηματοδότηση των δαπανών υποδομής (κατασκευή και εξοπλισμός).
 4. Το Συνέδριο αναφέρει την έλλειψη έγκυρου πλαισίου αναφοράς ως μία από τις βασικές αδυναμίες της όλης ενέργειας.

Από την αρχή η Επιτροπή εφάρμοσε μία σαφή στρατηγική σχετικά με τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 815/84: αντί να επιμείνει στην παρουσίαση προγραμμάτων εξαιρετικά επεξεργασμένων από τεχνικής πλευράς, διότι αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την αναβολή της έναρξης των ελληνικών προγραμμάτων για πολλούς μήνες ή ακόμη και για πολλά έτη, η Επιτροπή προτίμησε να επιτρέψει την έναρξη των προγραμμάτων, και μάλιστα να βοηθήσει τις ελληνικές αρχές να τα βελτιώσουν κατά την πορεία των εργασιών.
 5. Η Επιτροπή πρόσφερε έτσι στην Ελλάδα μία τεχνική βοήθεια που καλύπτει πολλούς τομείς καθ' όλη τη διάρκεια πραγματοποίησης των προγραμμάτων αυτών, από το επίπεδο σύλληψης (βελτίωση του σχεδιασμού) μέχρι το πρακτικό επίπεδο πραγματοποίησης των εργασιών. Η τεχνική αυτή βοήθεια, η οποία ενισχύεται από τις νέες διατάξεις του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 4130/88, υπήρξε, από το 1983, μοναδική λόγω της ευρύτητάς της, κυρίως αν αναλογισθεί κανείς ότι η εξέλιξη των μηχανισμών εκτίμησης και τεχνικής βοήθειας είναι πολύ πρόσφατη στα Διαρθρωτικά Ταμεία.
- Στο παράρτημα υπάρχουν σαφέστερα στοιχεία σχετικά με την τεχνική αυτή βοήθεια της Επιτροπής στο πλαίσιο του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84.

II. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗ

- 2.4. Τώρα, το πρόγραμμα (α) βρήκε το ρυθμό του, γιατί είναι φυσικό ότι μετά από ένα αρκετά προχωρημένο στάδιο κατασκευής και εξοπλισμού ο βαθμός χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πιστώσεων επιταχύνεται. Η κατάσταση αυτή εκφράζεται με το ποσοστό χρησιμοποίησης των πιστώσεων ανάληψης υποχρεώσεων: εάν κατά την περίοδο 1984-1988 είχε χρησιμοποιηθεί ετησίως κατά μέσο όρο το 11 % της συνολικής χορήγησης, το έτος 1989 μόνο, πρώτο έτος παράτασης του κανονισμού, απορροφήθηκε το 20 % από το σύνολο των προβλεπόμενων πιστώσεων.

Αυτό είναι ακόμη πιο σαφές όσον αφορά τις πιστώσεις πληρωμών: εάν κατά την περίοδο 1984-1989 οι ετήσιες πληρωμές αντιπροσώπευαν κατά μέσο όρο το 5 % της συνολικής χορήγησης, κατά το πρώτο εξάμηνο του

1990 το 15 % του συνολικού ποσού διατέθηκε σε πιστώσεις πληρωμών.

Το πρόγραμμα (β) αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση: λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίστηκαν κατά την εκτέλεση της μεταρρύθμισης στον ψυχιατρικό τομέα (βλέπε παραγράφους 5.15 — 5.19 στη συνέχεια), η έγκριση νέων σχεδίων αποφασίστηκε από την Επιτροπή το 1989, με συνέπεια τη μη χρησιμοποίηση νέων διαθέσιμων πιστώσεων ανάληψης υποχρεώσεων.

Εξάλλου, διαπιστώθηκε ότι πολλά σχέδια εγκεκριμένα από την Επιτροπή κατά την περίοδο 1984-1988 σημείωσαν σημαντικές καθυστερήσεις. Τα σχέδια αυτά, τα οποία δεν είχαν ακόμη αρχίσει κατά την 1η Δεκεμβρίου 1990, ακυρώθηκαν και οι σχετικές πιστώσεις ανάληψης υποχρεώσεων θα αποδεδουλευθούν.

III. ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

3.1. Τα προγράμματα βελτιώθηκαν σημαντικά χάρη στην τεχνική βοήθεια της Επιτροπής. Η έκθεση της 29ης Μαρτίου 1984 για την «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», την οποία εκπόνησε μία ομάδα από ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες για λογαριασμό της Επιτροπής, εγκρίθηκε στο σύνολό της από την ελληνική κυβέρνηση και θεωρείτο ως αναπόσπαστο μέρος του προγράμματος (β) που υποβλήθηκε την 1η Ιουνίου 1984 στην Επιτροπή.

Το πρόγραμμα (α) το οποίο, από την ίδια τη φύση του, ήταν πολύ πιο σαφές όσον αφορά τον αριθμό, την τοποθεσία, το κόστος και τη διάρκεια πραγματοποίησης των νέων κέντρων, βελτιώθηκε με τη σειρά του από την έκθεση αριθ. 3 της 4ης Μαρτίου 1985 (βλέπε παράρτημα).

3.2. Για το τμήμα που δεν καλύπτεται από την Κοινότητα, είχε συμφωνηθεί ότι ο προϋπολογισμός του ελληνικού κράτους θα κάλυπτε το 45 % του συνολικού κόστους των σχεδίων.

Το γεγονός ότι όλοι οι δικαιούχοι ανήκαν στο δημόσιο τομέα αποτελούσε μία επιπλέον εγγύηση για την προέλευση της χρηματοδότησης. Οι διευκρινίσεις που περιείχε το πρόγραμμα, το οποίο ανέφερε κατά προσέγγιση τετραγωνικό μέτρο σχεδόν τη συνολική επιφάνεια προς οικοδόμηση, ήταν αρκετές κατά τη γνώμη της Επιτροπής και της επιτροπής διαχείρισης του κανονισμού.

3.3. Η ιδιαίτερη φύση ενός προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει ήδη αναφερθεί στις γενικές παρατηρήσεις. Εκτός από το πρόβλημα της οικονομικής κάλυψης, το οποίο δεν θα δημιουργούσε ιδιαίτερες δυσκολίες, εφόσον το ελληνικό κράτος αναλάμβανε να αναπτύξει τις υπηρεσίες ψυχιατρικές αποκατάστασης, ήταν αδύνατο το 1984 να γίνουν ξεχωριστές προβλέψεις ανά κέντρο, ανά δικαιούχο και ανά τόπο, λόγω του μεγάλου αριθμού νέων μονάδων που πρέπει να δημιουργηθούν. Εξάλλου, το γεγονός ότι το αναθεωρημέ-

νο πρόγραμμα του 1987 περιείχε πολλά στοιχεία ανά περιφέρεια με περίπου τα ίδια αποτελέσματα, αποδεικνύει, από την άλλη, ότι το πρόβλημα βρίσκεται αλλού.

Πράγματι, μία από τις βασικές αδυναμίες της μεταρρύθμισης ήταν η ελλιπής διαχείριση του προγράμματος σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Η Επιτροπή επέμεινε επανειλημμένα στις ελληνικές αρχές να ενισχυθεί και να αναδιοργανωθεί με τον κατάλληλο τρόπο η διοικητική δομή που είναι επιφορτισμένη με την εφαρμογή του προγράμματος στο πλαίσιο του Υπουργείου Υγείας. Η πρόσφατη δημιουργία, για πρώτη φορά, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας αποτελεί, κατά τη γνώμη της Επιτροπής ένα θετικό βήμα.

3.5. Εξετάζοντας τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις όσον αφορά τις διαδικασίες που πρέπει να θεσπισθούν για τη διαχείριση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84, η Επιτροπή έλαβε υπόψη τις διαδικασίες που εφαρμόζονταν τότε από τα διάφορα κοινοτικά όργανα, συμπεριλαμβανομένου του ΕΤΠΑ. Οι διαδικασίες που θεσπίστηκαν τελικά ήταν, κατά τη γνώμη της Επιτροπής, οι πλέον προσαρμοσμένες στις ειδικές ανάγκες του κανονισμού.

IV. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ

Η Επιτροπή επέλεξε δύο διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης των σχεδίων λόγω της διαφορετικής φύσης των δύο προγραμμάτων:

- για το πρόγραμμα του τμήματος (α), το οποίο συνίστατο σε αρκετά περιορισμένο αριθμό μεγάλων κέντρων που έπρεπε να αρχίσουν σχεδόν ταυτόχρονα, η Επιτροπή ζήτησε από τις ελληνικές αρχές την προσκόμιση των σχεδίων τμηματικά ανάλογα με την πρόοδο των εργασιών, κάθε τμήμα δε αντιστοιχούσε σε αίτηση ειδικής βοήθειας. Σε συνάρτηση με το ρυθμό χρησιμοποίησης των εγκεκριμένων πιστώσεων, το Υπουργείο υπέβαλε νέα αίτηση για βοήθεια που αντιστοιχούσε στο τμήμα του σχεδίου κατασκευής. Η αίτηση αυτή εγκρινόταν από την Επιτροπή μετά από έλεγχο·
- για το πρόγραμμα του τμήματος (β), το οποίο συνίστατο σε αρκετά μεγάλο αριθμό κέντρων αποκατάστασης μικρότερου μεγέθους, τα οποία έπρεπε να αναπτυχθούν σταδιακά, οι ελληνικές αρχές υπέβαλαν κάθε έτος αιτήσεις για οικονομική βοήθεια που αντιστοιχούσαν σε πλήρες σχέδιο κατασκευής, εξοπλισμού ή άλλο, το οποίο είχε εγκριθεί, ενδεχομένως, από την Επιτροπή και τις αντίστοιχες πιστώσεις που είχαν αναληφθεί για όλη την περίοδο πραγματοποίησης του σχεδίου.

Όταν κρινόταν αναγκαίο, ιδίως λόγω των καθυστερήσεων που σημειώθηκαν κατά την πραγματοποίηση των σχεδίων, η Επιτροπή τροποποιούσε ανάλογα την

προηγούμενη απόφασή της για να χορηγηθούν συμπληρωματικές πιστώσεις και/ή να παραταθεί η αρχικά προβλεπείσα διάρκεια των έργων.

4.3. Ελλείπει ενός συστήματος χρηματοδότησης ανά πρόγραμμα, το οποίο δεν προβλέπεται από τον κανονισμό, σκοπός της διαχείρισης των σχεδίων, η οποία εξηγείται στη συνέχεια, ήταν να εξασφαλίσει μία εύκαμπη και αποτελεσματική διαχείριση.

4.4. Η συνολική προσέγγιση των δύο προγραμμάτων, την οποία υποστήριξαν οι ανεξάρτητοι εμπειρογνώμονες, ήταν απόλυτα σαφής από την αρχή του κανονισμού: έπρεπε να δημιουργηθούν κέντρα κατάρτισης και αποκατάστασης με ανθρώπινες διαστάσεις, που να καλύπτουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού.

4.6. Το τμήμα (β) του κανονισμού προοριζόταν για τη χρηματοδότηση:

(α) σχεδίων υποδομής (κατασκευή και εξοπλισμό νέων κέντρων, διαμόρφωση και επέκταση υπαρχόντων κτιρίων) και

(β) σχεδίων λειτουργίας (πειραματικές εφαρμογές και περίοδοι πρακτικής εξάσκησης του ιατρικού, παραιτήριου και νοσηλευτικού προσωπικού).

Οι πειραματικές εφαρμογές που περατώθηκαν μέχρι τώρα αποτέλεσαν το αντικείμενο εκθέσεων αξιολόγησης για να εξετασθεί κατά πόσον επέτρεψαν την εφαρμογή νέων μεθόδων αποκατάστασης. Η συνολική αξιολόγηση του τρέχοντος προγράμματος θα επιτρέψει να καθορισθεί σαφέστερα εάν τα σχέδια αυτά πέτυχαν το στόχο τους.

V. Η ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ

Τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης

5.1 – 5.3. Το Συνέδριο επισημαίνει, πολύ σωστά, ότι η πραγματοποίηση πολλών σχεδίων δημιουργίας νέων κέντρων σημείωσε μεγάλη καθυστέρηση λόγω, μεταξύ άλλων, της δυσχέρειας εξεύρεσης των κατάλληλων τοποθεσιών. Επίσης σωστή είναι η παρατήρηση σχετικά με τις ατέλειες της λογιστικής που τηρείται από τους οργανισμούς, οι οποίες άλλωστε δεν χαρακτηρίζουν μόνο τα προγράμματα που υπάγονται στον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 815/84. Η Επιτροπή έχει επισημάνει επανειλημμένα στις ελληνικές αρχές ότι το σύστημα λογιστικής και παρακολούθησης που εφαρμόζουν πρέπει να βελτιωθεί.

5.4. Τα κέντρα δεν απευθύνονται μόνο στο προσωπικό των οργανισμών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα,

αλλά και στο γενικό πληθυσμό, είτε αυτός απασχολείται είτε όχι, που έχει ανάγκη από επαγγελματική κατάρτιση. Λαμβανομένης υπόψη της ζήτησης για κατάρτιση και της έλλειψης υποδομής στην περιφέρεια της Αθήνας, είναι βέβαιο ότι τα νέα κέντρα θα χρησιμοποιηθούν πλήρως. Οι μελλοντικές ειδικεύσεις που προβλέπονται για τα νέα κέντρα προγραμματίζονται κατά τρόπο ώστε να μπορούν διαρκώς να προσαρμόζονται, στο μέτρο του δυνατού, ανάλογα με τις ανάγκες της αγοράς εργασίας.

Τα κέντρα αποκατάστασης

5.5. Η ανάλυση του Συνεδρίου είναι ακριβής και από το 1984 η Επιτροπή έθεσε υπόψη των ελληνικών αρχών διάφορες υποδείξεις και σχετικές τεχνικές συμβουλές.

5.6. Ήδη λειτουργούν (ή βρίσκονται στο στάδιο της αποπεράτωσης) διάφορα εξωνοσοκομειακά κέντρα με αποτέλεσμα η αποκατάσταση των ασθενών να γίνεται έξω από τα ψυχιατρικά ιδρύματα. Οι μέθοδοι παρακολούθησης και αξιολόγησης που εφαρμόζονται τώρα θα συμβάλουν στην οριστική εγκατάλειψη των παλαιών μεθόδων θεραπείας.

Η περίπτωση του νοσοκομείου της Λέρου

5.7 – 5.14. Η περιγραφή της κατάστασης του νοσοκομείου της Λέρου από το Συνέδριο είναι ακριβής. Συγκεκριμένα:

(α) το σχέδιο αριθ. 27 του 1984 και το σχέδιο αριθ. 48 του 1986 πραγματοποιούνται. Το πρώτο σχέδιο, του οποίου η προθεσμία πραγματοποίησης παρατάθηκε μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1989, δεν έχει αποπερατωθεί ακόμη·

(β) τα σχέδια αριθ. 1 και αριθ. 39, τα οποία εγκρίθηκαν το 1986, δεν έχουν αρχίσει ακόμη παρά τις παρατάξεις των προθεσμιών πραγματοποίησης που ενέκρινε η Επιτροπή. Επί του παρόντος έχει γίνει η αποδέσμευση των αντιστοιχών πιστώσεων.

(γ) τέλος, η επιστροφή της προκαταβολής που καταβλήθηκε για το σχέδιο αριθ. 47 του 1986 με βάση την πιστοποίηση της έναρξης των εργασιών από το κράτος μέλος ζητήθηκε από τις υπηρεσίες της Επιτροπής στις 30 Νοεμβρίου του 1989. Η αντίστοιχη είσπραξη πραγματοποιήθηκε. Εξάλλου, η Επιτροπή προέβη στις 7 Μαρτίου 1990 στην αποδέσμευση των πιστώσεων που αντιστοιχούν στο σύνολο της ενίσχυσης που είχε εγκριθεί για το σχέδιο αυτό (131 123 ECU).

Η Επιτροπή ήταν πάντοτε της γνώμης ότι κανένα ημίμετρο δεν μπορεί να επιφέρει αποτελεσματική λύση εάν δεν αποτελεί μέρος μιας γενικής στρατηγικής με τα κατάλληλα μέσα πραγματοποίησης. Πολλές προσφο-

ρές τεχνικής βοήθειας δεν απέφεραν μέχρι σήμερα απτά αποτελέσματα.

Η Επιτροπή εξετάζει αυτή την περίοδο ένα νέο σχέδιο για τη Λέρο που υποβλήθηκε από τις ελληνικές αρχές στις 31 Ιουλίου 1990.

Υπενθυμίζεται ότι ο ρόλος της Επιτροπής συνίσταται στη χορήγηση επιδοτήσεων, συμβουλών και τεχνικής βοήθειας, αλλά η ευθύνη για τις συνθήκες διαβίωσης και ιατρικής περίθαλψης του συνόλου των ασθενειών της Λέρου ανήκει στο κράτος.

Η νέα κανονιστική ρύθμιση του 1988 και η κατάσταση το 1989

5.15 – 5.19. Παρά την επιμονή και την επανειλημμένη προσφορά τεχνικής βοήθειας της Επιτροπής, οι αρμόδιες για το πρόγραμμα (β) ελληνικές αρχές πράγματι δεν τήρησαν τις νέες διατάξεις του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 4130/88 σχετικά με τη δημιουργία ενός συστήματος και μιας επιτροπής παρακολούθησης και αξιολόγησης του προγράμματος. Οι υπηρεσίες της Επιτροπής προέβησαν κατά συνέπεια σε πολυάριθμους ελέγχους. Έτσι το 1989, επί 178 σχεδίων που είχαν εγκριθεί από την Επιτροπή και δεν είχαν αποσυρθεί από τις ελληνικές αρχές, τα 135 ελέγχθηκαν επιτόπου.

Έχει καταστεί σαφές ότι το αναθεωρημένο πρόγραμμα της 31ης Δεκεμβρίου 1987 είχε εφαρμοσθεί πολύ ελλιπώς και τα νέα μέτρα που προβλέπονταν για την αντιμετώπιση των δυσχερειών του παρελθόντος δεν είχαν ακόμη θεσπισθεί. Κυρίως η κατάσταση ορισμένων ψυχιατρικών ασύλων, μεταξύ των οποίων η Λέρος αποτελεί ακραία περίπτωση, παρέμενε κατά ένα μεγάλο μέρος μη ικανοποιητική.

Ενόψει της κατάστασης αυτής, η Επιτροπή αποφάσισε το 1989 να αναβάλει χωρίς συγκεκριμένη ημερομηνία την έγκριση νέων ψυχιατρικών σχεδίων και έθεσε τρεις όρους για την ανανέωση της κοινοτικής χρηματοδότησης:

- α) αναθεώρηση του προγράμματος με συγκεκριμένα και ρεαλιστικά μέτρα για την επιτυχία της μεταρρύθμισης σε συνάρτηση με ένα νέο χρονοδιάγραμμα πραγματοποίησής·
- (β) θέσπιση ενός συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης·
- (γ) αισθητή βελτίωση των συνθηκών των ασθενών της Λέρου.

Επί του παρόντος καταβάλλονται πραγματικές προσπάθειες από τις ελληνικές αρχές, με τη βοήθεια της Επιτροπής, προκειμένου να ανταποκριθούν στα σημεία αυτά.

5.19. Οι αρμόδιες για το πρόγραμμα (α) εθνικές αρχές είχαν υποβάλει το Μάρτιο του 1989 αιτήσεις χρηματοδοτικής ενίσχυσης συνολικού ύψους 8 εκατομμυρίων ECU, που ήταν το επιβαλλόμενο όριο επειδή το υπόλοιπο των διαθέσιμων πιστώσεων ανάληψης υποχρεώσεων έπρεπε να χορηγηθεί στο πρόγραμμα (β). Όταν, τον Οκτώβριο του 1989, φάνηκε ότι η Επιτροπή δεν θα ενέκρινε τα σχέδια του τμήματος (β), οι ελληνικές αρχές συγκέντρωσαν τις προσπάθειές τους για χρηματοδότηση στο τμήμα (α). Η αύξηση αυτή του αρχικά ζητηθέντος ποσού θεωρήθηκε δικαιολογημένη από την Επιτροπή και την επιτροπή διαχείρισης του κανονισμού λόγω της αντίστοιχης αύξησης της προτεινόμενης για έγκριση δραστηριότητας.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Επιτροπή θα ήθελε να μετριάσει τα γενικά συμπεράσματα του Ελεγκτικού Συνεδρίου, διότι τα αρνητικά σημεία δεν μπορούν να εξουδετερώσουν τις θετικές πλευρές ορισμένων πραγματοποιήσεων.

α. Η υποδομή κατάρτισης στην Αθήνα

Η Επιτροπή δεν συμφωνεί με τη γνώμη του Συνεδρίου σχετικά με τα κέντρα κατάρτισης (6.2). Τα περισσότερα από τα κέντρα κατάρτισης δημιουργούνται με ικανοποιητικό ρυθμό. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (της τάξεως του 15 % περίπου) προχωρά με βραδύτερο ρυθμό από τις αρχικές προβλέψεις.

Η παρέμβαση της Κοινότητας υπέρ του προγράμματος ανέγερσης κέντρων κατάρτισης στην Αθήνα θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία πάνω από 12 300 (1) νέων θέσεων κατάρτισης.

Η νέα αυτή υποδομή αντιπροσωπεύει αύξηση 61,5 % της υφιστάμενης ικανότητας κατάρτισης σε όλη τη χώρα, η οποία υπολογίζεται σε 20 000 (2) θέσεις. Η ουσιαστική αυτή ανάπτυξη του ελληνικού δυναμικού κατάρτισης και η δυνατότητα προσφοράς νέων τύπων κατάρτισης που συμβιβάζονται με τα ευρωπαϊκά πρότυπα (προηγμένα συστήματα CAD, νέες τραπεζικές εφαρμογές, καινοτομίες για τη βιομηχανία τηλεπικοινωνιών κ.λπ.) και καλύπτουν έναν εξαιρετικά ευρύ τομέα της ελληνικής οικονομίας, είναι μοναδική στο είδος της, κυρίως αν ληφθεί υπόψη ότι πραγματοποιείται σε διάστημα μερικών μόνο ετών. Από τα 37 νέα κέντρα κατάρτισης που θα δημιουργηθούν συνολικά, τα 16 κέντρα είναι ήδη έτοιμα (κατασκευασμένα και/ή

(1) 4th monitoring report — July 1990 by L. Owens, σ. 4.

(2) Study of Programme for development of training infrastructure in Athens area, 4 March 1985, σ. 14.

εξοπλισμένα) και λειτουργούν, 6 κέντρα θα αποπερατωθούν πριν το τέλος του 1990 και 15 κέντρα θα αποπερατωθούν τα επόμενα έτη. Σήμερα, είναι ήδη έτοιμες 4 610 θέσεις κατάρτισης (37,5 % του προβλεπόμενου συνόλου).

Ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 υπήρξε επίσης μία ευκαιρία να εξασφαλισθεί καλύτερος συντονισμός μεταξύ των διαφόρων οργανισμών που ασχολούνται με την επαγγελματική κατάρτιση, να δοθούν κίνητρα για την ανταλλαγή εμπειριών και τη μεταφορά τεχνολογίας από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες της Κοινότητας, και να αναπτυχθούν σχέδια διαχείρισης των κέντρων πριν ακόμη είναι έτοιμες οι νέες διαρθρώσεις.

β. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Σχετικά με το τμήμα «αποκατάσταση» (6.3), η Επιτροπή θα ήθελε να τονίσει τα εξής:

Η κοινοτική χρηματοδότηση στο πλαίσιο του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αντιπροσωπεύει, σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, μόνο το 3 % του συνόλου των δημοσίων δαπανών για την ψυχική υγεία κατά την περίοδο εφαρμογής του κανονισμού. Τα αποτελέσματα του προγράμματος, στο ρόλο του ως καταλύτη, θα πρέπει κατ' αρχήν να εκτιμηθούν σε συνάρτηση με την επίδρασή του σε μία κατάσταση που υπερβαίνει κατά πολύ το πλαίσιο του ίδιου του κανονισμού.

Η μεταρρύθμιση είχε σε πολλές περιπτώσεις θετικά αποτελέσματα σε άλλες παρατηρείται πρόοδος, και, τέλος, στην περίπτωση της Λέρου, πρόκειται για αποτυχία η οποία ωστόσο δεν μπορεί να γενικεύεται.

Το τμήμα (β) του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 προέβλεπε τη δημιουργία μιας νέας υποδομής ιατρικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι δαπάνες απλής βελτίωσης των ψυχιατρικών ασύλων είχαν εξαιρεθεί ρητά από το πεδίο εφαρμογής του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84. Χωρίς να υποτιμάται η

επείγουσα ανάγκη βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και περίθαλψης των χρόνια ασθενών, η Επιτροπή προτίμησε να συγκεντρώσει τους περιορισμένους πόρους του προϋπολογισμού στη δημιουργία ενός νέου συστήματος που θα έχει δύο στόχους:

- (α) να επιτύχει την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη όσο το δυνατόν μεγαλύτερου αριθμού ασθενών οι οποίοι πολλές φορές βρίσκονται από δεκαετίες στα άσυλα·
- (β) να προσφέρει ιατρική περίθαλψη και να διευκολύνει την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που, χωρίς το νέο σύστημα, υπήρχε κίνδυνος να αποβούν νέοι χρόνιοι ασθενείς.

Έτσι, μέσα σε μερικά έτη, υπήρξε συνεισφορά στη δημιουργία πολλών νέων υπηρεσιών: ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας, μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης, συντάξεις για ψυχικά ασθενείς στις πόλεις κ.λπ., των οποίων τα πρώτα αποτελέσματα είναι πειστικά. Ως παράδειγμα αναφέρουμε ότι, αν η μέση διάρκεια παραμονής σε ελληνικό ψυχιατρικό νοσοκομείο ήταν 260 ημέρες το 1980-1983, σήμερα είναι μόνο 87 ημέρες. Καταβλήθηκε προσπάθεια ώστε να αυξηθούν οι δυνατότητες για τους ασθενείς να περνούν από ένα δίκτυο υπηρεσιών, που δημιουργήθηκαν χάρη στον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 815/84, σκοπός των οποίων είναι να εμποδίζουν τον εγκλεισμό σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Υπενθυμίζεται ότι πριν από το 1984 τέτοιες δυνατότητες ήταν σχεδόν ανύπαρκτες.

Αντίθετα, η Επιτροπή διαπιστώνει ότι η δημιουργία πολλών νέων κέντρων σημειώνει πάντα σημαντικές καθυστερήσεις, οι νέες υπηρεσίες πολλές φορές δεν έχουν καλό συντονισμό και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξεύρεση του αναγκαίου προσωπικού· τέλος, ορισμένα άσυλα (ιδίως η Λέρος και το Δαφνί) βελτιώθηκαν ελάχιστα ή και καθόλου.

Με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης που πραγματοποιείται από ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες, τα οποία αναμένεται να δοθούν στις αρχές του 1991, η Επιτροπή θα επανεξετάσει την κατάσταση και θα θεσπίσει τα αναγκαία μέτρα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ (ΕΟΚ) αριθ. 815/84

Σχέδια για τα οποία εκπονήθηκε έκθεση

1. «Η αποκατάσταση και η κατάρτιση των αναπήρων στην Ελλάδα», Βρυξέλλες, 23 Ιουλίου 1983, V/1530/83 (EN, F, D, GR).
2. «Η μεταρρύθμιση του δημόσιου τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα», Βρυξέλλες, 29 Μαρτίου 1984, V/1147/84 (EN, F, D, GR).
3. «Μελέτη για το πρόγραμμα της ανάπτυξης της υποδομής επαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα», Βρυξέλλες, 4 Μαρτίου 1985, (EN, F, GR).
4. «Report on a workshop in Athens to review progress on planning and development of training centres», Brussels, 14-18 April 1986 (EN).
5. «Ενδιάμεση έκθεση για το πενταετές πρόγραμμα σχετικά με την ανάπτυξη της επαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα», Βρυξέλλες, 1 Οκτωβρίου 1986, V/1536/86 (EN, F, GR) σε συνεργασία με το Direktoratet For Ezhuerusud-dannelse, Copenhagen.
6. «Αξιολόγηση του πενταετούς προγράμματος για την ανάπτυξη της επαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα», Βρυξέλλες, 1η Μαρτίου 1987, X/1219/87 (EN, F, D, GR).
7. «Παρατηρήσεις σχετικά με την υλοποίηση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα», Βρυξέλλες, 31 Δεκεμβρίου 1987 (EN, GR).
8. «Technical assistance for the Greek programme for the setting-up of vocational rehabilitation centres for the disabled», Copenhagen, August 1986 (EN).
9. «Technical assistance for Greece in the field of vocational rehabilitation: report on the activities from September 1987 to February 1988, including individual reports on 6 rehabilitation centres», co-ordination: SAHVA FONDEN, Copenhagen, February 1988 (EN).
10. «Proposals for the design of a monitoring system for the Greek programme of development of training infrastructure in the Greater Athens area», Dublin, November 1988 (EN).
11. «Μελέτη συστήματος παρακολούθησης για το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης του κανονισμού ΕΟΚ 815/84», Αθήνα, Δεκέμβριος 1988 (EN, GR).
12. «Έκθεση για τις επισκέψεις μελετών για 7 φορείς του προγράμματος (α) του κανονισμού ΕΟΚ 815/84: Ιρλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία, Βέλγιο, Γερμανία» Υπουργείο Εργασίας, Αθήνα, Δεκέμβριος 1988 (GR).
13. «Four monitoring reports of Programme «A» of EEC Regulation 815/84» Athens-Dublin, February 1989 — July 1990 (EN).
14. «De-institutionalisation in Greece: report on 1987 Leros seminar» Athens, December 1989 (EN).
15. «Αναθεώρηση του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Τμήμα Α: διαχείριση, τομεοποίηση, προσωπικό, Τμήμα Β: ψυχιατρικά νοσοκομεία, αποκατάσταση, Τμήμα Γ: νομοθεσία», μελέτη που άρχισε την 01.03.90· τελική έκθεση αναμενόμενη για τις 30.09.90, Αθήνα (GR).
16. «Έκθεση παρακολούθησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης/κανονισμός 815/84», σχέδιο τελικής έκθεσης της 01.08.90, Αθήνα (EN, GR).
17. «Αξιολόγηση της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», Northampton, UK, Aarhus, DK, Groeningen, NL, σχέδιο τελικής έκθεσης αναμενόμενης στις 31.12.1990 (EN, GR).