

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ  
10ΕΤΙΑ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ :  
ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΚΑΧΡΙΑΔΗΣ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2023



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ  
10ΕΤΙΑ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ:**

**ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΚΑΧΡΙΑΔΣ**

**Α.Μ.: ΟΔΥ/2027**

Επιβλέπουσα: Σταματίνα Χατζηδήμα

Βαθμίδα: Καθηγήτρια

Ίδρυμα: Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2023



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**IMMIGRANTS IN GREECE IN THE LAST 10 YEARS:  
THEIR IMPACT ON THE HEALTH SYSTEM.**

**AUTHOR'S NAME: CHARILAOS KACHRILAS**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, Year 2023



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών “Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας” του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Επιθυμώ να ευχαριστήσω το σύνολο των καθηγητών του προγράμματος για την συμβολή τους στην περάτωση των σπουδών μου.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, κυρία Σταματίνα Χατζηδήμα, για την συμβουλευτική και επιστημονική εποπτεία που μου προσέφερε την περίοδο της εκπόνησης.

Οφείλω, επιπλέον, να εκφράσω ευχαριστίες προς τους συναδέλφους μου για την αλληλοβοήθεια και την άριστη συνεργασία των δύο ακαδημαϊκών ετών του προγράμματος.

Τέλος, το μεγαλύτερο «ευχαριστώ» στην οικογένειά μου για την συμπαράσταση, την υπομονή και την πλήρη αποδοχή των επιλογών μου.





# Μετανάστες στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία: Η επίδρασή τους στο Σύστημα Υγείας.

**Σημαντικοί Όροι:** μετανάστευση, οικονομική κρίση, σύστημα υγείας, ασφάλιση.

## Περίληψη

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχει δεχτεί το μεγαλύτερο βάρος των μεταναστευτικών ροών, χωρίς να διαθέτει τις κατάλληλες υποδομές για την υποδοχή τους και την κατάλληλη διαβίωσή τους. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των μεταναστών που συρρέουν στην Ελλάδα συνεχώς αυξάνεται, ιδιαίτερα το καλοκαίρι που οι συνθήκες στη θάλασσα είναι πιο ευνοϊκές, δεν έχει αναπτυχθεί ένα οργανωμένο σχέδιο αντιμετώπισης της μεταναστευτικής ροής, το οποίο θα καταγράφει και θα υποδέχεται κατάλληλα αυτούς τους ανθρώπους. Η κατάσταση αυτή συνεχώς επιβαρύνει την οικονομική κατάσταση της χώρας και έχει σημαντικές συνέπειες σε όλους τους τομείς και ιδιαίτερα στον τομέα της Υγείας.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ανάδειξης του προβλήματος της μεταναστευτικής κρίσης στην Ελλάδα και ανάλυση των προβλημάτων που προκαλεί στους τομείς του δημοσίου. Ειδικότερα, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στον τομέα της Υγείας και την επιβάρυνση των υγειονομικών ιδρυμάτων της χώρας τα τελευταία δέκα χρόνια που η μεταναστευτική κρίση έχει κορυφωθεί.

Συνολικά, οι στόχοι της εργασίας περιλαμβάνουν την παρουσίαση και την ανάλυση του νομικού πλαισίου της μετανάστευσης που ισχύει στην χώρα μας, της μεταναστευτικής πολιτικής που εφαρμόζεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ειδικότερα στην Ελλάδα, αλλά και την ανάλυση των επιπτώσεων της μεταναστευτικής κρίσης στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 10 χρόνια. Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση των διαθέσιμων επιστημονικών μελετών και στοιχείων που έχουν ως θέμα τη μεταναστευτική κρίση στην Ελλάδα και τις επιπτώσεις της στον τομέα της Υγείας τα τελευταία 10 χρόνια. Τέλος, η δομή που ακολουθείται έχει ως σκοπό την παρουσίαση της μεταναστευτικής κρίσης στην Ευρώπη και την Ελλάδα και την ανάλυση των επιδράσεων

της σε όλους τους τομείς του ελληνικού δημοσίου, εστιάζοντας στον τομέα της δημόσιας Υγείας.



# **Immigrants in Greece in the last 10 years: Their Impact on the Health System.**

**Keywords:** immigration, economic crisis, health care, insurance.

## **Abstract**

Greece is one of the countries of the European Union that has received the greatest burden of migratory flows, without having the appropriate sub-structures for their reception and adequate accommodation. Even though the number of migrants flocking to Greece is constantly increasing, especially in the summer when sea conditions are more favorable, no organized plan has been developed to deal with the migratory flow, which would register and welcome these people appropriately. This situation is a constant burden on the country's economic situation and has significant consequences in all sectors, particularly in the health sector. This thesis is an attempt to highlight the problem of the post-migration crisis in Greece and to analyze the problems it causes in the public sectors. In particular, it presents the impact of migration on the health sector and the burden on the country's health institutions during the last ten years when the migration crisis has reached its peak. Overall, the objectives of the paper include the presentation and analysis of the legal framework of migration in force in Greece, the migration policy implemented in the European Union and in Greece in particular, and the analysis of the impact of the migration crisis on the health sector in Greece over the last 10 years. This paper is a literature review of the available scientific studies and data on the migration crisis in Greece and its impact on the health sector in the last 10 years. Finally, the structure followed aims to present the migration crisis in Europe and Greece and to analyze its effects on all sectors of the Greek public sector, focusing on the public health sector.



## Περιεχόμενα

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η μεταναστευτική κρίση στην Ευρώπη</b> .....	1
1.1 Εισαγωγικά στοιχεία .....	1
1.2 Ιστορική αναδρομή μετανάστευσης.....	2
1.3 Θεσμικό πλαίσιο μετανάστευσης στην Ευρώπη .....	8
1.3.1 Η Συνθήκη Σένγκεν .....	8
1.3.2 Ευρωπαϊκές Συνθήκες για τη διαχείριση της μετανάστευσης.....	9
1.3.3 Η Σύμβαση του Δουβλίνου .....	9
1.4 Η συνεργασία μεταξύ των χωρών της ΕΕ σχετικά με τους μετανάστες.....	11
1.5 Ανακεφαλαίωση .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το νομικό καθεστώς μετανάστευσης στην Ευρώπη</b> .....	14
2.1 Ορισμός πρόσφυγα και μετανάστη .....	14
2.2 Το νομικό καθεστώς προστασίας των προσφύγων διεθνώς και στην Ε.Ε. ....	15
2.3 Το Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο της προστασίας των προσφύγων .....	18
2.4 Η μεταναστευτική πολιτική της Ελλάδας .....	19
2.5 Ανακεφαλαίωση .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η κατανομή των μεταναστών στην Ελλάδα</b> .....	23
3.2 Τόπος εγκατάστασης των μεταναστευτικών/προσφυγικών ροών-μορφωτικό επίπεδο .....	25
3.3 Χώρες προέλευσης των μεταναστών-Αίτια μετανάστευσης.....	27
3.4 Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής μεταναστών.....	31
3.5 Το προφίλ υγείας των μεταναστών .....	35
3.6 Ανακεφαλαίωση .....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η μετανάστευση στην Ελλάδα και η οικονομική κρίση</b> .....	38
4.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα .....	38
4.2 Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα τα χρόνια της οικονομικής κρίσης <sup>39</sup>	
4.3 Ανακεφαλαίωση .....	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας</b> .	44
5.1 Εισαγωγή.....	44
5.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	45
5.3 Δικαίωμα στην υγεία .....	46
5.4 Η προσβασιμότητα των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας.....	49
5.5 Ανάγκες υγείας μεταναστών-προσφύγων.....	54
5.6 Παράνομοι μετανάστες και υπηρεσίες υγείας.....	62
5.7 Ανακεφαλαίωση .....	62
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας</b> .	64
6.1 Εισαγωγή.....	64
6.2 Εμπόδια στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας.....	65

<b>6.3 Οικονομικές επιπτώσεις.....</b>	<b>67</b>
<b>6.4 Λοιμώδη νοσήματα.....</b>	<b>71</b>
<b>6. Ανακεφαλαίωση .....</b>	<b>78</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>79</b>





# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η μεταναστευτική κρίση στην Ευρώπη

## 1.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση στις μεταναστευτικές ροές που καταφθάνουν στα ευρωπαϊκά εδάφη από τρίτες χώρες. Οι λόγοι για αυτή την μετακίνηση πληθυσμών είναι ποικίλοι. Ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων αναζητεί μέλλον σε άλλες χώρες για να μπορέσει να ζήσει σε ποιοτικότερες συνθήκες ζωής. Ένα άλλο μέρος της μεταναστευτικής ροής προέρχεται από κράτη στα οποία γίνεται πόλεμος ή έχουν γίνει μεγάλες φυσικές καταστροφές, όπως για παράδειγμα πλημμύρες, σεισμοί, κ.α. (Τσεβρένης, 2016).

Τα τελευταία χρόνια, και ιδιαίτερα από το 2015 και μετά, οι ροές των μεταναστών που καταφθάνουν στην Ευρώπη συνεχώς αυξάνονται. Οι μετανάστες αυτοί προέρχονται κυρίως από χώρες της Μέσης Ανατολής, της Κεντρικής Ασίας και της Αφρικής, ενώ οι λόγοι της μετακίνησής τους είναι είτε οικονομικοί με σκοπό την εύρεση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, είτε αναζήτησης ασύλου λόγω πολέμου που ξέσπασε στην χώρα τους (Παρίσης, 2015).

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, τα έτη 2015 και 2016 κατέφθασαν στην Ευρώπη πάνω από 1.3 εκατομμύρια μετανάστες, ενώ οι χώρες που δέχτηκαν το μεγαλύτερο αριθμό αυτών των μεταναστών ήταν η Ιταλία, η Ελλάδα και η Ισπανία. Η προέλευση των μεταναστών αυτών ήταν κυρίως από χώρες όπως το Αφγανιστάν, το Πακιστάν, η Συρία και το Ιράν (Τσεβρένης, 2016).

Αν και η Ευρωπαϊκή Ένωση έλαβε μερικά μέτρα για την αντιμετώπιση της κατάστασης, όπως για παράδειγμα αποστολή οικονομικής βοήθειας στις χώρες που δέχτηκαν το μεγαλύτερο πλήγμα, επιστροφή των μεταναστών που δεν δικαιούνταν άσυλο στις πατρίδες τους και αύξηση της επιτήρησης των συνόρων, ο αριθμός των μεταναστών ήταν απαγορευτικός για την αποτελεσματική διαχείρισή του (Τσεβρένης, 2016).

## 1.2 Ιστορική αναδρομή μετανάστευσης

Η μετανάστευση στη σύγχρονη ελληνική ιστορία δεν αποτελεί αποκλειστικό φαινόμενο του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Καθ' όλη τη διάρκεια της οθωμανικής κυριαρχίας, οι χριστιανοί υπήκοοι, κυρίως ελληνικής καταγωγής, διατηρούσαν στενούς δεσμούς με τη Βενετία από τον 15<sup>ο</sup> αιώνα, με την Κεντρική Ευρώπη από τον 17<sup>ο</sup> και συστηματικότερα τον 18<sup>ο</sup>, και με τη νότια Ρωσία και την Αίγυπτο προς το τέλος του 18<sup>ου</sup> και κυρίως τον 19<sup>ο</sup> αιώνα (Gropas & Triandafyllidou, 2005).

Από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, και πιο συστηματικά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, υπήρξαν σημαντικά ελληνικά μεταναστευτικά κύματα από τις ελληνικές χώρες προς τη Μικρά Ασία, επιφέροντας σημαντικές δημογραφικές και χωρικές αλλαγές στις νέες περιοχές τους εγκατάστασης. Από την άλλη πλευρά, η μαζική υπερατλαντική μετανάστευση προς την Αμερική, ιδίως προς τις ΗΠΑ, η οποία ξεκίνησε το 1890, αντιπροσώπευε ένα νέο φαινόμενο από την άποψη των αιτιών, αλλά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών (Gropas & Triandafyllidou, 2005).

Αυτό το μαζικό μεταναστευτικό κύμα συνδεόταν με την εμπορευματοποίηση της ελληνικής γεωργίας και τις οικονομικές συνέπειες της κρίσης στο εμπόριο της σταφίδας, ακόμη και όταν οι μετανάστες δεν εμπλέκονταν άμεσα ή έμμεσα στην παραγωγή και την εξαγωγή της σταφίδας.

Παράλληλα, οι βαλκανικοί πόλεμοι, το ξέσπασμα του Α' Παγκοσμίου Πολέμου και η κατάσταση που επικρατούσε στην οθωμανική αυτοκρατορία, αρχής γενομένης από το 1908 με την υιοθέτηση του νόμου περί στρατολόγησης των Ελλήνων στον οθωμανικό στρατό, η οποία στη συνέχεια εντάθηκε με τις πρώτες διώξεις το 1914, επηρέασε σημαντικά την απόφαση πολλών υπηκόων να μεταναστεύσουν.

Υπολογίζεται ότι κατά την περίοδο από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα έως τη λήψη μέτρων για τον περιορισμό των μετανάστευσης το 1924, περίπου 500.000 Έλληνες μετανάστες είχαν μετακινηθεί στις ΗΠΑ (Gropas & Triandafyllidou, 2005).

Το τέλος του ελληνοτουρκικού πολέμου στη Μικρά Ασία και η επακόλουθη Μικρασιατική Καταστροφή επηρέασαν τις μεταναστευτικές ροές. Ωστόσο, οι εξελίξεις από το 1919 έως το 1922 είχαν συγκριτικά μικρό αντίκτυπο στη μεταναστευτική διάσταση. Η συγκεκριμένη περίπτωση των Ελλήνων του Πόντου αποτέλεσε εξαίρεση, αν αναλογιστεί κανείς τα προβλήματα που προκάλεσε η άφιξη των προσφύγων στην ήδη εξαντλημένη ελληνική κοινωνία, η οποία δεν ήταν προετοιμασμένη να τους υποδεχθεί (Lianos, 2001).

Αν και οι περισσότεροι πρόσφυγες εγκαταστάθηκαν μόνιμα στην Ελλάδα, κάποιοι από αυτούς μετακινήθηκαν στην ακμάζουσα κοινότητα της Αιγύπτου ή στη Γαλλία, την Αυστραλία, την Αργεντινή και τις ΗΠΑ, παρά την περιοριστική νομοθεσία. Περίπου 66.000 πρόσφυγες από τη Μικρά Ασία επέλεξαν να μεταναστεύσουν εκ νέου σε άλλες χώρες αφού πέρασαν από την Ελλάδα (Lianos, 2001).

Ταυτόχρονα, ο Πρώτος Παγκόσμιος Πόλεμος, η Ρωσική Επανάσταση, ο Ρωσικός Εμφύλιος Πόλεμος και η αποχώρηση των τσαρικών στρατευμάτων από τον ανατολικό Πόντο στα τέλη του 1917 δημιούργησαν ένα έντονο αναγκαστικό μεταναστευτικό ρεύμα από τον Πόντο προς τη νότια Ρωσία και την Γεωργία, την Αρμενία και το Αζερμπαϊτζάν, ενώ ένας σημαντικός αριθμός μεταναστών κατευθύνθηκε προς την Ελλάδα υπό άθλιες συνθήκες (Lianos, 2001).

Το τέλος του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου και του ελληνικού εμφυλίου πολέμου σηματοδοτεί την αυγή μιας νέας εποχής στη μετανάστευση για τους Έλληνες. Σε σύγκριση με τις υπερατλαντικές μεταναστευτικές ροές των αρχών του εικοστού αιώνα, η μεταπολεμική μετανάστευση ήταν ένα μαζικό φαινόμενο. Οι ΗΠΑ συνέχισαν να είναι ο πιο δημοφιλής προορισμός για πολλούς μετανάστες, αν και ορισμένοι από αυτούς στράφηκαν προς την Αφρική, την Κεντρική και Νότια Αμερική, τον Καναδά και την Αυστραλία (Marvakis, Parsanoglou, & Pavlou, 2001).

Παράλληλα, όσοι αναγκάστηκαν να μεταναστεύσουν για πολιτικούς λόγους κατέφυγαν κυρίως στα Βαλκάνια, την Κεντρική Ευρώπη και τη Σοβιετική Ένωση, ενώ ένα δεύτερο μεταναστευτικό κύμα πολιτικών προσφύγων, σαφώς μικρότερο σε αριθμό, εμφανίστηκε κατά την επταετία της ελληνικής στρατιωτικής χούντας του 1967-1974. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μεταναστευτικό κύμα των Ελλήνων αγροτικών μεταναστών, ιδίως στη δεκαετία του 1960, στράφηκε προς τη βόρεια Ευρώπη και κυρίως προς την Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, σε αναζήτηση εργασίας και «προσωρινής» διαμονής (Marvakis, Parsanoglou, & Pavlou, 2001).

Η κατάρρευση της αποικιοκρατίας και ο αγώνας ανεξαρτησίας που ξεκίνησαν οι χώρες του λεγόμενου «τρίτου κόσμου» προκάλεσαν τη συρρίκνωση ορισμένων ιστορικών ελληνικών κοινοτήτων της διασποράς. Ένα παράδειγμα είναι η κοινότητα της Αιγύπτου, όπου η αλλαγή του καθεστώτος που συνδέεται άμεσα με το τέλος της αποικιοκρατίας, σε συνδυασμό με τις πολιτικές εθνικοποίησης του Νάσερ, προκάλεσε τη φυγή πολλών Ελλήνων στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, σύμφωνα με την παραδοσιακή ιστοριογραφική προσέγγιση (Gropas & Triandafyllidou, 2005).

Επιπλέον, οι εσωτερικές δημογραφικές, πολιτικές και κρατικές αλλαγές στις σοσιαλιστικές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, και ιδιαίτερα στην ΕΣΣΔ, επηρέασαν σημαντικά την τύχη των Ελλήνων μεταναστών και πολιτικών προσφύγων.

Έτσι, ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης περιόδου είναι το φαινόμενο του επαναπατρισμού, το οποίο απέκτησε μαζικότερο και ευρύτερο χαρακτήρα σε σχέση με το παρελθόν. Οι επαναπατρισμοί αυτοί συνδέονται κυρίως με τις συνθήκες που επικρατούν στις χώρες υποδοχής και οι αιτίες τους ποικίλλουν για κάθε μεταναστευτική ομάδα. Η επιστροφή των Ελλήνων από τη δυτική Ευρώπη, για παράδειγμα, αποδίδεται σε προβλήματα που προκλήθηκαν λόγω της κρίσης του βιομηχανικής παραγωγής και της οικονομικής ύφεσης του 1973 στις χώρες αυτές. Αντίθετα, στις περίπτωση των πολιτικών προσφύγων που διαφεύγουν από τον ελληνικό εμφύλιο πόλεμο, οι λόγοι αυτοί περιλαμβάνουν τις πολιτικές αλλαγές της περιόδου μετά τη χούντα και το τέλος του Ψυχρού Πολέμου, που ακολουθήθηκαν από την υπογραφή ειδικών διμερών συμφωνιών με τις χώρες υποδοχής (Gropas & Triandafyllidou, 2005).

Οι τάσεις μετανάστευσης στην Ελλάδα από τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, περιορίζεται κυρίως σε εισροές από τα Βαλκάνια λόγω των βαλκανικών πολέμων και σε πρόσφυγες από τη Μικρά Ασία, από την Κωνσταντινούπολη και από την Αίγυπτο. Οι πρόσφυγες αυτοί ήταν κυρίως ελληνικής καταγωγής και ενσωματώθηκαν πολύ γρήγορα στην κοινωνία υποδοχής, βασικά για λόγους εξωτερικής πολιτικής, και η επίδρασή τους στην ελληνική οικονομία και το εμπόριο ήταν θετική. Παρ' όλα αυτά, η οικονομική υποανάπτυξη της χώρας δεν ενθάρρυνε τη μετανάστευση στην Ελλάδα (Τριανταφυλλίδου, 2015).

Οι Έλληνες μετανάστευσαν σε σημαντικό αριθμό κυρίως στη βόρεια Ευρώπη, στις ΗΠΑ και την Αυστραλία. Η μετανάστευση, ωστόσο, σχεδόν σταμάτησε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 μετά την αυστηροποίηση των μεταναστευτικών καθεστώτων στη βόρεια Ευρώπη.

Μετά τις γεωπολιτικές αλλαγές του 1989, η χώρα μετατράπηκε γρήγορα σε χώρα υποδοχής κυρίως αδήλωτων μεταναστών από την ανατολική και κεντρική Ευρώπη, την πρώην Σοβιετική Ένωση, καθώς και από τον Τρίτο Κόσμο. Η δραματική και ξαφνική αύξηση των μεταναστών εισροής ήταν ένα απροσδόκητο φαινόμενο τόσο για την κυβέρνηση όσο και για τον πληθυσμό. Η νέα κατάσταση χαρακτηρίστηκε από διοικητική και πολιτική σύγχυση όσον αφορά την μεταναστευτική πολιτική, και μια υπερεκπροσώπηση των παράτυπων/παράνομων μεταναστών που εργάζονται σε συνθήκες ανεπίσημης εργασίας σε όλη την ελληνική οικονομία, αλλά και αύξηση της ξενοφοβικής συμπεριφοράς και του ρατσισμού (Τριανταφυλλίδου, 2015).

Η οικονομική κρίση που ξέσπασε στην Ελλάδα το 2010 και τα επακόλουθα μέτρα αυστηρής λιτότητας που επιβλήθηκαν είχαν ως αποτέλεσμα να αυξηθεί η ανεργία των μεταναστών και να μειωθεί ο αριθμός των αδειών παραμονής στην χώρα μας (Triandafyllidou & Maroukis, 2010).

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας και ιδίως από το 2007 η Ελλάδα δέχτηκε ένα μεγάλο αριθμό παράνομων μεταναστών με τόπο καταγωγής χώρες της Ασίας και της Αφρικής που φθάνουν στην Ελλάδα μέσω της Τουρκίας (Triandafyllidou & Maroukis, 2010).

Η οικονομική κρίση, ο μεγάλος αριθμός των μεταναστών και η μη αποτελεσματική διαχείριση των μεταναστευτικών ροών, είχαν ως αποτέλεσμα την ανθρωπιστική κρίση στο κέντρο της Αθήνας. Οι παράτυποι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο που συνέχισαν να διασχίζουν τα ελληνοτουρκικά σύνορα, συχνά συλλαμβάνονταν, κρατούνταν για κάποιο χρονικό διάστημα και στη συνέχεια απελευθερώνονταν με απόφαση απέλασης. Οι παράτυποι αυτοί μετανάστες προχώρησαν και συγκεντρώθηκαν στις μεγάλες πόλεις, ιδίως στην Αθήνα, χωρίς αυξημένες ελπίδες ενσωμάτωσης (Τριανταφυλλίδου, 2015).

Πιο αναλυτικά, τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα, η Ελλάδα μετατράπηκε από παραδοσιακή χώρα αποστολής μεταναστών σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Οι ροές μεταναστών προς την Ελλάδα άρχισαν να επιταχύνονται στα μέσα της δεκαετίας του 1970, αλλά ήταν με την κατάρρευση των σοσιαλιστικών καθεστώτων στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη στις αρχές της δεκαετίας του 1990 που οι μεταναστευτικές εισροές πήραν μαζικές διαστάσεις, με την Αλβανία να κυριαρχεί ως χώρα προέλευσης. Άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ιταλία, μετατράπηκαν επίσης από παραδοσιακές χώρες αποστολής σε χώρες υποδοχής στο δεύτερο μέρος του 20ού αιώνα, αλλά η ελληνική περίπτωση διέφερε από τις εμπειρίες τους σε σημαντικά σημεία (Cavounidis, 2013).

Αρχικά, οι χώρες-πηγές των μεταναστών αντιστοιχούσαν στη συντριπτική τους πλειοψηφία σε καταρρεύσαντα σοσιαλιστικά καθεστώτα της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, ενώ οι άλλες χώρες του Νότου είχαν πολύ πιο ποικίλες χώρες-πηγές, συμπεριλαμβανομένων των πρώην αποικιών τους. Ακόμη, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε η συντριπτική κυριαρχία μιας μόνο χώρας-πηγής, της Αλβανίας, που δεν παρατηρείται αλλού στη Νότια Ευρώπη. Επίσης, υπάρχει και η στενή εγγύτητα των χωρών-πηγών, με τους κύριους τροφοδότες των ροών, την Αλβανία και τη Βουλγαρία, να μοιράζονται χερσαία σύνορα με την Ελλάδα (Cavounidis, 2013).

Ορισμένοι από τους μετανάστες από αυτά τα πρώην σοσιαλιστικά καθεστώτα ήταν ελληνικής καταγωγής και οι ελληνικές μεταναστευτικές πολιτικές τους αγκάλιασαν, διευκολύνοντας την είσοδο και την εγκατάστασή τους. Ωστόσο, έγινε μια έντονη πολιτική διάκριση μεταξύ των ομοεθνών που προέρχονταν από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και εκείνων που προέρχονταν από την Αλβανία. Στην περίπτωση των μεταναστών ελληνικής καταγωγής, δόθηκε εύκολη πρόσβαση στην ελληνική ιθαγένεια και δόθηκαν πολλών ειδών παροχές, συμπεριλαμβανομένης της επιδότησης της στέγασης. Στην περίπτωση των ομοεθνών από την Αλβανία, υπήρχε ειδική «αστυνομική ταυτότητα», αλλά η πρόσβαση στην ιθαγένεια δεν διευκολύνθηκε μέχρι το 2006, ενώ υπήρχαν ελάχιστες ειδικές διατάξεις (Cavounidis, 2013).

Παρ' όλα αυτά, η συντριπτική πλειοψηφία των μεταναστών που έφτασαν τη δεκαετία του 1990 δεν ήταν ελληνικής καταγωγής και είτε εισήλθαν στην Ελλάδα χωρίς τα κατάλληλα έγγραφα είτε παρέβησαν την αρχική τους βίζα. Οι περισσότεροι από αυτούς τους παράτυπους μετανάστες νομιμοποιήθηκαν τελικά σε ένα από τα τρία προγράμματα νομιμοποίησης παράτυπων μεταναστών που πραγματοποιήθηκαν το 1998, το 2001 και το 2005 (Cavounidis, 2013).

Στο πρώτο και μεγαλύτερο πρόγραμμα του 1998, περισσότεροι από 370.000 μετανάστες εγγράφηκαν στην πρώτη φάση, ενώ σε περισσότερους από 200.000 χορηγήθηκαν τελικά προσωρινές άδειες εργασίας στη δεύτερη φάση του προγράμματος. Η ιδιαίτερα στρεβλή σύνθεση των εθνικοτήτων ως προς το φύλο ήταν ένα από τα εντυπωσιακά χαρακτηριστικά του νομιμοποιημένου πληθυσμού, με τους άνδρες να αποτελούν σχεδόν το σύνολο ορισμένων πληθυσμών. Παράδειγμα αποτελεί το 99% των Πακιστανών και των Μπαγκλαντεσιανών και τις γυναίκες να αποτελούν μεγάλο ποσοστό άλλων πληθυσμών (Cavounidis, 2013).

Το μεγαλύτερο μέρος του νέου νομιμοποιημένου μεταναστευτικού πληθυσμού βρήκε εργασία σε τομείς της ελληνικής οικονομίας που επί μακρόν χαρακτηρίζονταν από άτυπη εργασία, όπως οι κατασκευές, η γεωργία, τα ξενοδοχεία και τα εστιατόρια και η οικιακή εργασία, ενώ πολλοί αυτοαπασχολούμενοι Έλληνες έγιναν για πρώτη φορά εργοδότες, εκμεταλλευόμενοι την παρουσία μεταναστών που ήταν πρόθυμοι να εργαστούν για χαμηλές αμοιβές (Cavounidis, 2006).

Με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης το 2008, η Ελλάδα γνώρισε υψηλά επίπεδα ανεργίας, γεγονός που οδήγησε σε νέες ανατροπές στη μεταναστευτική ιστορία. Κατ' αρχάς, σημαντικός αριθμός Ελλήνων άρχισε να μεταναστεύει και πάλι, αλλά σε αντίθεση με τα προηγούμενα κύματα Ελλήνων μεταναστών, το νέο κύμα αποτελούνταν κυρίως

από νέους με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Η Γερμανία αναδείχθηκε σε κορυφαίο προορισμό για τους καλά μορφωμένους Έλληνες, μαζί με το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο προσέλκυε καλά μορφωμένους Έλληνες για δεκαετίες (OECD, 2015).

Δεύτερον, εκτός από τις αυξημένες εκροές Ελλήνων με υψηλά προσόντα, παρατηρήθηκαν επίσης αυξημένες εκροές μεταναστών, τόσο του εγκεκριμένου όσο και του μη εγκεκριμένου πληθυσμού. Η κύρια συνιστώσα αυτών των εκροών ήταν η μετανάστευση επιστροφής προς την Αλβανία. Από τους μετανάστες που παρέμειναν στην Ελλάδα, ορισμένοι γλίστρησαν από το καθεστώς των εξουσιοδοτημένων στο καθεστώς των μη εξουσιοδοτημένων, διακινδυνεύοντας τη σύλληψη και την απέλαση, επειδή δεν μπορούσαν πλέον να βρουν επίσημη απασχόληση με τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης που ήταν απαραίτητες για την ανανέωση της άδειας (OECD, 2015).

Παράλληλα, οι εισροές μη εξουσιοδοτημένων μεταναστών συνεχίστηκαν, παρά την επιδείνωση της ελληνικής αγοράς εργασίας, με τις χώρες της Ασίας και της Αφρικής να αναδεικνύονται σε σημαντικές χώρες προέλευσης.

Από το 2014, η Ελλάδα δέχθηκε μαζικές μικτές εισροές αιτούντων άσυλο και μεταναστών που προσπαθούσαν να φτάσουν σε προορισμούς βορειότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Κατά το έτος 2015, τα στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες κατέγραψαν 857.000 αφίξεις, δηλαδή είκοσι φορές περισσότερες από τον αριθμό που έφτασαν το 2014. Οι περισσότεροι ήταν Σύριοι και Αφγανοί που ακολούθησαν τη σύντομη, αλλά επικίνδυνη θαλάσσια διαδρομή από τις ακτές της Τουρκίας προς τα νησιά του Αιγαίου (OECD, 2015).

Μια ανθρωπιστική κρίση ξέσπασε και εν συνεχεία επιδεινώθηκε μετά τις επαναλαμβανόμενες διακοπές και στη συνέχεια το κλείσιμο της "βαλκανικής οδού", που είχε ως αποτέλεσμα τον εγκλωβισμό στην Ελλάδα του πληθυσμού που είχε ως στόχο να κατευθυνθεί προς το βορρά. Τον Μάρτιο του 2016 υπεγράφη συμφωνία μεταξύ της ΕΕ και της Τουρκίας, η οποία περιελάμβανε τη διάταξη ότι η Τουρκία θα συγκρατούσε τις ροές αιτούντων άσυλο και μεταναστών από την Τουρκία προς τις χώρες της ΕΕ. Από τον Απρίλιο του 2016 παρατηρήθηκε πράγματι απότομη μείωση των ροών από τις τουρκικές ακτές προς τα νησιά του Αιγαίου, με τον πληθυσμό που «εγκλωβίστηκε» στην Ελλάδα τους επόμενους μήνες να εκτιμάται σε περίπου 60.000 (Cavounidis-Springer, 2016).

### 1.3 Θεσμικό πλαίσιο μετανάστευσης στην Ευρώπη

#### 1.3.1 Η Συνθήκη Σένγκεν

Το 1985 έγιναν οι υπογραφές για τη Συμφωνία του Σένγκεν με την οποία οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες κατήγγησαν τα εθνικά τους σύνορα. Αρχικά, υπογράφηκε στο Λουξεμβούργο από πέντε μόνο χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ η συμφωνία παραμένει μία από τις μεγαλύτερες περιοχές στον κόσμο που έχουν τερματίσει τον έλεγχο των συνόρων μεταξύ των χωρών μελών (Τριανταφυλλίδου, 2015).

Η έννοια της ελεύθερης κυκλοφορίας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών είναι πολύ παλιά και συναντάται από τον Μεσαίωνα. Ενώ, στη σύγχρονη εποχή η ιδέα αυτή συζητείται από τότε που η Ευρώπη υπέστη ζημιές από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ωστόσο, συγκεκριμένες ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση πραγματοποιήθηκαν μόνο κατά τη δεκαετία του 80, καθώς η Ευρώπη ήταν εγκλωβισμένη σε μια αέναη συζήτηση δύο αντιτιθέμενων τμημάτων, με το ένα να υποστηρίζει την ιδέα να μην γίνεται έλεγχος στα σύνορα μεταξύ των χωρών και το άλλο να υποστηρίζει την ανάγκη διενέργειας όλων των απαραίτητων ελέγχων (Τριανταφυλλίδου, 2015).

Με τη Συνθήκη Σένγκεν καταργούνται τα εσωτερικά σύνορα μεταξύ των χωρών και ο εκτεταμένος έλεγχος των εξωτερικών συνόρων. Η υπογραφή της Συμφωνίας πραγματοποιήθηκε στις 14 Ιουνίου 1985 από τις πέντε ακόλουθες ευρωπαϊκές χώρες: Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο και Ολλανδία, στο Σένγκεν, ένα μικρό χωριό στο νότιο Λουξεμβούργο στον ποταμό Μοσέλ (European Union, 2022).

Στις 19 Ιουνίου 1990, υπογράφηκε σύμβαση για την εφαρμογή της συμφωνίας Σένγκεν, η οποία κάλυπτε θέματα σχετικά με την κατάργηση των ελέγχων στα εσωτερικά σύνορα, τον καθορισμό των διαδικασιών για την έκδοση ενιαίας θεώρησης, τη λειτουργία μιας ενιαίας βάσης δεδομένων για όλα τα μέλη, γνωστής ως SIS - Σύστημα Πληροφοριών Σένγκεν, καθώς και τη δημιουργία μιας δομής συνεργασίας μεταξύ των υπαλλήλων του εσωτερικού και των υπαλλήλων μετανάστευσης (European Union, 2022).

Στις 27 Νοεμβρίου 1990 προσχώρησε η Ιταλία, στις 25 Ιουνίου 1991 η Πορτογαλία και η Ισπανία και στις 6 Νοεμβρίου 1992 η Ελλάδα. Η Συνθήκη Σένγκεν εφαρμόστηκε στις 26 Μαρτίου 1995, όταν επτά χώρες μέλη του Σένγκεν, η Γαλλία, η Γερμανία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία, η Πορτογαλία και η Ισπανία, αποφάσισαν να



καταργήσουν τους ελέγχους στα εσωτερικά τους σύνορα. Στις 28 Απριλίου 1995 προσχώρησε η Αυστρία και στις 19 Δεκεμβρίου 1996 η Δανία, η Φινλανδία, η Ισλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία (Τριανταφυλλίδου, 2015).

Μια άλλη σημαντική πρόοδος που παρουσίασε η Συμφωνία Σένγκεν ήταν όταν τον Μάιο του 1999 η «Συνθήκη του Άμστερνταμ» ενσωμάτωσε τη συμφωνία στο νομικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς στο παρελθόν οι συνθήκες Σένγκεν και οι κανόνες που έθετε η συμφωνία δεν αποτελούσαν μέρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και λειτουργούσαν αυτόνομα (European Union, 2022).

Τέλος, τον Φεβρουάριο του 2008, το Λιχτενστάιν ήταν η 26η και τελευταία μέχρι στιγμής χώρα που υπέγραψε τη Συμφωνία Σένγκεν και έγινε μέλος του χώρου Σένγκεν (European Union, 2022).

### 1.3.2 Ευρωπαϊκές Συνθήκες για την αντιμετώπιση της μεταναστευτικής ροής

Το 1999 δημιουργήθηκε η Συνθήκη του Άμστερνταμ με στόχο την χάραξη και εφαρμογή μιας ενιαίας πολιτικής για την διαχείριση της παράνομης μετανάστευσης. Με την συνθήκη αυτή δημιουργήθηκε ο μηχανισμός «Χώρος Ελευθερίας, Ασφάλειας και Δικαιοσύνης» (ΧΕΑΔ,) με τον οποίο διαχειρίζεται η διαδικασία χορήγησης ασύλου και αναφέρονται τα δικαιώματα μεταναστών/προσφύγων από τις λεγόμενες τρίτες χώρες (Φίλης, 2017).

Το 2000 υπεγράφη η Συνθήκη της Λισσαβόνας με την οποία ορίστηκε η έννοια του πολίτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος είναι το πρόσωπο που έχει την υπηκοότητα κράτους – μέλους και απολαμβάνει συγκεκριμένα δικαιώματα. Αντίθετα, οι μετανάστες/πρόσφυγες έχουν περιορισμένα δικαιώματα, όπως για παράδειγμα την ελεύθερη μετακίνηση μεταξύ των κρατών-μελών, δικαίωμα το οποίο απολαμβάνουν μόνο οι υπήκοοι των κρατών μελών (Φίλης, 2017).

### 1.3.3 Η Σύμβαση του Δουβλίνου

Η Σύμβαση του Δουβλίνου δημιουργήθηκε στις 15/06/1990, ενώ συμμετείχαν η Δανία, η Γαλλία, η Γερμανία, το Βέλγιο, η Ελλάδα, η Πορτογαλία, η Ιταλία, η Ισπανία, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Το 1997 τη Σύμβαση του Δουβλίνου υπέγραψαν η Αυστρία και η Σουηδία, ενώ το 1998 υπέγραψε η Φινλανδία (Σαμπατάκου, 2010).

Η Σύμβαση του Δουβλίνου υπογράφηκε με στόχο να ελεγχθούν και να μειωθούν οι μετακινήσεις των μεταναστών και ειδικά εκείνων που κάνουν αίτηση για άσυλο σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με τη Σύμβαση αυτή αναγνωρίστηκε το δικαίωμα του κάθε ατόμου να αποκτήσει διεθνές άσυλο, χωρίς όμως να μπορεί να επιλέγει το ίδιο το άτομο το κράτος-μέλος που θα του χορηγήσει άσυλο (Σαμπατάκου, 2010).

Η Σύμβαση του Δουβλίνου ή αλλιώς Δουβλίνο II αντικαταστάθηκε από τον Κανονισμό 343/2003. Τη Σύμβαση αυτή έχουν υπογράψει η Ισλανδία, η Νορβηγία, η Ελβετία και το Λιχτενστάιν. Ο Κανονισμός Δουβλίνο II περιείχε τον προσδιορισμό του υπεύθυνου κράτους για την εξέταση της αίτησης ασύλου και τον καθορισμό των προθεσμιών κάθε σταδίου της συνολικής διαδικασίας, με σκοπό την μείωση του χρόνου αναμονής. Ο Κανονισμός Δουβλίνο II τροποποιήθηκε με τον Κανονισμό 604/2013 ή αλλιώς Δουβλίνο III από 01/01/2014 (Φίλης, 2017).

#### *1.3.3.1 Ο κανονισμός Δουβλίνο II (343/2003)*

Σύμφωνα με τον Κανονισμό Δουβλίνο II, ένα κράτος είναι αρμόδιο να εξετάζει την αίτηση για άσυλο με βάση συγκεκριμένα και προσδιορισμένα κριτήρια. Τα κριτήρια αυτά εφαρμόζονται με βάση την κατάσταση που επικρατεί το χρονικό διάστημα που υποβάλλεται η αίτηση για άσυλο και αναφέρονται κυρίως σε περιπτώσεις επανένωσης οικογενειών και την μόνιμη ή προσωρινή διαμονή σε χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σαμπατάκου, 2010).

#### *1.3.3.2 Ο κανονισμός Δουβλίνο III (604/2013)*

Ο κανονισμός Δουβλίνο III δημιουργήθηκε για την τροποποίηση της διαδικασίας χορήγησης ασύλου που αναφέρεται στον κανονισμό Δουβλίνο II. Ο Κανονισμός Δουβλίνο III καταγράφει αυτούσια τα κριτήρια για τον προσδιορισμό του υπεύθυνου κράτους μέλους, ενώ έχει ως στόχο την αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων που είχαν εντοπιστεί στην εφαρμογή του Κανονισμού Δουβλίνο II (Φίλης, 2017).

Στον Κανονισμό Δουβλίνο III διευρύνεται το πλαίσιο της οικογένειας των αιτούντων διεθνούς προστασίας, γεγονός που οδηγεί στην κατάργηση του ορισμού της έννοιας της οικογένειας του άρ. 2 στ. θ' του Κανονισμού Δουβλίνο II. Επομένως, το πλαίσιο της οικογένειας περιλαμβάνει τον/την σύζυγο, τους γονείς και τα τέκνα του αιτούντος, τους θείους, τους παππούδες και τα αδέρφια (άρ. 2 στ ζ' Κανονισμού Δουβλίνο III).

Ακόμη, στον Κανονισμό Δουβλίνο III αναφέρεται στο τεκμήριο της ασφαλούς πρώτης χώρας υποδοχής. Το τεκμήριο της ασφαλούς πρώτης χώρας υποδοχής αφορά την περίπτωση όπου ο μετανάστης/πρόσφυγας δεν μπορεί να μεταφερθεί στο κράτος μέλος που έχει οριστεί ως υπεύθυνο για τον έλεγχο της αίτησης ασύλου, εξαιτίας προβλημάτων στις υποδομές υποδοχής και την πιθανότητα άσχημης μεταχείρισης του ατόμου. Σε αυτή την περίπτωση, σύμφωνα με τον Κανονισμό Δουβλίνο III, το υπεύθυνο κράτος μέλος υποχρεούται να ακολουθήσει πιστά τα κριτήρια του Κανονισμού και να προσδιορίσει αν κάποιο από τα υπόλοιπα κράτη-μέλη μπορεί να οριστεί υπεύθυνο για να εξετάσει την αίτηση ασύλου (Φίλης, 2017).

Στην περίπτωση που είναι δύσκολο να προσδιοριστεί το υπεύθυνο κράτος μέλος, τότε το προσδιορίζον κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη να εξετάσει την αίτηση ασύλου (Φίλης, 2017).

Τέλος, με τον Κανονισμό Δουβλίνο III τίθεται ως απαιτούμενο η δημιουργία του Μηχανισμού Έγκαιρης Προειδοποίησης (άρ. 33). Ο Μηχανισμός Έγκαιρης Προειδοποίησης μεταθέτει την υποχρέωση συστηματικής ενημέρωσης σχετικά με τον ακριβή αριθμό των ατόμων που αιτούνται άσυλο από κάθε κράτος μέλος της Ε.Ε., αλλά και για τις συνθήκες που επικρατούν στα κέντρα κράτησης. Ακόμη, παρέχονται πληροφορίες και για την κράτηση περιπτώσεων όπου υπάρχουν ανήλικοι, γυναίκες που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη ή άτομα που αντιμετωπίζουν άμεσο κίνδυνο. Η συλλογή των πληροφοριών αυτών γίνεται από την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Υποστήριξης για το Άσυλο, όμως το κάθε κράτος-μέλος αναλαμβάνει την αποστολή τους (Φίλης, 2017).

#### **1.4 Η συνεργασία μεταξύ των χωρών της ΕΕ σχετικά με τους μετανάστες**

Για να μπορέσει να διαχειριστεί και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις μεταναστευτικές ροές, η Ε.Ε. δημιούργησε τους εξής μηχανισμούς για να υπάρξει συνεργασία μεταξύ των κρατών - μελών (Αντωνίου & Παπαϊωάννου, 2016):

- **FRONTEX (2007/2004/EK):** αποτελεί τον υπεύθυνο μηχανισμό που έχει ως σκοπό την προστασία και την ασφάλεια των συνόρων. Η δράση του ενδυναμώνει την επίβλεψη των συνόρων των κρατών-μελών, ενώ κατέχει βασικό ρόλο στον συντονισμό τους σε επιχειρήσεις επαναπατριsmού μεταναστών. Το 2010 δημιουργήθηκαν οι ειδικές ομάδες RABIT, οι οποίες είχαν την αρμοδιότητα να επεμβαίνουν άμεσα στα σύνορα και να προστατεύουν τα σύνορα των κρατών-μελών.

- **EUROPOL:** ασχολείται με την συνεργασία μεταξύ των αστυνομικών δυνάμεων των κρατών-μελών της Ε.Ε., εντοπίζοντας και εξαρθρώνοντας δίκτυα οργανωμένου εγκλήματος που προωθούν παράνομους μετανάστες/πρόσφυγες στα κράτη-μέλη της Ε.Ε.
- **EUROSUR:** ο μηχανισμός αυτός αποτελεί το σύστημα επιτήρησης των συνόρων της Ευρώπης και πραγματοποιεί μόνιμα περιπολίες στις ακτές στα νότια θαλάσσια σύνορα. Ακόμη, αποτελεί το σύστημα πληροφόρησης των κρατών σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στα εξωτερικά τους σύνορα, ενώ παρέχει ενισχύσεις για την άμεση αντίδραση των κρατών εφαρμόζοντας τον νόμο.
- **ILO:** αποτελεί ένα καλά οργανωμένο δίκτυο με συνδέσμους αξιωματικών σε χώρες εκτός Ε.Ε., που έχει ως στόχο να καταπολεμήσει και να μειώσει το φαινόμενο της λαθρομετανάστευσης.
- **Ευρωπαϊκό Ταμείο Εξωτερικών Συνόρων (EBF):** στοχεύει στην δημιουργία αποτελεσματικών επιχειρήσεων και την αποτελεσματικότητα της δραστηριότητας των προξενικών αρχών σε συνεργασία με τους ILO.
- **Ευρωπαϊκό Ταμείο Επιστροφής (ERF):** χρηματοδοτεί τις εθνικές και κοινοτικές δράσεις που στοχεύουν στον επαναπατρισμό λαθραίων μεταναστών.
- **EASO:** προωθεί τη συνεργασία και την επικοινωνία μεταξύ των κρατών-μελών κυρίως για θέματα ασύλου, έτσι ώστε να δημιουργηθεί μελλοντικά ένα Κοινό Ευρωπαϊκό Σύστημα Ασύλου.
- **EURODAC:** είναι μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων στην οποία έχουν συλλεχθεί δακτυλικά αποτυπώματα και ηλεκτρονικά μέσα διαβίβασης μεταξύ των κρατών - μελών της Ε.Ε. και του κεντρικού συστήματος δεδομένων. Σκοπός αυτού του μηχανισμού είναι η ταυτοποίηση σε σύντομο χρονικό διάστημα των μεταναστών/προσφύγων που κάνουν αίτηση για άσυλο, αλλά και εκείνων που εισήλθαν σε κράτος-μέλος της Ε.Ε. παράνομα.

## 1.5 Ανακεφαλαίωση

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχει δεχτεί το μεγαλύτερο βάρος των μεταναστευτικών ροών, χωρίς να διαθέτει τις κατάλληλες υποδομές για την υποδοχή τους και την κατάλληλη διαβίωσή τους. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των μεταναστών που συρρέουν στην Ελλάδα συνεχώς αυξάνεται, ιδιαίτερα το καλοκαίρι που οι συνθήκες στη θάλασσα είναι πιο ευνοϊκές, δεν έχει αναπτυχθεί ένα οργανωμένο

σχέδιο αντιμετώπισης της μεταναστευτικής ροής, το οποίο θα καταγράφει και θα υποδέχεται κατάλληλα αυτούς τους ανθρώπους.

Ο μηχανισμός αντιμετώπισης και διαχείρισης του φαινομένου δεν είναι αρκετός, ενώ σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση των προηγούμενων ετών και την πανδημία COVID-19, οι συνεχείς μεταναστευτικές ροές επιβαρύνουν συνεχώς την οικονομική κατάσταση της χώρας, έχοντας σημαντικές συνέπειες σε όλους τους τομείς και ιδιαίτερα στον τομέα της Υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το νομικό καθεστώς μετανάστευσης στην Ευρώπη

### 2.1 Ορισμός πρόσφυγα και μετανάστη

Με τον όρο πρόσφυγες γίνεται αναφορά σε άτομα που φοβούνται για τη ζωή τους και δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στον τόπο καταγωγής ή προέλευσής του. Αντίθετα, ο όρος μετανάστες αναφέρεται στα άτομα που επιλέγουν να φύγουν από τον τόπο καταγωγής τους και να εγκατασταθούν σε μια άλλη χώρα, προσωρινά ή μόνιμα, για να βρουν καλύτερη εργασία και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ, 2017).

Οι έννοιες «πρόσφυγας» και «μετανάστης» δεν θεωρείται ότι επαρκούν, καθώς δεν ορίζονται με σαφήνεια και δεν διακρίνονται νομικά μεταξύ τους. Ως αποτέλεσμα υπάρχει έλλειψη σαφών ορίων ανάμεσά τους, εμποδίζοντας παράλληλα την ανάλυση των λόγων που η κάθε κατηγορία φεύγει από τη χώρα καταγωγής ή κατοικίας της.

Μία σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο έννοιες είναι ότι οι πρόσφυγες δεν έχουν την επιλογή συγκεκριμένου προορισμού και δεν έχουν τη δυνατότητα να επιστρέψουν στις κατοικίες τους, μέχρι να επιλυθούν τα προβλήματα και οι λόγοι, οι οποίοι τους ανάγκασαν να απομακρυνθούν από τον τόπο τους. Συνήθως εγκαταλείπουν τον τόπο τους καθώς κινδυνεύει η ζωή τους λόγω πολέμου, ενώ όταν επιλυθούν αυτοί οι λόγοι επιστρέφουν στην πατρίδα τους. Αντίθετα, οι μετανάστες επιλέγουν σε ποια χώρα θα εγκατασταθούν πριν ξεκινήσουν από την χώρα καταγωγής τους, ενώ οι λόγοι της μετακίνησής τους συνήθως είναι για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (Φίλης, 2017).

Υπάρχουν δύο είδη μετανάστευσης, η προσωρινή μετανάστευση, διάρκειας από τρεις έως δώδεκα μήνες και η μόνιμη μετανάστευση που διαρκεί από ένα έτος και πάνω. Σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο, η μετανάστευση αφορά την μετεγκατάσταση ατόμων σε μια χώρα στην οποία δεν είναι υπήκοοι, αλλά επιθυμούν μελλοντικά να αποκτήσουν την υπηκοότητά (Moraga & Rapoport, 2015).

Η μετανάστευση παρατηρείται σε όλη την διάρκεια της ιστορίας του ανθρώπου και η έκτασή της και ο αριθμός των μεταναστών εξαρτώνται από τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν τη δεδομένη χρονική στιγμή (Moraga & Rapoport, 2015).

Αν και η έννοια της μετανάστευσης και ο όρος μετανάστης δεν είναι καινούργιοι, επικρατεί ασάφεια ακόμη και σήμερα σχετικά με το φαινόμενο της μετανάστευσης. Για το λόγο αυτό χρειάζεται η επεξήγηση των όρων.

Η μετανάστευση μπορεί να γίνει μαζικά, όπου παρατηρείται μετακίνηση μεγάλου αριθμού ανθρώπων, από έναν τόπο σε έναν άλλον, ενώ όταν η μετανάστευση γίνεται συστηματικά, τότε γίνεται αναφορά για μεταναστευτικές ροές (Ρουμπίνη, 2011).

Ο όρος «μετανάστης δεν είναι σαφής όσον αφορά το ποιος, πώς και για ποιο λόγο πρέπει να αποκαλείται κάποιος μετανάστης. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει προσπάθεια να βρεθεί ένας πιο σαφής ορισμός σχετικά με την μετανάστευση (Ρουμπίνη, 2011). Σύμφωνα με την «συμπεριφορική» προσέγγιση, η «μετανάστευση» αναφέρεται στην συνεχή προσπάθεια ενός ατόμου να προσαρμοστεί στις συνθήκες ζωής στην χώρα διαμονής, στο περιβάλλον, δηλαδή τις περιβαλλοντικές συνθήκες, αλλά και τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα (Dingle, Hugh & Drake, 2007).

Ο όρος μετανάστης αναφέρεται σε άτομα που για προσωπικούς λόγους και χωρίς την άσκηση βίας αποφάσισαν να αλλάξουν τόπο διαμονής (Dingle, Hugh & Drake, 2007). Επομένως, στην ουσία ο μετανάστης επιλέγει την αλλαγή του τόπου κατοικίας του, ενώ ο πρόσφυγας δεν έχει το δικαίωμα της επιλογής και αναγκάζεται να εγκατασταθεί σε άλλη χώρα.

## **2.2 Το νομικό καθεστώς προστασίας των προσφύγων διεθνώς και στην Ε.Ε.**

Η διεθνής κοινότητα άρχισε να ευαισθητοποιείται πιο ενεργά με το προσφυγικό ζήτημα από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, όταν άρχισαν να πραγματοποιούνται δράσεις για την προστασία των προσφύγων. Η Σύμβαση της Γενεύης (22 Απριλίου 1954) αποτελεί το νομικό καθεστώς προστασίας των προσφύγων σε διεθνές επίπεδο (Σαμπατάκου, 2010).

Οι πρόσφυγες προστατεύονται σε διεθνές επίπεδο με τη συγκεκριμένη σύμβαση, η οποία διασφαλίζει τα δικαιώματα των προσφύγων, παρέχοντας τους άσυλο σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια, που έχουν καθοριστεί με την Συνθήκη (Φίλης, 2017).

Το τέλος της αποικιοκρατίας την δεκαετία του 1960, είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση έντονων αντιδράσεων και τη συνεχή μετακίνηση προσφύγων, καθιστώντας το προσφυγικό πρόβλημα ένα παγκόσμιο φαινόμενο.

Για την αντιμετώπισή του υιοθετήθηκε το Πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης το 1967, με το οποίο διευρύνεται η έννοια του όρου «πρόσφυγα», της Σύμβασης του 1951 και αναθεωρείται ο γεωγραφικός περιορισμός στο πεδίο εφαρμογής του, ενώ 140 χώρες έχουν υπογράψει το ένα ή και τα δύο σημαντικά κείμενα (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ, 2017).

Σύμφωνα με το άρθρο 2 της οδηγίας ΕΚ, τα υποκείμενα του καθεστώτος προσωρινής προστασίας, με άλλα λόγια οι "εκτοπισθέντες", είναι (UNHCR, 2011):

- "υπήκοοι τρίτων χωρών ή απάτριδες που αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τη χώρα ή την περιοχή καταγωγής τους ή εκκενώθηκαν, κατόπιν έκκλησης διεθνών οργανισμών, και δεν μπορούν να επιστρέψουν σε ασφαλείς και μόνιμες συνθήκες λόγω της κατάστασης που επικρατεί στη χώρα αυτή, οι οποίοι μπορεί να εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του άρθρου 1Α της Σύμβασης της Γενεύης ή άλλων διεθνών ή εθνικών πράξεων που παρέχουν διεθνή προστασία, ιδίως:
- πρόσωπα που έχουν εγκαταλείψει περιοχές ένοπλων συγκρούσεων ή ενδημικής βίας,
- πρόσωπα που διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο ή έχουν πέσει θύματα συστηματικών ή γενικευμένων παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους.

Όπως αναφέρεται στην παράγραφο 9 της κατευθυντήριας γραμμής, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, με τη σειρά της, ενθαρρύνει την παροχή βοήθειας σε (UNHCR, 2011):

- μεγάλης κλίμακας εισροές αιτούντων άσυλο ή άλλες παρόμοιες ανθρωπιστικές κρίσεις,
- σύνθετες ή μικτές διασυνοριακές μετακινήσεις πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων των σεναρίων αφίξεων με βάρκες και διάσωσης στη θάλασσα,
- ρευστά ή μεταβατικά πλαίσια, όπως για παράδειγμα στην αρχή μιας κρίσης, όπου η ακριβής αιτία και ο χαρακτήρας της μετακίνησης μπορεί να είναι αβέβαιοι, ή στο τέλος μιας κρίσης, όταν τα κίνητρα αναχώρησης μπορεί να χρειάζονται περαιτέρω αξιολόγηση, και
- άλλες εξαιρετικές και προσωρινές συνθήκες στη χώρα καταγωγής που καθιστούν αναγκαία τη διεθνή προστασία και οι οποίες εμποδίζουν την επιστροφή με ασφάλεια και αξιοπρέπεια".

Και οι δύο ορισμοί αποσκοπούν στην παροχή επειγόντων μέτρων σε περίπτωση μαζικής εισροής ανθρώπων που ενδέχεται να εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής της Σύμβασης του 1951 για την ομαλοποίηση των συνθηκών τουλάχιστον μέχρι το τέλος του κινδύνου και της απειλής κατά της ζωής και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς τους.



Υπό αυτή την έννοια, οι εν λόγω κανονισμοί δεν είναι σε θέση να καλύψουν νέες απειλές που δεν αναφέρονται στη Σύμβαση του 1951 προς τους ανθρώπους που βρίσκονται υπό την επίδραση της κλιματικής αλλαγής και τα θύματα πιθανών περιβαλλοντικών καταστροφών (UNHCR, 2011).

Σύμφωνα με την Εκτελεστική Επιτροπή της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες: «οι αιτούντες άσυλο που αποτελούν μέρος αυτών των μαζικών εισροών περιλαμβάνουν άτομα που είναι πρόσφυγες κατά την έννοια της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών του 1951 και του Πρωτοκόλλου του 1967 σχετικά με το Καθεστώς των Προσφύγων ή που, λόγω εξωτερικής επίθεσης, κατοχής, ξένης κυριαρχίας ή γεγονότων που διαταράσσουν σοβαρά τη δημόσια τάξη σε μέρος ή στο σύνολο της χώρας καταγωγής ή ιθαγένειάς τους, αναγκάζονται να αναζητήσουν καταφύγιο εκτός της χώρας αυτής».

Από την άλλη πλευρά, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες αναγνωρίζει τον κίνδυνο εκτοπισμού λόγω της κλιματικής αλλαγής και καλεί όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη να συνεργαστούν και να προβούν σε ενέργειες που πρέπει να διέπονται από τις θεμελιώδεις αρχές της ανθρωπιάς, της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της διεθνούς συνεργασίας" (UNHCR, 2011).

Το άρθρο 91/1 της LFIP περιγράφει την προσωρινή προστασία ως εξής: «προσωρινή προστασία μπορεί να παρέχεται σε αλλοδαπούς που έχουν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τη χώρα τους, δεν μπορούν να επιστρέψουν στη χώρα από την οποία έχουν φύγει και έχουν φθάσει ή διασχίσει τα σύνορα της χώρας υποδοχής σε κατάσταση μαζικής εισροής που αναζητούν άμεση και προσωρινή προστασία».

Στη συνέχεια το άρθρο 1 ορίζει τον στόχο του ως εξής:

«Να καθορίσει τις διαδικασίες και τις αρχές που αφορούν τις διαδικασίες προσωρινής προστασίας που μπορούν να παρέχονται σε αλλοδαπούς, οι οποίοι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τις χώρες τους και δεν μπορούν να επιστρέψουν στις χώρες από τις οποίες έφυγαν και έφτασαν ή πέρασαν τα σύνορά μας σε μαζική κατάσταση για να ζητήσουν επείγουσα και προσωρινή προστασία και των οποίων οι αιτήσεις διεθνούς προστασίας δεν μπορούν να ληφθούν υπόψη στο πλαίσιο ατομικής αξιολόγησης».

Οι διαδικασίες αυτοτελούς προστασίας είναι φυσικά διαφορετικές από τις ατομικές διαδικασίες διεθνούς προστασίας. Από την άποψη αυτή, η χώρα υποδοχής έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει ορισμένα αναπόφευκτα μέτρα και περιορισμούς στα δικαιώματα και τις ελευθερίες των αιτούντων άσυλο μαζικά, για όσο διάστημα το απαιτεί η κατάσταση. Είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί η τάξη και η ασφάλεια στα σύνορα όπου φθάνουν στη χώρα οι αλλοδαποί αιτούντες άσυλο (UNHCR, 2011).

Η τεκμηρίωση όλων των προσώπων μπορεί να πάρει χρόνο. Είναι επίσης υποχρεωτικό να διαχωριστούν τα μέλη των ενόπλων δυνάμεων από τους πολίτες. Προκειμένου να ολοκληρωθούν οι απαραίτητες διαδικασίες εισόδου, οι αιτούντες άσυλο μπορούν να κρατούνται σε καθορισμένους χώρους για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

Συνεπώς, τα δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, καθώς και η εθνική ασφάλεια, η δημόσια τάξη και η δημόσια υγεία μιας χώρας υποδοχής μπορεί να επιβάλλουν κάποια ρύθμιση και περιορισμό στην εγκατάσταση μεγάλου αριθμού αιτούντων άσυλο. Ωστόσο, τα μέτρα και οι περιορισμοί δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να συνάδουν με δικαιολογημένους λόγους χωρίς να παραβιάζουν την ουσία των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ, 2017).

Καθώς δεν υπάρχουν ακόμη καθολικά πρότυπα προσωρινής προστασίας και το καθεστώς προσωρινής προστασίας μπορεί να διαφέρει σε διάφορες χώρες ή πλαίσια, το περιεχόμενο και οι διαδικασίες των προσωρινών καθεστώτων μπορεί επίσης να είναι ασυνεπείς. Η κατευθυντήρια γραμμή της Υπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες απαιτεί τα καθεστάτα προσωρινής προστασίας να προβλέπουν ορισμένα ελάχιστα πρότυπα μεταχείρισης σύμφωνα με τις διεθνείς εξελίξεις στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία επίσης εγγυώνται τα δικαιώματα και τις ελευθερίες που προβλέπονται για την επιβίωση ενός πρόσφυγα σε ανθρώπινες συνθήκες, όπως η ελευθερία από διακρίσεις, η απαγόρευση εξευτελιστικής μεταχείρισης, η στέγαση, η βασική εκπαίδευση, η πρόσβαση στην υγεία και σε άλλες βασικές υπηρεσίες, καθώς και η αυτάρκεια και οι ευκαιρίες εργασίας (κατευθυντήρια γραμμή 16) (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ, 2017).

Η οδηγία της ΕΚ απαριθμεί τις υποχρεώσεις των κρατών μελών έναντι των προσώπων που απολαύουν προσωρινής προστασίας. Εκτός των άλλων, η οδηγία ΕΚ εγγυάται την ελευθερία από διακρίσεις, τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα (άρθρο 3), το δικαίωμα άδειας διαμονής (άρθρο 8), το δικαίωμα στην αυτοαπασχόληση ή την ευκαιρία για εργασία και την πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση (άρθρο 12), το δικαίωμα στη στέγαση (άρθρο 13) και τη θεμελιώδη εκπαίδευση (άρθρο 14) (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ, 2017).

### **2.3 Το θεσμικό πλαίσιο της προστασίας των προσφύγων στην Ευρώπη**

Η δημιουργία του Κοινού Ευρωπαϊκού Συστήματος Ασύλου (2004) και του Κανονισμού «Δουβλίνο III» (604/2013) είχε ως αποτέλεσμα τη θέσπιση ενός κοινού πλαισίου στην Ευρώπη σχετικά με τα δικαιώματα των προσφύγων και τα κριτήρια υποδοχής των αιτούντων άσυλου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015).

Ο μεγαλύτερος αριθμός των μεταναστών και των προσφύγων καταφεύγουν στην Ελλάδα και την Ιταλία, οι οποίες λόγω της γεωγραφικής τους θέσης και της γειτνιάσής τους με κράτη στα οποία επικρατεί πολιτική και κοινωνική αστάθεια, επωμίζονται το μεγαλύτερο βάρος του μεταναστευτικού προβλήματος (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015).

Ωστόσο, το 2015 παρατηρήθηκε μια συνεχής και ιδιαίτερα αυξημένη μεταναστευτική ροή που έκανε αίτηση για άσυλο, κατάσταση η οποία ανέδειξε τα προβλήματα και τα κενά του Κοινού Ευρωπαϊκού Συστήματος Ασύλου και τη μη βιωσιμότητά του στο μέλλον, καθώς ο σχεδιασμός του επιβαρύνει ένα μικρό αριθμό κρατών που υποδέχονται τους πρόσφυγες/μετανάστες χωρίς να γίνεται καταμερισμός των ατόμων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015).

Παράλληλα, αποκαλύφθηκε το γεγονός ότι τα ισχύοντα θεσμικά όργανα της Ε.Ε., δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν ενιαία το μεταναστευτικό πρόβλημα και να προχωρήσουν σε δίκαιο διαμοιρασμός των προσφύγων στις χώρες της Ε.Ε. ανάλογα με τις δυνατότητες του κάθε κράτους-μέλους (Φίλης, 2017).

## **2.4 Η μεταναστευτική πολιτική της Ελλάδας**

Ο Ν. 4310/1929 αφορούσε την αντιμετώπιση των προσφύγων της Μικράς Ασίας, ενώ ο Ν. 1975/1991 αφορούσε γενικά την πολιτική της Ελλάδας σχετικά με το θέμα της μετανάστευσης (Φίλης, 2017).

Ο Ν. 2910/2001 αντιμετωπίζει τα σύγχρονα προβλήματα του μεταναστευτικού βασιζόμενη στις γενικές αρχές της Ε.Ε. σχετικά με την ίση αντιμετώπιση των μεταναστών και τον σεβασμό στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Ακόμη, με αυτόν τον νόμο, διατυπώνονται με σαφήνεια τα κριτήρια που αφορούν έγκρισης της εισόδου και της παραμονής των μεταναστών και των προσφύγων στην Ελλάδα.

Ωστόσο, η ελληνική γραφειοκρατία προκαλούσε σημαντικές καθυστερήσεις και έτσι καθιερώθηκε ο Ν. 3386/2005, με τον οποίο προβλέπεται η δημιουργία Διυπουργικού Οργάνου, το οποίο έχει ως σκοπό να βελτιωθεί η οργάνωση της μεταναστευτικής πολιτικής και η συνεργασία των περιφερειακών Επιτροπών Μετανάστευσης. Το ζήτημα απόκτησης της ελληνικής ιθαγένειας εντάθηκε μετά από το 2010 λόγω των μαζικών μεταναστευτικών ροών στην Ελλάδα και της οικονομικής κρίσης που είχε ξεκινήσει από τα προηγούμενα χρόνια. Με τον Ν. 3838/2010 («Νόμος Ραγκούση») βελτιώνονται σημαντικά θέματα που αφορούσαν την απόκτηση της ελληνικής ιθαγένειας από τα παιδιά μεταναστών (Φίλης, 2017).

Με τον Ν. 3907/2011 ιδρύεται η Υπηρεσία Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής των μεταναστών που έρχονται στην Ελλάδα και δεν διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα για την παραμονή τους σύμφωνα με την κοινοτική οδηγία 2008/115/ΕΚ.

Με τον νόμο Ν.4018/2011, καθιερώνεται υποχρεωτική η άδεια διαμονής με τη μορφή ηλεκτρονικής κάρτας μετανάστη, βελτιώνοντας και συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση των μεταναστευτικών ροών με μόνιμη διαμονή, εντός του χώρου, που ορίζει η σύμβαση Σένγκεν. Ο Ν. 4071/2012 αναφέρεται στην παροχή μπλε κάρτας σε μετανάστες με υψηλού επιπέδου μόρφωση που κατάγονται από τις τρίτες χώρες και εργάζονται με επιχειρήσεις που εδρεύουν στην Ελλάδα.

Ο Ν. 4251/2014 ονομάζεται Κώδικας Μετανάστευσης και Κοινωνικής Ένταξης, ενώ ο Ν 4332/2015 αλλάζει τον Κώδικα Ελληνικής Ιθαγένειας. Ο νόμος αυτός αποτελεί τροποποίηση του άρθρου 1Α του Ν. 3838/2010, το οποίο αναφέρεται στην κτήση της ιθαγένειας μέσω της διαδικασίας πολιτογράφησης.

Το θεσμικό πλαίσιο που διέπει τις συνθήκες παραμονής των αλλοδαπών πολιτών είναι εξαιρετικά σημαντικό για τις εμπειρίες και τη ζωή των μεταναστών στην Ελλάδα. Όπως προαναφέρθηκε, εκατοντάδες χιλιάδες μετανάστες που έφτασαν στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1990 δεν είχαν πρόσβαση στην πολιτογράφηση, ενώ η πρόσβαση στην ιθαγένεια δεν ήταν ανοιχτή ακόμη και στους απογόνους τους που γεννήθηκαν στην Ελλάδα. Μέχρι πρόσφατα, με τη νομοθεσία που ψηφίστηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο το 2015, τα παιδιά που γεννήθηκαν στην Ελλάδα από γονείς με ξένη υπηκοότητα δεν μπορούσαν να αποκτήσουν την ελληνική υπηκοότητα, σε αντίθεση με τους μετανάστες δεύτερης γενιάς στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ. Σύμφωνα με τη νομοθεσία του 2015, οι μετανάστες δεύτερης γενιάς δεν αποκτούν την ελληνική ιθαγένεια αυτόματα με τη γέννησή τους, αλλά μόνο μετά την εκπλήρωση προαπαιτούμενων προϋποθέσεων, όπως η ολοκλήρωση ενός συγκεκριμένου αριθμού τάξεων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. Αντίθετα, οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής αντιμετωπίζονταν εντελώς διαφορετικά από το ελληνικό κράτος και είχαν πρόσβαση στην ελληνική ιθαγένεια (Φίλης, 2017).

Η σπουδαιότητα του θεσμικού πλαισίου που διέπει την παραμονή κάποιου στην Ελλάδα (είτε ως Έλληνας είτε ως αλλοδαπός πολίτης) για διάφορα αποτελέσματα έχει επισημανθεί σε πολυάριθμες μελέτες. Επειδή οι αλλοδαποί πολίτες καλούνται συνεχώς να ανανεώνουν τις άδειές τους και οι προϋποθέσεις για την ανανέωση συχνά αλλάζουν, διαμορφώνουν διαφορετικές στρατηγικές από τους γηγενείς. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Cavournidis & Cholezas (2015) για τις εκπαιδευτικές και εργασιακές πορείες των

νέων δεύτερης γενιάς, η ιθαγένεια βρέθηκε να είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που διαφοροποιεί τις στρατηγικές αγοράς εργασίας και γάμου που αναπτύσσουν οι νέοι.

Διαπιστώθηκε κατ' αρχάς ότι το ποσοστό συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό των νέων ανδρών μεταναστευτικής καταγωγής αλλά ελληνικής καταγωγής και επομένως πολιτογραφημένων Ελλήνων πολιτών, έμοιαζε με αυτό των γηγενών νέων ανδρών και όχι με αυτό των νέων ανδρών αλλοδαπής υπηκοότητας, οι οποίοι παρουσίασαν πολύ υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως η ανάγκη των αλλοδαπών πολιτών να βρουν εργασία για να παραμείνουν στην Ελλάδα, δεδομένου ότι δεν μπορούν να αποκτήσουν άδεια διαμονής μέσω των γονέων τους μετά την ηλικία των 18 ετών και πρέπει να αποκτήσουν ανεξάρτητη άδεια δυνάμει απασχόλησης με εισφορές κοινωνικής ασφάλισης ή σπουδών σε αναγνωρισμένο ίδρυμα (Cavounidis & Cholezas, 2015).

Μια τρίτη οδός για την απόκτηση άδειας διαμονής μετά την ηλικία των 18 ετών είναι ο γάμος με Έλληνα πολίτη ή με αλλοδαπό πολίτη που είναι κάτοχος άδειας, μέσω της άδειας «οικογενειακής επανένωσης» ως σύζυγος. Αυτή η τελευταία διάταξη φαίνεται να είναι ένας από τους κύριους παράγοντες, μαζί με την κουλτούρα, που διαμορφώνουν τις διαφορετικές στρατηγικές γάμου που παρατηρούνται στις νεαρές γυναίκες αλλοδαπής υπηκοότητας σε σχέση με τις Ελληνίδες συνομήλικές τους, με τις αλλοδαπές γυναίκες να παντρεύονται σε πολύ μικρότερη ηλικία. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι το 60% των Αλβανίδων υπηκόων ηλικίας 20-24 ετών ήταν παντρεμένες, έναντι μόλις 9% των Ελληνίδων υπηκόων της ίδιας ηλικιακής ομάδας, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ηλικίας 25-29 ετών ήταν 87% και 34%, αντίστοιχα (Cavounidis & Cholezas, 2015).

Η μεταναστευτική πολιτική της Ελλάδας δεν επικεντρώνεται πλέον στον έλεγχο της νόμιμης εισόδου των μεταναστών στην χώρα, αλλά στην ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο και την απόκτηση της ελληνικής ιθαγένειας καθορίζοντας πιο ευνοϊκά κριτήρια.

Είναι σημαντικό η μεταναστευτική πολιτική της Ελλάδας να συμφωνεί με το διεθνές δίκαιο και να μην διαφέρει σημαντικά από την μεταναστευτική πολιτική της Ε.Ε. Επιπρόσθετα, το ενδιαφέρον θα πρέπει να επικεντρώνεται στην ίση μεταχείριση του πληθυσμού, γηγενών και μεταναστών, και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

## 2.5 Ανακεφαλαίωση

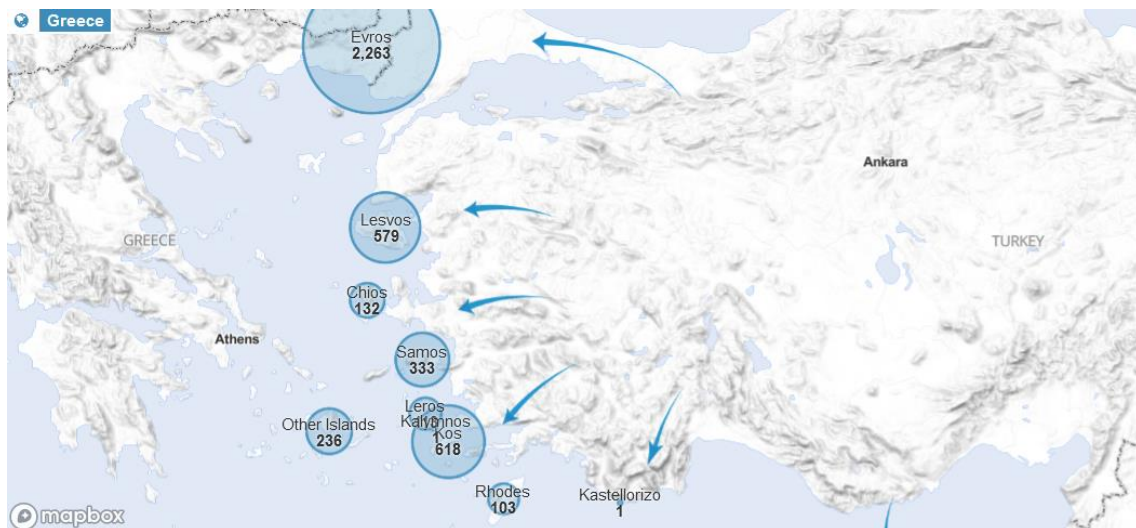
Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ των δύο όρων «πρόσφυγας» και «μετανάστης», καθώς ο πρόσφυγας προστατεύεται διεθνώς και του παρέχεται άσυλο.

Παρόλα αυτά, το 2015 σημειώθηκε μία υπέρμετρη άφιξη προσφύγων και μεταναστών στην Ε.Ε., καθιστώντας φανερό την αδυναμία των κρατών -μελών να διαχειριστούν την κατάσταση. Επιπλέον, έγινε φανερό ότι η κοινή ευρωπαϊκή πολιτική σχετικά με το άσυλο εμφανίζει αδυναμίες, καθώς το βάρος κατανέμεται σε λίγα κράτη -μέλη. Επομένως, γίνεται αντιληπτό, ότι αποτελεί επιτακτική ανάγκη η Ευρώπη να εγκαταστήσει ένα βιώσιμο και αποτελεσματικό σύστημα διαχείρισης των προσφύγων και των μεταναστών. Με την εφαρμογή του Ν. 4332/2015, η ελληνική πολιτεία επικεντρώνεται στη διαμονή των μεταναστών/προσφύγων και την ενσωμάτωσή τους στο κοινωνικό σύνολο έως ότου αποκτήσουν την ελληνική ιθαγένεια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η κατανομή των μεταναστών στην Ελλάδα

### 3.1 Η δομή του πληθυσμού των μεταναστών στις ελληνικές περιφέρειες

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (ΔΟΜ), οι προσφυγικές/μεταναστευτικές ροές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του έτους 2022 φτάνουν τις 4.379. Τα στοιχεία δείχνουν ότι 2.116 πρόσφυγες και μετανάστες περίπου έφθασαν στη χώρα, βρίσκοντας πρόσβαση από τη θάλασσα, ενώ 2.263 από ξηρά (Εικόνα 1). Το 2017 σημειώθηκαν 29.700 αφίξεις από τη θάλασσα και 5.600 από τη στεριά (<https://www.unhcr.org/gr/>).



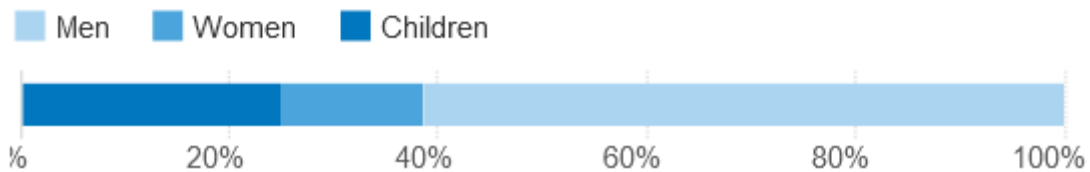
*Εικόνα 1: Είσοδος μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα*

(Πηγή:[https://data.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#\\_ga=2.249398465.774555342.1655412033-1627558801.1655412033](https://data.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#_ga=2.249398465.774555342.1655412033-1627558801.1655412033))

Previous years	Sea arrivals	Land arrivals	Dead and missing
2021	4,331	4,826	115
2020	9,714	5,982	102
2019	59,726	14,887	71
2018	32,494	18,014	174
2017	29,718	6,592	59
2016	173,450	3,784	441
2015	856,723	4,907	799
2014	41,038	2,280	405

### Demographics (based on data from January 2022)

[JSON](#)



*Εικόνα 2: Αριθμός μεταναστών και προσφύγων που εισήλθαν στην Ελλάδα και δημογραφικά στοιχεία από τον Ιανουάριο του 2022.*

*(Πηγή: [https://data.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#\\_ga=2.249398465.774555342.1655412033-1627558801.1655412033](https://data.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#_ga=2.249398465.774555342.1655412033-1627558801.1655412033))*

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία για το 2022 ο πληθυσμός των ανηλίκων (που ήταν ασυνόδευτοι) που καταγράφηκε από τον Ιανουάριο του 2022 ανέρχεται σε 20% του συνολικού πληθυσμού, ενώ ο αντρικός πληθυσμός καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό (Εικόνα 2).



### 3.2 Τόπος εγκατάστασης των μεταναστευτικών/προσφυγικών ροών-μορφωτικό επίπεδο

Με βάση τα στοιχεία της απογραφής πληθυσμού στην Ελλάδα που έγινε το 2011 οι περισσότεροι μετανάστες επιλέγουν να εγκατασταθούν σε γεωγραφικές περιοχές όπου υπάρχουν ευκαιρίες για την εύρεση εργασίας. Παρατηρείται μία προτίμηση στην εγκατάσταση στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, αλλά και νησιά που είναι τουριστικά αναπτυγμένα, όπως για παράδειγμα νησιά των Κυκλάδων και την Κρήτη. Επιπλέον, τόποι εγκατάστασης των μεταναστευτικών/προσφυγικών ροών είναι η Κορινθία, η Βοιωτία και η Αργολίδα, περιοχές όπου αναπτύσσεται η γεωργία και η κτηνοτροφία. Άλλες επιλογές περιλαμβάνουν την Κεντρική Μακεδονία, την Αττική και τη Στερεά Ελλάδα, και λιγότερο τη Δυτική Μακεδονία και το Βόρειο Αιγαίο (ΕΛ.ΣΤΑΤ. Γενική Απογραφή Πληθυσμού 2011).

Στην Εικόνα 3 απεικονίζονται οι εθνικότητες των μεταναστών που εισέρχονται στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο του 2022.

Most common nationalities of sea arrivals (since 1 January 2022) [.CSV](#) [JSON](#)

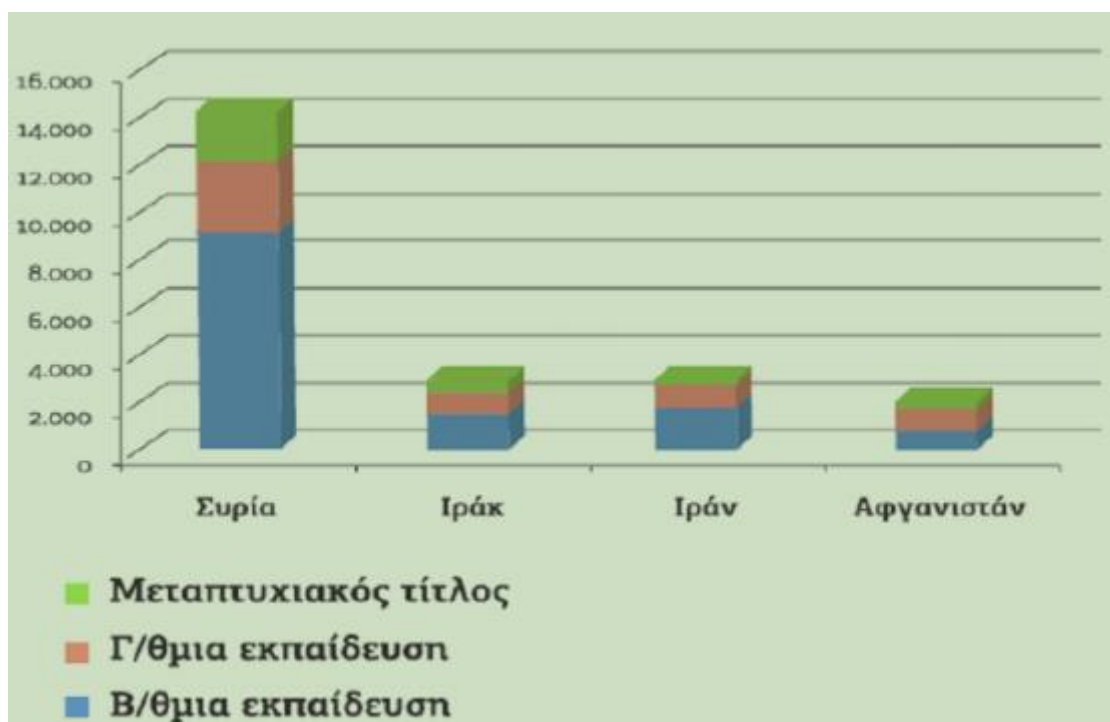
Country of origin	Source	Data date	Population	
Others		30 Apr 2022	33.0%	503
State of Palestine		30 Apr 2022	31.3%	477
Afghanistan		30 Apr 2022	8.7%	133
Somalia		30 Apr 2022	8.5%	130
Dem. Rep. of the Congo		30 Apr 2022	5.1%	78
Syrian Arab Rep.		30 Apr 2022	4.3%	65
Iran (Islamic Rep. of)		30 Apr 2022	3.0%	45
Cameroon		30 Apr 2022	2.6%	39
Pakistan		30 Apr 2022	1.9%	29
Iraq		30 Apr 2022	1.1%	17
Kuwait		30 Apr 2022	0.5%	8
Stateless		30 Apr 2022	0.1%	1

*Εικόνα 3: Εθνικότητες των μεταναστών-προσφύγων που εισέρχονται στον ελληνικό χώρο από τις θαλάσσιες οδούς.*

(Πηγή:[https://data.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#\\_ga=2.249398465.774555342.1655412033-1627558801.1655412033](https://data.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#_ga=2.249398465.774555342.1655412033-1627558801.1655412033))

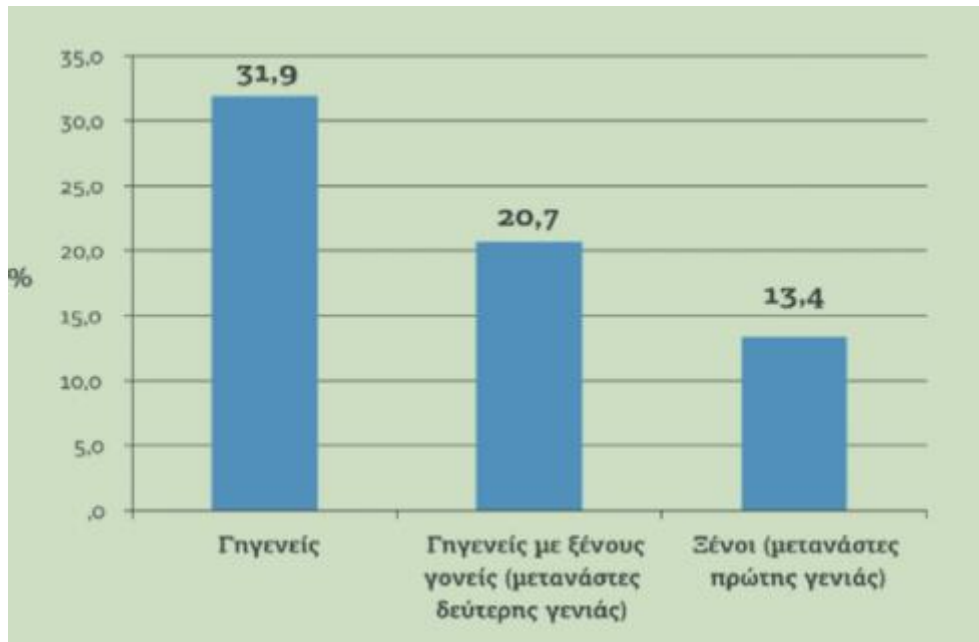
Η Παλαιστίνη αποτελεί την χώρα προέλευσης του μεγαλύτερου ποσοστού μεταναστών/προσφύγων στην Ελλάδα. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο σύμφωνα με τα στοιχεία της Εικόνας 4 διαφαίνεται ότι μεγαλύτερα ποσοστά ανωτέρου επιπέδου εκπαίδευσης

έχουν οι Σύριοι μετανάστες/πρόσφυγες, καθώς κατέχουν πανεπιστημιακό ή μεταπτυχιακό τίτλο σε ποσοστό 26,5%. Έπειτα κατατάσσεται το Ιράν ως χώρα προέλευσης (23%), ενώ οι πρόσφυγες/μετανάστες από τη Συρία και το Αφγανιστάν δηλώνουν ότι έχουν ανώτερη εκπαίδευση σε ποσοστό 19% και 18% αντίστοιχα (ΕΙΕΑΔ, 2017).



*Εικόνα 4: Επίπεδο εκπαίδευσης ανά χώρα προέλευσης (Πηγή: Ετήσια Έκθεση ΕΙΕΑΔ 2017).*

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών, το 2014 στην Ελλάδα το ποσοστό των μεταναστών που είχαν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν 13,4%, ενώ αντίστοιχα των Ελλήνων ήταν 31,9%. Το γεγονός ότι οι μετανάστες έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους Έλληνες, έχει ως αποτέλεσμα την κατάταξή τους σε πιο χαμηλή θέση δημοσιονομικά. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης εμποδίζει την απόκτηση υψηλών αμοιβών και τελικά την πληρωμή μικρότερων φόρων. Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς στην Ελλάδα παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Εικόνα 5).



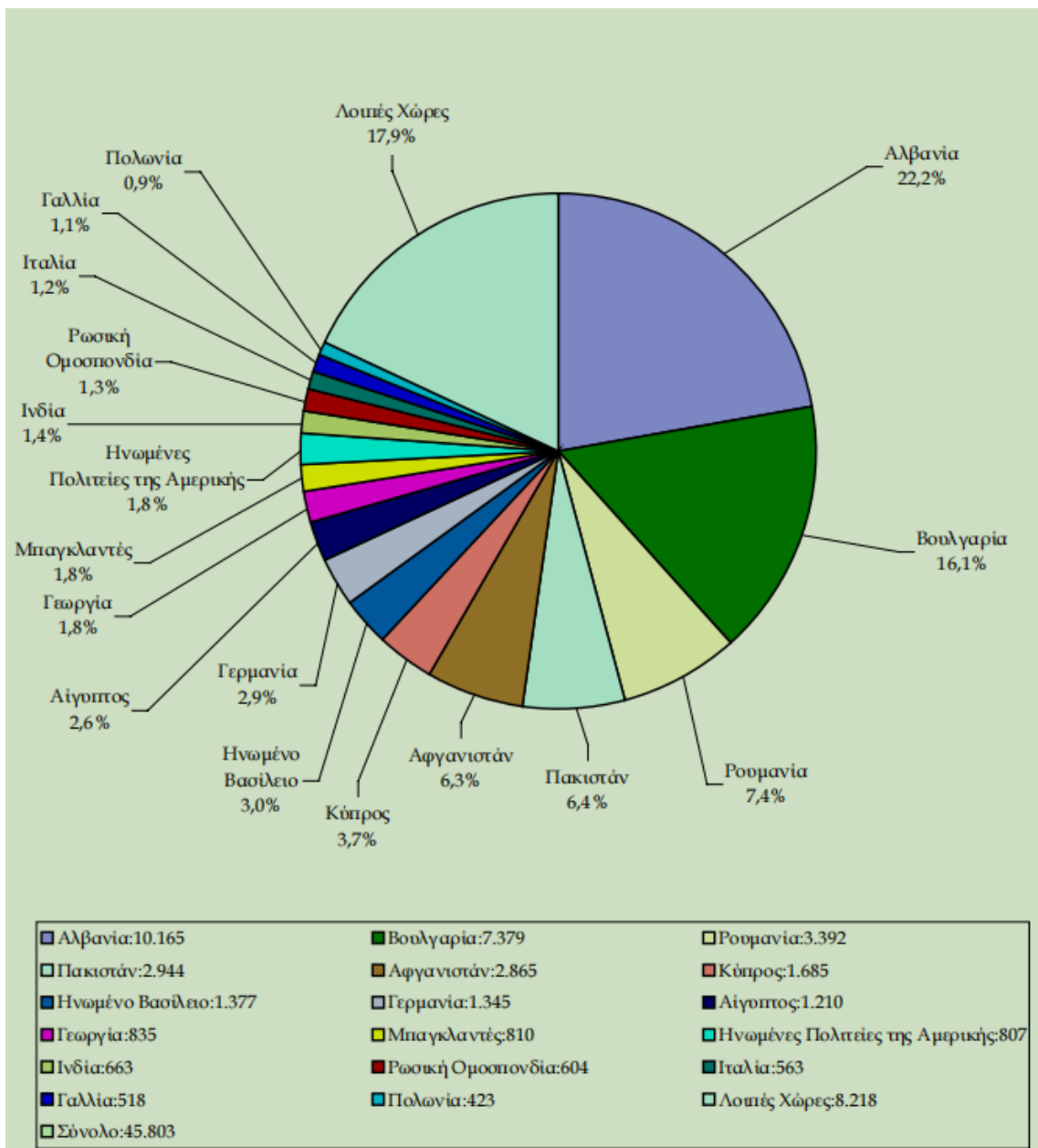
*Εικόνα 5: Τριτοβάθμια εκπαίδευση Ελλήνων και μεταναστών πρώτης και δεύτερης γενιάς (Πηγή: Eurostat Database).*

### 3.3 Χώρες προέλευσης των μεταναστών-Αίτια μετανάστευσης

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εικόνας 6, η Ελλάδα αποτελεί χώρα προορισμού για μετανάστες που κατάγονται ανατολικά της Ευρώπης, όπως η Αλβανία, και η Βουλγαρία, καθώς συνορεύουν με την χώρα. Ως αποτέλεσμα δημιουργείται μία συνεχόμενη ροή προσφύγων/μεταναστών προς και από την Ελλάδα, οι οποίοι διατηρούν τη σύνδεση τους με το περιβάλλον καταγωγής τους, ενώ προωθείται και η επανένωση των οικογενειών στη χώρα υποδοχής. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα προέρχεται από την Αλβανία.

Οι Αλβανοί εξακολουθούν να κυριαρχούν στον μεταναστευτικό πληθυσμό της Ελλάδας, όπως ακριβώς έκαναν τη δεκαετία του 1990 και στην απογραφή του 2001. Συγκεκριμένα, το 2011 αποτελούσαν το 52,7% του αλλοδαπού πληθυσμού, ακολουθούμενοι σε μεγάλη απόσταση από τους Βούλγαρους, οι οποίοι αντιστοιχούσαν στο 8,3%. Οι υπόλοιπες 10 πρώτες χώρες προέλευσης ήταν η Ρουμανία, το Πακιστάν, η Γεωργία, η Ουκρανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Κύπρος, η Πολωνία και η Ρωσική Ομοσπονδία. Συνολικά, οι αλλοδαποί πολίτες αντιπροσώπευαν το 8,4% ενός συνολικού πληθυσμού λίγο κάτω από 11 εκατομμύρια (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2011).

Ο μεγαλύτερος αριθμός των μεταναστών που κατάγονται από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, προέρχεται κυρίως από χώρες της Μέσης και Εγγύς Ανατολής. Πιο αναλυτικά, το μεγαλύτερο ποσοστό μεταναστών στην Ελλάδα προέρχεται από την Αίγυπτο. Ακολουθεί η Συρία και η Παλαιστίνη, με μεγάλο ποσοστό μόνιμων κατοίκων στη χώρα, ενώ τα τελευταία χρόνια, οι πολεμικές συρράξεις έχουν προκαλέσει τη μετακίνηση μεγάλου αριθμού ατόμων, με κατεύθυνση κυρίως προς την Ευρώπη και την Ελλάδα. Αυτή η μετακίνηση δεν σχετίζεται με την αναζήτηση και την εύρεση εργασίας (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2011).



**Εικόνα 6: Χώρες προέλευσης εγκατασταθέντων στην Ελλάδα με ξένη υπηκοότητα κατά το τελευταίο έτος πριν την Απογραφή. (Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. Γενική Απογραφή Πληθυσμού 2011).**

Στην Εικόνα 6 απεικονίζονται οι χώρες καταγωγής των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα, με ξένη υπηκοότητα, σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του πληθυσμού το 2011. Από την ανάλυση αυτών των στοιχείων προκύπτει ότι το 2015 αυξήθηκαν ραγδαία οι μεταναστευτικές ροές προς την Ελλάδα λόγω του πολέμου που ξέσπασε στη Συρία (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2011).

Σύμφωνα με τα στοιχεία από την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), ο αριθμός των προσφύγων που έχουν εγκαταλείψει τη Συρία και έχουν αναζητήσει άσυλο σε άλλες χώρες είναι περίπου 6,5 εκατομμύρια. Ενδεικτικό της κατάστασης είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των προσφύγων που εισήλθε στην χώρα από τα θαλάσσια σύνορα με την Τουρκία, αυξήθηκε κατά 20 φορές από το 2014 στο 2015, ενώ η Ελλάδα το 2015 αντιμετώπισε την άφιξη 850.000 μεταναστών/προσφύγων. Μετά, όμως, την υπογραφή της συμφωνίας μεταξύ της Ε.Ε. και της Τουρκίας, οι ροές έχουν παρουσιάσει σημαντική μείωση με την είσοδο των μεταναστευτικών ροών το 2016 να είναι περίπου 174.000 και σχεδόν 29.600 το 2017.

Στο τέλος του 2017 περίπου 33.000 μετανάστες ζούσαν στην Ελλάδα, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 0,3% του πληθυσμού.

Στις Εικόνες 7 και 8 απεικονίζονται στατιστικά δεδομένα σχετικά με την ηλικία των μεταναστών και τους λόγους που μετανάστευσαν (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2011).

Ομάδες ηλικιών	Υπηκοότητα ξένης χώρας <sup>(1)</sup>														Σύνολο	
	Σύνολο	Λόγος εγκατάστασης στην Ελλάδα														
		Εργασία	%	Επανάωση οικογένειας	%	Σπουδές	%	Αναζήτηση ασύλου	%	Πρόσφυγας	%	Άλλος λόγος	%	Δε δήλωσαν		%
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΟΣ</b>	201.122	86.584	43,1	36.170	18,0	7.579	3,8	4.239	2,1	2.957	1,5	10.603	5,3	52.990	26,3	100,0
0-9	18.740	0	0,0	8.427	45,0	49	0,3	602	3,2	264	1,4	956	5,1	8.442	45,0	100,0
10-19	23.309	3.341	14,3	9.339	40,1	1.742	7,5	667	2,9	424	1,8	885	3,8	6.911	29,6	100,0
20-29	71.058	37.062	52,2	8.407	11,8	5.387	7,6	1.731	2,4	1.212	1,7	2.050	2,9	15.209	21,4	100,0
30-39	44.315	25.186	56,8	4.549	10,3	324	0,7	842	1,9	597	1,3	1.833	4,1	10.984	24,8	100,0

**Εικόνα 7: Εγκατασταθέντες στην Ελλάδα με ξένη υπηκοότητα, κατά ομάδες ηλικιών από 0 έως και 39 ετών και λόγο μετανάστευσης. (Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. Γενική Απογραφή Πληθυσμού 2011).**

Ομάδες ηλικιών	Υπηκοότητα ξένης χώρας <sup>(1)</sup>														Σύνολο	
	Σύνολο	Λόγος εγκατάστασης στην Ελλάδα												Σύνολο		
		Εργασία	%	Επανένωση οικογένειας	%	Σπουδές	%	Αναζήτηση ασύλου	%	Πρόσφυγας	%	Άλλος λόγος	%			Δε δήλωσαν
40-49	21.434	13.238	61,8	2.013	9,4	72	0,3	258	1,2	252	1,2	984	4,6	4.617	21,5	100,0
50-59	13.419	6.168	46,0	1.183	8,8	5	0,0	91	0,7	120	0,9	1.407	10,5	4.445	33,1	100,0
60-69	6.230	1.446	23,2	1.065	17,1	0	0,0	40	0,6	44	0,7	1.795	28,8	1.840	29,5	100,0
70+	2.617	143	5,5	1.187	45,4	0	0,0	8	0,3	44	1,7	693	26,5	542	20,7	100,0

(1) Περιλαμβάνονται και τα άτομα με αδιευκρίνιστη και χωρίς υπηκοότητα

**Εικόνα 8: Εγκατασταθέντες στην Ελλάδα με ξένη υπηκοότητα, κατά ομάδες ηλικιών από 40 έως και άνω των 70 ετών και λόγο μετανάστευσης. (Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. Γενική Απογραφή Πληθυσμού 2011).**

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία η πλειονότητα των μεταναστών μετακινείται για να βρει εργασία. Πιο αναλυτικά, 18.000 άτομα εισήλθαν στην Ελλάδα για να βρουν εργασία, ενώ λίγοι εισήλθαν με σκοπό την επανένωση με τις οικογένειές τους.

Επιπρόσθετα, ένας μικρός αριθμός μεταναστών επέλεξε την Ελλάδα για να μπορέσει να αποκτήσει άσυλο ή για να ολοκληρώσει την εκπαίδευσή του, ενώ λίγοι είναι πρόσφυγες. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εικόνας 9, ο αριθμός των μεταναστών που εισέρχονται παράνομα στην Ελλάδα κάθε χρόνο αγγίζει τα 100.000 άτομα (<http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO15/>).



**Εικόνα 9: Αριθμός παράνομα εισερχόμενων μεταναστών στην Ελλάδα 2006-2015.**

(Πηγή: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO15/>).

Κατά τη διάρκεια της διετίας 2014-2015, μεγάλο ποσοστό των μεταναστών εισήλθε στην Ελλάδα μέσω των θαλάσσιων συνόρων, ενώ τα προηγούμενα χρόνια, η είσοδος τους στην χώρα γίνονταν από τα χερσαία σύνορα. Αυτό συνέβη λόγω της μείωσης των μεταναστευτικών ροών από την Αλβανία και λόγω της κατασκευής του «φράκτη» στον Έβρου, που εμποδίζει σε ικανοποιητικό βαθμό την είσοδο μεταναστών/προσφύγων από την Τουρκία (Κοτζαμάνης & Καρκούλη, 2018).

Όσον αφορά τα αίτια μετανάστευσης, υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μπορεί να είναι πολύ δύσκολο ή επικίνδυνο για τους ανθρώπους να παραμείνουν στις χώρες τους. Για παράδειγμα, παιδιά, γυναίκες και άνδρες φεύγουν από τη βία, τον πόλεμο, την πείνα, την ακραία φτώχεια, λόγω του σεξουαλικού τους προσανατολισμού ή του φύλου τους ή από τις συνέπειες της κλιματικής αλλαγής ή άλλων φυσικών καταστροφών. Συχνά οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν συνδυασμό αυτών των δύσκολων συνθηκών.

Οι άνθρωποι που εγκαταλείπουν τις χώρες τους δεν φεύγουν πάντα από τον κίνδυνο. Μπορεί να πιστεύουν ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν εργασία σε άλλη χώρα, επειδή διαθέτουν την εκπαίδευση ή το κεφάλαιο για να αναζητήσουν ευκαιρίες αλλού. Άλλοι μπορεί να θέλουν να ζήσουν μαζί με συγγενείς ή φίλους που ζουν ήδη στο εξωτερικό. Ή μπορεί να επιδιώκουν να ξεκινήσουν ή να ολοκληρώσουν την εκπαίδευσή τους σε άλλη χώρα.

### **3.4 Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής μεταναστών**

Η Ελλάδα, παραδοσιακά χώρα αποστολής μεταναστών, μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής μεταναστών στις αρχές της δεκαετίας του 1990, μετά την πτώση των σοσιαλιστικών καθεστώτων στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Η Αλβανία αναδείχθηκε ως η σημαντικότερη χώρα προέλευσης, αντιπροσωπεύοντας το 58% του συνόλου των αλλοδαπών κατά την απογραφή του 2001. Κατά την επόμενη δεκαετία, μεταξύ 2001 και 2011, ο καταγεγραμμένος αλλοδαπός πληθυσμός στη χώρα αυξήθηκε κατά 20%. Σύμφωνα με την ελληνική απογραφή του 2011, από το συνολικό πληθυσμό των 10.816.286 υπήρχαν 712.879 υπήκοοι τρίτων χωρών (μη πολίτες της ΕΕ), που αντιστοιχούσαν στο 6,6% του συνολικού πληθυσμού, και 199.121 υπήκοοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που δεν ήταν

πολίτες της Ελλάδας (1,8% του συνολικού πληθυσμού). Οι αλλοδαποί υπήκοοι προέρχονται κυρίως από την Αλβανία (480.851) και άλλες βαλκανικές χώρες, δηλαδή τη Βουλγαρία (75.917) και τη Ρουμανία (46.524), καθώς και από χώρες της Νότιας Ασίας (Πακιστάν, Μπαγκλαντές και Αφγανιστάν). Στις δεκαετίες του 1990 και του 2000, οι μεγάλες μεταναστευτικές εισροές αντιστοιχούσαν στην έντονη οικονομική δραστηριότητα της περιόδου εκείνης και στη ζήτηση για ευέλικτη, φθηνή και συχνά μη ρυθμιζόμενη απασχόληση.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε το 2008 είχε ως αποτέλεσμα σημαντικές αλλαγές στο μεταναστευτικό προφίλ της Ελλάδας. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας που πλήττουν δυσανάλογα τους μετανάστες ανάγκασαν πολλούς από αυτούς να μετακινηθούν προς άλλους προορισμούς, ενώ άλλοι εγκλωβίστηκαν σε μια επισφαλή κατάσταση. Η απόκτηση άδειας παραμονής στην Ελλάδα προϋποθέτει την απασχόληση και την καταβολή εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Ως εκ τούτου, μια μακρά περίοδος ανεργίας για έναν μετανάστη μεταφράζεται σε απώλεια του δικαιώματος για άδεια παραμονής και, κατά συνέπεια, σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και πρόνοιας.

Επίσης, από το 2008 και μετά, στη χώρα καταφθάνουν ολοένα και περισσότεροι μετανάστες και πρόσφυγες από τις περιοχές της Ασίας και της Αφρικής. Ακόμη και πριν από την απότομη αύξηση των αφίξεων προσφύγων το 2015, η Ελλάδα αποτελούσε ένα από τα κύρια σημεία εισόδου στην ΕΕ για πρόσφυγες και μετανάστες από τρίτες χώρες, λόγω της γεωγραφικής της θέσης και των συνόρων της με την Τουρκία- συγκεκριμένα του ποταμού Έβρου στο βόρειο τμήμα της χώρας και της εκτεταμένης νησιωτικής ακτογραμμής στο Ανατολικό Αιγαίο.

Ως αποτέλεσμα των ανεπαρκών νόμιμων διαύλων μετανάστευσης προς την Ευρώπη, των ευρωπαϊκών πολιτικών που επιχειρούν να αποτρέψουν τη μη εξουσιοδοτημένη μετανάστευση και της αδυναμίας του ελληνικού κράτους να επεξεργαστεί αποτελεσματικά τις αιτήσεις ασύλου, η πλειονότητα των μεταναστών από τρίτες χώρες δεν μπόρεσε να εξασφαλίσει το καθεστώς της στη χώρα. Για να χαρακτηριστεί κάποιος ως "τεκμηριωμένος" μετανάστης απαιτείται μια έγκυρη άδεια παραμονής, η απόκτηση της οποίας συνεπάγεται μια μακρά και κουραστική διαδικασία. Ο μεγαλύτερος αριθμός έγκυρων αδειών παραμονής (~600.000) αναφέρθηκε τον Δεκέμβριο του 2010. Έκτοτε, παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού των έγκυρων αδειών διαμονής, αν και σημειώθηκε μικρή αύξηση από το 2015 έως το τέλος Σεπτεμβρίου 2016, όταν ο αριθμός των έγκυρων αδειών διαμονής έφθασε τις 572.574.



Σε επίπεδο πολιτικής, οι ελληνικές πολιτικές μετανάστευσης και ένταξης από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 μπορούν γενικά να χαρακτηριστούν ως αντιδραστικές παρά ως προληπτικές, εστιάζοντας στην αποκατάσταση προηγούμενων αποτυχιών, με κύριο παράδειγμα τα τρία προγράμματα "νομιμοποίησης των παράτυπων" μεταναστών που πραγματοποιήθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και στα μέσα της δεκαετίας του 2000. Το 2014 εγκρίθηκε νομοθεσία γνωστή ως Κώδικας Μετανάστευσης και Κοινωνικής Ένταξης (ν. 4251/2014) σε μια προσπάθεια να κωδικοποιηθεί όλη η προηγούμενη νομοθεσία και να ρυθμιστεί η είσοδος, η παραμονή και η κοινωνική ένταξη των υπηκόων άλλων χωρών στην Ελλάδα. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του Κώδικα είναι ότι επιτρέπει την ανανέωση της άδειας διαμονής για τους υπηκόους άλλων χωρών που έχουν χάσει το εγκεκριμένο καθεστώς τους ή για εκείνους που, λόγω περιόδων ανεργίας, δεν είχαν προηγουμένως δικαίωμα ανανέωσης της άδειας εργασίας τους. Παρά τις προοδευτικές πτυχές του, ο Κώδικας δεν φαίνεται να λαμβάνει υπόψη την ετερογένεια του μεταναστευτικού πληθυσμού στην Ελλάδα, ενώ η εφαρμογή του παρεμποδίζεται συχνότερα από την κρατική γραφειοκρατία.

Όσον αφορά την απασχόληση των μεταναστών και την ένταξή τους στην αγορά εργασίας, πρέπει κατ' αρχάς να σημειωθεί ότι πριν από την κρίση, τα ποσοστά ανεργίας μεταξύ των μεταναστών ήταν χαμηλότερα από ό,τι μεταξύ των γηγενών, σε αντίθεση με την εμπειρία των περισσότερων χωρών της ΕΕ. Μετά την κρίση, ωστόσο, τα ποσοστά ανεργίας των μεταναστών αυξήθηκαν πολύ περισσότερο από εκείνα των γηγενών, κυρίως λόγω της συγκέντρωσής τους σε χειρωνακτικές εργασίες σε τομείς της οικονομίας που επλήγησαν σοβαρά από την κρίση, όπως οι κατασκευές στην περίπτωση των ανδρών και τα ιδιωτικά νοικοκυριά στην περίπτωση των γυναικών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, τα ποσοστά ανεργίας για τους άνδρες και τις γυναίκες που γεννήθηκαν στο εξωτερικό το 2015 ήταν 31,4 και 32,8%, αντίστοιχα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες και τις γυναίκες που γεννήθηκαν στο εξωτερικό ήταν 20,9 και 28,7%.

Τέλος, όσον αφορά την πρόσβαση των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη, φαίνεται και πάλι ότι δεν υπάρχει ένα συνεκτικό και αποτελεσματικό πλαίσιο πολιτικής. Από τη δεκαετία του 1990, η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και στα φάρμακα είναι σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό συνυφασμένη με τις άδειες παραμονής, την κοινωνική ασφάλιση και τις φορολογικές εισφορές. Όσον αφορά τους μετανάστες που έχουν χαρακτηριστεί πρόσφυγες, διαθέτουν τα ίδια δικαιώματα, όμως δεν απαιτείται έγκυρη άδεια εργασίας.

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τον κανονισμό υπάρχουν πολλοί μετανάστες που δεν διαθέτουν υγειονομική κάλυψη (εκτός από την επείγουσα περίθαλψη), συμπεριλαμβανομένων των αιτούντων άσυλο με εκκρεμή αίτηση ασύλου, των μεταναστών που δεν μπορούν να ανανεώσουν την άδεια διαμονής τους λόγω μακροχρόνιας ανεργίας και των μεταναστών από τρίτες χώρες που δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν "εγκεκριμένο" καθεστώς. Εκτός από τις νομικές ρυθμίσεις, καθημερινά παρατηρούνται αλλαγές στην κεντρική διοίκηση της χώρας, αλλαγές στην πολιτική, μεγάλες μειώσεις στον προϋπολογισμό στον τομέα της υγείας και ξеноφοβία δυσχεραίνοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί σχετικές έρευνες, κυρίως από επαγγελματίες του τομέα της υγείας και σε μικρότερο βαθμό από κοινωνικούς επιστήμονες. Η τεκμηρίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και των αυτοαναφερόμενων καταστάσεων είναι ελλιπής και ασαφής. Οι διαθέσιμες έρευνες είναι συνήθως μικρής κλίμακας και περιορίζονται είτε σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή στην Ελλάδα είτε σε ένα συγκεκριμένο θέμα, όπως οι διαταραχές της ψυχικής υγείας ή ο επιπολασμός συγκεκριμένων ασθενειών στους πληθυσμούς των μεταναστών. Στοιχεία για τη συσχέτιση μεταξύ των οικονομικών δυσχερειών και της επιδείνωσης της κατάστασης της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα έχουν παρασχεθεί από πανελλαδικές διατομεακές έρευνες το 2008 και το 2009 καθώς και από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας το 2011, εστιάζοντας κυρίως στην κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα κατά τη διάρκεια της ύφεσης.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς αντιμετωπίζουν μάλλον συχνά προβλήματα λόγω της καταγωγής τους κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα, ένας σημαντικός αριθμός αισθάνθηκε διακρίσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό (21,5%), τους γιατρούς (16,6%) ή το διοικητικό προσωπικό (16,6%) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. Άνδρες και γυναίκες αναφέρουν παρόμοιες εμπειρίες διακρίσεων μεταξύ των μεταναστών δεύτερης γενιάς στην Ελλάδα. Επιπλέον, οι μετανάστες δεύτερης γενιάς με αλβανική υπηκοότητα υφίστανται λιγότερες διακρίσεις σε σύγκριση με εκείνους με υπηκοότητα που αντιστοιχεί σε πρώην σοσιαλιστικές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.

### 3.5 Το προφίλ υγείας των μεταναστών

Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για την σύνθεση του προφίλ υγείας των μεταναστών προήλθαν από την απογραφή του πληθυσμού από την ΕΣΥΕ, στοιχεία από τα ασφαλιστικά ταμεία και άλλων συγγενών μελετών. Ο συνολικός πληθυσμός μεταναστών στην Ελλάδα αποτελείται από υπηκόους τρίτων χωρών, όχι ομογενών.

Βέβαια, η απεικόνιση του πραγματικού αριθμού είναι αδύνατη, μιας και το φαινόμενο της λαθρομετανάστευσης εξακολουθεί να υφίσταται. Κυρίως, το 55% του συνόλου των αλλοδαπών αποτελείται από Αλβανούς μετανάστες και ακολουθούν οι Ρουμάνοι, οι Βούλγαροι, οι Γεωργιανοί, οι Πακιστανοί, οι Ινδοί, μετανάστες από Μολδαβία, Φιλιππίνες, Ουκρανία, Αίγυπτο, Μπαγκλαντές. Βέβαια, στην Ελλάδα ζουν αλλοδαποί προερχόμενοι συνολικά από 216 χώρες του κόσμου (ΙΜΕΠΟ, 2007 και Πετράκου, Κόντης, κλπ., 2007).

Η αναλογία των φύλων δεν είναι σταθερή στις διάφορες εθνικότητες. Για παράδειγμα, οι ασιατικές χώρες όπως το Μπαγκλαντές και η Ινδία καθώς και οι αραβικές χώρες όπως η Αίγυπτος και η Συρία έχουν κατά κύριο λόγο ανδρικό πληθυσμό. Αντίθετα, χώρες όπως οι Φιλιππίνες, Ουκρανία και Μολδαβία έχουν γυναικείο πληθυσμό. Στις υπόλοιπες εθνότητες (Αλβανία, Ρουμανία, Γεωργία κ.ά.) δεν υπάρχει μεγάλο χάσμα αναλογικά με τα δύο φύλα (Κασσιμάτη, 2003). Όσον αφορά τον λόγο εγκατάστασης των μεταναστών που προέρχονται από τρίτες χώρες είναι η εργασία ή η οικογενειακή επάνδρωση (ΙΜΕΠΟ, 2007), ενώ ο χρόνος παραμονής στον ελλαδικό χώρο διαφοροποιείται μεταξύ αλλοδαπών διαφορετικής υπηκοότητας. Ωστόσο, το 50% περίπου των μεταναστών που βρίσκονται στην Ελλάδα δηλώνει ότι σκοπεύει να μείνει μόνιμα (ΙΜΕΠΟ, 2004 και Παύλου, 2004).

Όσον αφορά το είδος της εργασίας, οι άνδρες απασχολούνται κυρίως σε οικοδομικές εργασίες, στον γεωργικό τομέα, τον βιομηχανικό και τον τουριστικό τομέα, ενώ ο γυναικείος πληθυσμός βρίσκει εργασία σε καθαρισμό σπιτιών, σε γεωργικές ασχολίες και παροχή άλλων υπηρεσιών (ΙΜΕΠΟ, 2004). Σχετικά με την εγγραφή σε ασφαλιστικό τομέα, οι μετανάστες που είναι στο ΤΕΒΕ κατάγονται σε μεγάλο ποσοστό από την Αλβανία και τη Βουλγαρία, ενώ στον ΟΓΑ ο αριθμός των ασφαλισμένων αλλοδαπών αυξάνεται. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό των νόμιμων μεταναστών είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (Αλβανοί κυρίως), αλλά έχει παρατηρηθεί ότι οι ασφαλισμένοι Ινδοί και Πακιστανοί έχουν αυξηθεί (ΙΜΕΠΟ, 2004). Μεγάλο είναι το ποσοστό των ανασφάλιστων αλλοδαπών κυρίως από τις αραβικές χώρες και τις χώρες της Αφρικής. Όσον αφορά τον

γυναικείο πληθυσμό παρατηρείται ότι το ποσοστό των ασφαλισμένων γυναικών αλλοδαπών είναι πολύ μικρότερο και αυτό γιατί είτε αυτό-απασχολούνται, είτε εργάζονται στην οικιακή απασχόληση και δεν πληρώνουν εισφορές ΙΚΑ, με αποτέλεσμα να συνεχίζει να υπάρχει η οικιακή εργασία ως παραοικονομία.

Όσον αφορά το προφίλ υγείας του πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα, οι μελέτες που αφορούν τα προβλήματα υγείας και τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι ελάχιστα. Οι περισσότερες ερευνητικές εργασίες εξετάζουν τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών.

Σε έρευνες των Kanavaki (2005), Κωσταντινίδης (2000), Παιωνίδης (1995) φαίνεται μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση (Λινού, 2009). Τα αποτελέσματα της μελέτης του Ρούσσου (2001) έδειξαν ότι ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β είναι υψηλός κατά κύριο λόγο για τις ομάδες μεταναστών από την Αλβανία και την Ασία. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μελέτη του Δρίτσα (1996) σε δείγμα αστέγων μεταναστών στην περιοχή της Αττικής, ο επιπολασμός της φυματίωσης και τα ποσοστά ηπατίτιδας Β και C είναι υψηλότερα αυτών που παρατηρούνται στον γηγενή πληθυσμό. Σε έρευνα που πραγματοποίησε η Νικολάου (1995) πολύ υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Α και Β καταγράφονται στον πληθυσμό των Ρομά (Πολίτης, 2002). Η Emke-Pouloroulos (2001) αναφέρεται στις συνέπειες διακίνησης ανθρώπων (trafficking) για σεξουαλική εκμετάλλευση όσον αφορά τόσο τη φυσική όσο και την ψυχική υγεία των θυμάτων (ψυχολογικά τραύματα, HIV/AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).

Όσον αφορά την ψυχική υγεία των μεταναστών, η βιβλιογραφία είναι επίσης περιορισμένη. Από τις υπάρχουσες μελέτες δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στην ψυχοπαθολογία των μεταναστών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό. Ωστόσο, παρατηρούνται αυξημένα ψυχολογικά συμπτώματα όπως κατάθλιψη, δυσθυμία, ματαίωση και αποθάρρυνση, αφού ο μεταναστευτικός πληθυσμός βιώνει εντονότερα την αβεβαιότητα, την ανασφάλεια σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό (Dinesh, 2011).

Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες κάτω από την επίδραση μιας διαφορετικής κουλτούρας στην επικοινωνία, στην εργασία, στον τρόπο ζωής, στη γλώσσα, η ματαίωση των προσδοκιών τους, οι προσωπικοί τους φόβοι, η ξενοφοβία, ο ρατσισμός τους οδηγούν σε απόσυρση και διαταραχές της ψυχικής ισορροπίας τους.

Εν κατακλείδι, διαπιστώνεται η ανάγκη για στοχευμένες μελέτες επιδημιολογικές αλλά και ψυχοκοινωνικές, προκειμένου να διερευνηθεί το προφίλ και τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα. Βέβαια, οι μελέτες αυτές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των μεταναστευτικών ομάδων ανάλογα με τη χώρα καταγωγής, τη θρησκεία, το καθεστώς, τη διάρκεια παραμονής και γενικότερα το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο.

### **3.6 Ανακεφαλαίωση**

Τα πρόσφατα γεγονότα στη Μέση Ανατολή προκάλεσαν μαζική μετανάστευση προσφύγων από τη Συρία, το Ιράκ και το Αφγανιστάν. Σκοπός τους ήταν η εγκατάσταση σε χώρες της Ευρώπης, όμως σύμφωνα με τον μεταναστευτικό νόμο που ισχύει στην Ευρωπαϊκή Ένωση τα άτομα που αιτούνται άσυλο πρέπει να εξετάζονται στο πρώτο λιμάνι εισόδου στην Ευρώπη, δηλαδή από τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου στην Ελλάδα. Εδώ οι καταυλισμοί προσφύγων έχουν γίνει υπερπλήρεις και υποχρηματοδοτούμενοι, ενώ διαθέτουν ελάχιστη ιατρική περίθαλψη και ασφάλεια. Η ελληνική κυβέρνηση διαθέτει περιορισμένους πόρους και η ανταπόκριση για στήριξη από τις πιο εύπορες ευρωπαϊκές χώρες δεν ήταν ικανοποιητική.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η μετανάστευση στην Ελλάδα και η οικονομική κρίση**

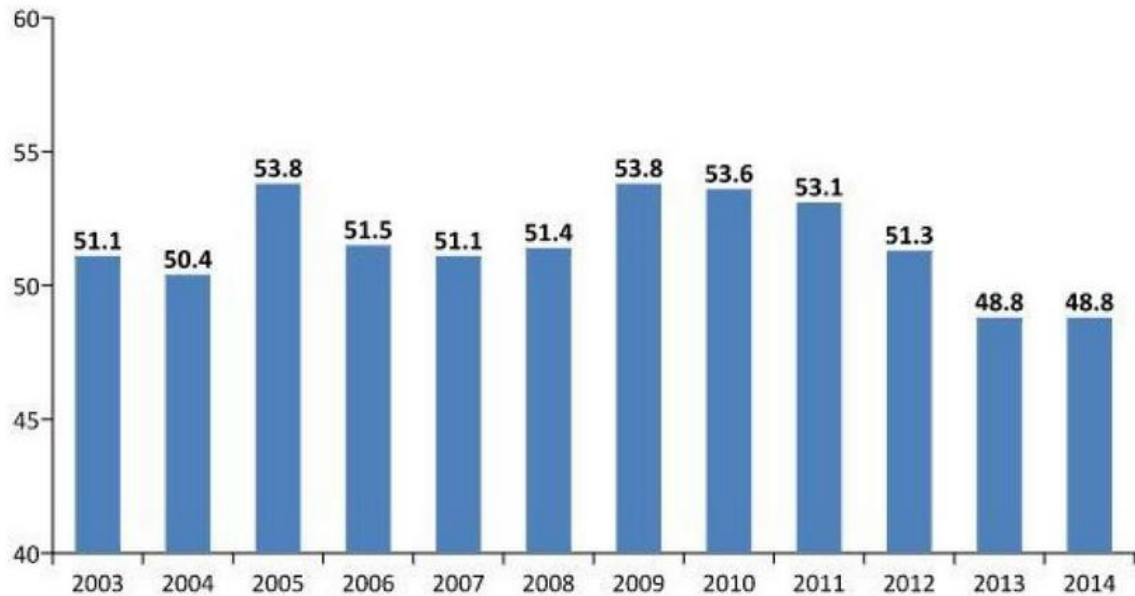
### **4.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα**

Μετά την παγκόσμια οικονομική κρίση, κατά τα έτη 2007-2008, σημειώθηκε οικονομική κρίση και στην Ελλάδα λόγω του δημόσιου χρέους. Η ελληνική οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2009, προκλήθηκε λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως για παράδειγμα λόγω της βαθιάς ύφεσης, την εικονική αύξηση του ΑΕΠ και την χρήση παραπονημένων στοιχείων για την ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωζώνη το 2001 (Sfakianakis, 2016).

Αν και η υιοθέτηση του ευρώ ως κοινό νόμισμά για όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα έπρεπε να ελαχιστοποιήσει, αντίθετα παρατηρήθηκε αύξηση του κόστους εργασίας, ιδίως στην περίπτωση της Ελλάδας, οδηγώντας σε σημαντική αύξηση και του εμπορικού ελλείμματος. Με τον όρο εμπορικό έλλειμμα γίνεται αναφορά στο γεγονός ότι ένα κράτος ξοδεύει περισσότερο σε σχέση με αυτά που παράγει κι επομένως θα πρέπει να δανειστεί και πιθανότητα δεν θα αποτελεί επιθυμητό στόχο για μελλοντικές επενδύσεις από άλλες χώρες (Hale, 2013).

Στην Εικόνα 10 γίνεται παρουσίαση των οικονομικών δεικτών για τα έτη 2011 έως και 2015. Παρατηρούμε ότι υπάρχει βαθιά οικονομική ύφεση, που οφείλεται στο ότι οι μισθοί μειώθηκαν κατά 20 ποσοστιαίες μονάδες, στη μείωση της απασχόλησης κατά 25% και στην αύξηση της φορολογίας κατά 337% (TVXS, 2016).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 20% των Ελλήνων πολιτών δεν είχε τη δυνατότητα να ικανοποιήσει τις καθημερινές του ανάγκες, ενώ μεγάλες εταιρείες μετέφεραν τις βάσεις τους σε άλλες χώρες με σκοπό την αποφυγή της ιδιαίτερα υψηλής φορολογίας (TVXS, 2016).



*Εικόνα 10: Οικονομικοί δείκτες 2011-2015 (TVXS, 2016).*

#### **4.2 Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα τα χρόνια της οικονομικής κρίσης**

Οι συγκρούσεις στη Μέση Ανατολή είχαν ως αποτέλεσμα εκατομμύρια άνθρωποι να εγκαταλείψουν τις πατρίδες τους και να αναζητήσουν άσυλο στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη μέσω της διαδρομής από την Τουρκία προς την Ελλάδα (Μαντζανάς, 2016; Τσεβρένης, 2016).

Ωστόσο, το κλείσιμο της οδού διέλευσης από τα Δυτικά Βαλκάνια στα σύνορα της Ελλάδας με την Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας τον Φεβρουάριο/Μάρτιο του 2016 (συμφωνία ΕΕ-Τουρκίας), μετέτρεψε την Ελλάδα "από χώρα διέλευσης σε χώρα υποδοχής δεκάδων χιλιάδων υπηκόων τρίτων χωρών για μια ακόμη απροσδιόριστη, αλλά μακροπρόθεσμη περίοδο. Η Ελλάδα προχώρησε από τη λογική της καταστολής (δηλαδή να κρατήσει όλους τους ξένους έξω) στη λογική της υποδοχής" και υποδέχθηκε το 90% του συνολικού πληθυσμού των προσφύγων από το 2016 έως το 2018. Με την πάροδο του χρόνου, ο αριθμός των αιτούντων άσυλο που είναι στην χώρα μας έχει πλέον διογκωθεί σε πάνω από 60.000 άτομα. Στην πραγματικότητα, από το 2011 ο μισός συριακός πληθυσμός έχει εκτοπιστεί, είτε ως πρόσφυγες σε άλλη χώρα είτε εσωτερικά (δευτερευόντως λόγω συγκρούσεων, φτώχειας, επισιτιστικής ανασφάλειας ή απώλειας υποδομών).

Η μετανάστευση στην Ελλάδα είχε θετικές, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις. Όσον αφορά τις θετικές επιδράσεις, σημειώθηκε αύξηση της απασχόλησης, που βελτίωσε την εξειδίκευση στην εργασία και την παραγωγή προϊόντων. Ακολούθως αυξήθηκαν οι επενδύσεις από επιχειρήσεις και βελτιώθηκε το οικονομικό επίπεδο της χώρας, σε συνδυασμό με τους χαμηλούς μισθούς που αποδίδονταν σε μετανάστες και πρόσφυγες (Μαντζανάς, 2016; Τσεβρένης, 2016).

Ακόμη, μειώθηκε το κόστος παραγωγής, καθώς οι παράνομοι μετανάστες ήταν φθηνά εργατικά χέρια που δεν αμείβονταν κανονικά και δεν γινόταν πρόσληψη για να μπορέσουν να προστατευτούν από τις συμβάσεις εργασίας. Παράλληλα, η κινητικότητα των μεταναστών ήταν ιδιαίτερα μεγάλη, γεγονός που οδήγησε στην απορρόφηση του εργατικού δυναμικού. Η μίσθωση των μεταναστών δεν επιδρά σημαντικά στους μισθούς των Ελλήνων, καθώς η απασχόληση των μεταναστών δεν αντικαθιστά την εργασία των Ελλήνων, ενώ παράλληλα αναζωογονούν την ανάπτυξη των αγροτικών περιοχών (Μαντζανάς, 2016; Τσεβρένης, 2016).

Επιπρόσθετα, η προσθήκη του αριθμού των μεταναστών στον συνολικό πληθυσμό της Ελλάδας, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του πληθυσμού της χώρας, η οποία εμφάνιζε μείωση στον αριθμό των γεννήσεων (Dustmann & Frattini, 2013; Μαντζανάς, 2016; Τριανταφυλλίδου, 2015). Υποστηρίζεται ότι λόγω του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια και της γήρανσης του πληθυσμού, ο αριθμός των μεταναστών που εγκαθίσταται στην Ελλάδα, συμβάλλει στη διατήρηση του πληθυσμού, αλλά ιδιαίτερα στην διατήρηση του πληθυσμού που εργάζεται και παρέχει στο κράτος ασφαλιστικές εισφορές από τις οποίες προκύπτουν οι συντάξεις των ηλικιωμένων (Collet, 2011; Μαντζανάς, 2016; Τσεβρένης, 2016). Επιπλέον, παρατηρήθηκαν αλλαγές στις αντιλήψεις και τη δομή της κοινωνίας, καθώς οι μετανάστες και οι πρόσφυγες προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς με άλλα ήθη και έθιμα.

Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να γίνει αναφορά και στις αρνητικές επιπτώσεις των μεταναστών στην Ελλάδα. Αρχικά, παρατηρείται περαιτέρω μείωση των θέσεων εργασίας, που σε συνδυασμό με την οικονομική ύφεση των τελευταίων ετών, υποβαθμίζει σε μεγαλύτερο βαθμό την ποιότητα ζωής των Ελλήνων και δημιουργείται μεγάλη απώλεια εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία από την παραοικονομία. Επιπλέον, η χώρα δεν έχει δημιουργήσει τις αναγκαίες υποδομές που απαιτούνται για τη διαμονή των μεταναστών και των προσφύγων, ενώ η έλλειψη σωστής ενημέρωσης και παιδείας δημιουργεί φαινόμενα ξενοφοβίας και ρατσισμού (Isotalo, 2010, Nash, 2015).



Ακόμη, ενώ η εργασία και η συμμετοχή των μεταναστών και προσφύγων προκαλεί αύξηση του ΑΕΠ και του Κατά Κεφαλήν Εισοδήματος, δεν παρατηρείται αύξηση στο εισόδημα των Ελλήνων. Επίσης, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών, αλλά και ο φόβος για την απέλασή τους από τη χώρα υποδοχής σε περίπτωση παρανομίας, οδηγεί σε αύξηση της εγκληματικότητας και τη μη ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

Παράλληλα, σημειώνεται υποστήριξη του ντόπιου πληθυσμού στα ακροδεξιά κόμματα που χρησιμοποιούν την οικονομική κρίση για να δικαιολογήσουν την αντιμεταναστευτική πολιτική που ακολουθείται, πολλές φορές, από βία και αυξάνει την ανασφάλεια και τον φόβο των Ελλήνων απέναντι στους αλλοδαπούς (Collet, 2011; Dustmann & Frattini, 2013).

Μέχρι την έναρξη της ύφεσης το 2008, οι μετανάστες στην Ελλάδα παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ανεργίας από τους γηγενείς, σε αντίθεση με την εμπειρία των περισσότερων χωρών της ΕΕ. Μετά την κρίση, ωστόσο, η ανεργία τους αυξήθηκε ταχύτερα από την ανεργία των γηγενών, και μέχρι το δεύτερο τρίμηνο του 2016 ξεπέρασε κατά πολύ την ανεργία των γηγενών πολιτών. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό ανεργίας των αλλοδαπών πολιτών έφτασε το 28,1%, έναντι 22,9% των Ελλήνων υπηκόων. Επίσης, τα ποσοστά ανεργίας για τις γυναίκες και των δύο ομάδων υπηκοότητας ήταν σημαντικά υψηλότερα από τα αντίστοιχα ποσοστά ανεργίας των ανδρών (OECD, 2013).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μεγαλύτερη αύξηση των ποσοστών ανεργίας μεταξύ των μεταναστών σε σχέση με τους γηγενείς πολίτες κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε όχι μόνο σε σχέση με την πρόσφατη ελληνική κρίση, αλλά και σε πολλές άλλες ανεπτυγμένες χώρες που εισήλθαν σε ύφεση περίπου την ίδια περίοδο.

Στις περισσότερες από αυτές τις χώρες, όπως και στην Ελλάδα, η μεγαλύτερη αύξηση της ανεργίας μεταξύ των μεταναστών οφειλόταν κυρίως στη διαφορετική κλαδική κατανομή της απασχόλησής τους, δεδομένου ότι η απασχόληση των μεταναστών ήταν σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένη σε τομείς που επλήγησαν ιδιαίτερα από την κρίση.

Στην Ελλάδα, πριν από την κρίση περισσότεροι από τους μισούς άνδρες μετανάστες απασχολούνταν στις κατασκευές, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών απασχολούνταν σε ιδιωτικά νοικοκυριά. Πράγματι, το έτος 2008, η Ελλάδα παρουσίασε τις υψηλότερες τιμές από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ στον δείκτη ανομοιογένειας της επαγγελματικής κατανομής μεταναστών και γηγενών, τόσο για τους άνδρες σε ποσοστό 42%, όσο και για τις γυναίκες σε ποσοστό 44% (OECD, 2013).

Μετά την έναρξη της κρίσης, αρχικά η ανεργία των μεταναστριών αυξήθηκε λιγότερο από εκείνη των ανδρών μεταναστών, ενώ το ποσοστό απασχόλησής τους αυξήθηκε, αντανακλώντας μια αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό, πιθανώς ως προσπάθεια αντιστάθμισης της απώλειας απασχόλησης των ανδρών (Cavounidis & Cholezas, 2015).

Τα στοιχεία από την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της ΕΕ (EU-SILC) αποκαλύπτουν ότι πριν από την έναρξη της κρίσης, οι μετανάστες είχαν ήδη πολύ περισσότερες πιθανότητες να κινδυνεύουν από τη φτώχεια σε σχέση με τους Έλληνες υπηκόους και ότι το χάσμα μεταξύ των δύο πληθυσμών διευρύνθηκε περαιτέρω κατά τη διάρκεια της κρίσης. Συγκεκριμένα, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας το 2008 για όσους δεν είχαν ελληνική ιθαγένεια ήταν 32% έναντι 19% για τους Έλληνες, ενώ το 2016 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 41% και 19% (OECD, 2018).

### **4.3 Ανακεφαλαίωση**

Οι μετανάστες/πρόσφυγες που εισήλθαν στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης, είχαν ως αποτέλεσμα αρνητικές επιδράσεις στο οικονομικό, κοινωνικό, αλλά και πολιτικό προσκήνιο της χώρας.

Στην πλειονότητά τους οι νόμιμοι κυρίως μετανάστες ενσωματώνονται στο κοινωνικό σύνολο και συμμετέχουν ενεργά στην παραγωγική διαδικασία ως αυτοαπασχολούμενοι ή ως μισθωτοί. Ταυτόχρονα, με τις χαμηλότερες αμοιβές που λαμβάνουν συμβάλλουν στη μείωση του κόστους παραγωγής και στην ανάπτυξη της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας.

Στοιχεία της τελευταίας 20ετίας έδειξαν ότι η απασχόληση των μεταναστών στον αγροτικό τομέα συνέβαλε στην στήριξη του αγροτικού τομέα, καθώς καλύφθηκαν οι θέσεις εργασίας στην επαρχία, ενώ λόγω των μειωμένων αμοιβών που λαμβάνουν εντείνονται οι διαφορές μεταξύ των μισθών ειδικευμένης και ανειδίκευτης εργασίας.

Παρόλα αυτά, η θετική επίδραση του συνολικού μεταναστευτικού πληθυσμού στην οικονομία της Ελλάδας δεν είναι εύκολο να γίνει αντιληπτή κυρίως λόγω της φύσης της εργασίας και της παράνομης εγκατάστασης.

Η μετανάστευση προκαλεί τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις στον ντόπιο στον πληθυσμό. Αν και οι Έλληνες φαίνεται να ανταγωνίζονται γενικά τους μετανάστες στις ίδιες θέσεις εργασίας, για παράδειγμα στον αγροτικό τομέα, οι Έλληνες εργαζόμενοι φαίνεται να αποκομίζουν αρκετά οφέλη από την προσφορά εργασίας των μεταναστών.

Όμως, η αύξηση της ανεργίας και η παράλληλη αύξηση του αριθμού των μεταναστών/προσφύγων έχει ως αποτέλεσμα την αρνητική αντίδραση των Ελλήνων εργαζόμενων.

Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να εκτιμηθούν οι θετικές επιδράσεις των μεταναστών στην οικονομία της Ελλάδας και δοθούν κίνητρα στους μετανάστες να εγκατασταθούν νόμιμα και να μην απασχολούνται στη «μαύρη αγορά εργασίας» ανασφάλιστοι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

### 5.1 Εισαγωγή

Από το 2008 και για πάνω από μία δεκαετία, η Ελλάδα βίωσε μια μακροχρόνια οικονομική ύφεση που επηρέασε αρνητικά το βιοτικό επίπεδο μεγάλου μέρους του πληθυσμού της. Μεταξύ 2007 και 2016, το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 26,4% σε πραγματικούς όρους, ενώ τα στοιχεία της EU-SILC δείχνουν ότι μεταξύ 2007 και 2014, το διαθέσιμο εισόδημα των Ελλήνων πολιτών μειώθηκε κατά ένα ποσοστό της τάξης του 40% (OECD, 2018).

Η εκτιμώμενη φτώχεια αυξήθηκε μεταξύ 100% και 200%, ανάλογα με τον δείκτη που χρησιμοποιείται και την ευαισθησία του στα πολύ χαμηλά εισοδήματα. Επειδή η ύφεση επηρέασε ευρείες πληθυσμιακές ομάδες, ο δείκτης για την φτώχεια, που χρησιμοποιεί το όριο φτώχειας του έτους βάσης 2007 προσαρμοσμένο στις ετήσιες μεταβολές του κόστους ζωής, αυξήθηκε δραματικότερα από τον δείκτη για τη σχετική φτώχεια. Ο κύριος μοχλός επέκτασης της φτώχειας ήταν η απότομη αύξηση της ανεργίας (OECD, 2018).

Μια από τις σημαντικότερες ανησυχίες που αναδύονται είναι οι επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης στην υγεία και ιδιαίτερα οι επιπτώσεις της στην υγεία του μεταναστευτικού πληθυσμού. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια, επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και ότι οι απώλειες εισοδήματος επηρεάζουν περισσότερο την υγεία από ό,τι τα κέρδη εισοδήματος, ενώ η ανεργία επηρεάζει αρνητικά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία (OECD, 2018). Επομένως, καθώς ο μεταναστευτικός πληθυσμός της Ελλάδας παρουσίασε υψηλότερα επίπεδα ανεργίας μετά την οικονομική κρίση από ό,τι οι γηγενείς και επίσης μεγαλύτερη αύξηση της φτώχειας, η οικονομική κρίση επηρέασε αρνητικά την υγεία των μεταναστών περισσότερο από ό,τι των γηγενών.

Αντίστοιχα μία έρευνα στην Ισπανία έδειξε ότι μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στη χώρα, η υγεία του μεταναστευτικού πληθυσμού της επιδεινώθηκε περισσότερο από εκείνη των γηγενών. Πιο αναλυτικά, από το 2006 έως και το 2012, σημειώθηκε αύξηση των ανισοτήτων στην αυτοαξιολόγηση της υγείας μεταξύ γηγενών και μεταναστών, ενώ τα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξήθηκαν περισσότερο στους μετανάστες παρά στους γηγενείς άνδρες (Gotsens et al., 2015).

## 5.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό και βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και σε ένα βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση και στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου, 2001).

Ο ασθενής που καταφεύγει στις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων παρακολουθείται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία είτε για λόγους πρόληψης, είτε για χρόνια πρόβλημα υγείας είτε για follow up (παρακολούθηση) της νοσηλείας του με προκαθορισμένα ραντεβού. Προκειμένου για την εισαγωγή του ασθενούς σε όλα ανεξαιρέτως τα Νοσοκομεία της χώρας ισχύουν τα εξής: καθένας ο οποίος θεωρεί ότι χρήζει ιατρικής φροντίδας προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, γνωστό και ως Εφημερείο. Μετά από δωρεάν εξέταση και τυπικό εργαστηριακό έλεγχο, αν το περιστατικό κριθεί από τους εξετάζοντες ιατρούς ως «επείγον», ο ενδιαφερόμενος απευθύνεται στο Γραφείο Κίνησης Ασθενών, όπου και ξεκινά η διαδικασία εισαγωγής (Καψάλης, 2003). Πρέπει να σημειωθεί ότι η ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και καλύπτει τους εργαζομένους, συνταξιούχους και τα εξαρτημένα μέλη. Για μη αλλοδαπούς που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή από χώρες που δεν ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση ισχύουν ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν την κάλυψη τους στις υπηρεσίες της υγείας.

Παρόλο που η Ελλάδα διαθέτει δημόσιο σύστημα υγείας που καλύπτει συνολικά τον πληθυσμό, οι πληρωμές από τα ιδιωτικά νοικοκυριά παραμένουν από τις υψηλότερες στην Ευρώπη. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η συγκέντρωση των εξυπηρετούμενων στα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων με επακόλουθο το συνωστισμό και τις μεγάλες λίστες αναμονής, τις χρόνιες ελλείψεις σε νοσηλευτικό και εξειδικευμένο προσωπικό, τις ελλείψεις σε εξοπλισμό και υποδομές με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η εξυπηρέτηση τόσο των Ελλήνων όσο και των αλλοδαπών ασθενών (Κοτσιώνη, 2003).

Στην περίπτωση της Ελλάδας παρατηρείται ένα αγεφύρωτο χάσμα μεταξύ των διακηρυγμένων μεταρρυθμιστικών στόχων και των εφαρμοσμένων πολιτικών παρεμβάσεων. Η αποτυχία των μεταρρυθμιστικών πλαισίων συχνά αποδίδεται στην εκτεταμένη κομματικοποίηση και τον πελατειακό χαρακτήρα του κράτους (Κοσμίδης, 2010). Μολονότι το σύστημα αρχικά χαρακτηρίζεται από υπερβολικό κρατισμό, ακολουθεί μια περίοδος εκσυγχρονισμού του ελληνικού συστήματος υγείας μέσω της απελευθέρωσης του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, περιορίζοντας έτσι τον αρχικά διακηρυγμένο κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος (Παπαθεοδώρου, 2011).

Σε γενικές γραμμές γίνονται άμεσα αντιληπτές σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό, ενώ συχνά απουσιάζει η απαιτούμενη κουλτούρα διαλόγου μεταξύ της ιατρικής κοινότητας και των κρατικών φορέων. Παράλληλα η κατασπατάληση πόρων και η διαφθορά επιφέρουν αυξανόμενο κόστος, τεράστια ελλείμματα, εκτεταμένη δυσανεμία όλων των πολιτών, αποκαλύπτοντας τις αδυναμίες και τη σαθρότητα του κοινωνικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας (Ballas & Tsoukas, 2004).

### 5.3 Δικαίωμα στην υγεία

Κατά το προεδρικό διάταγμα 95/2000 «Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, που περιλαμβάνει (Καψάλης, 2003):

- ✓ Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- ✓ Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- ✓ Τη προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.»

Στην αρμοδιότητα του Υπουργείου ανήκει αφενός, η προστασία της υγείας, με την έννοια που δίνεται και στην Σύμβαση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αφετέρου δε, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας στις αρμόδιες υπηρεσίες και μάλιστα χωρίς διακρίσεις και ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

Στο ελληνικό Σύνταγμα τα άρθρα 5 παρ. 5 και 21 παρ. 3 ορίζουν τα δικαιώματα των πολιτών στην υγεία. Σύμφωνα με τα άρθρα αυτά και τις ισχύουσες διατάξεις οι μετανάστες οι οποίοι δεν έχουν νόμιμα έγγραφα παραμονής έχουν δικαίωμα στην προστασία της υγείας τους (Καψάλης, 2003).

Η υγεία των πολιτών ορίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα για όλους τους πολίτες της Ελλάδος και τελεί υπό την φροντίδα του κράτους, το οποίο οφείλει να λαμβάνει και να υλοποιεί όλα εκείνα τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την προάσπιση της απρόσκοπτης άσκησης του από τους δικαιούχους. Οι διατάξεις του προεδρικού διατάγματος εφαρμόζονται σε δύο κατηγορίες προσώπων, τους ομογενείς και τους αλλογενείς. Όσον

αφορά τους ομογενείς θα πρέπει να διαθέτουν βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για απόκτηση Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας ή απόκτησης της Ελληνικής Ιθαγένειας (Καψάλης, 2003).

Όσον αφορά τους μετανάστες οι οποίοι βρίσκονται νόμιμα και προσωρινά στην Ελλάδα (τουρίστες) προερχόμενοι από χώρες που αναφέρθηκαν προηγουμένως, για την παροχή περίθαλψης απαιτείται ισχύον ταξιδιωτικό έγγραφο με προξενική θεώρηση σε ισχύ. Για την εισαγωγή τακτικών (μη επειγόντων) περιστατικών, προκαταβάλλεται υποχρεωτικά από ασφαλιστικούς φορείς ή ασφαλιστικές εταιρείες το 50% του εκτιμώμενου κόστους περίθαλψης και νοσηλείας (Ψημμένος, 2008). Σε περιπτώσεις, τακτικού ή έκτακτου περιστατικού, τηρείται κανονικά η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων.

Για τους αλλοδαπούς που βρίσκονται νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η κατοχή βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα. Εάν δεν υπάρχει τέτοιο βιβλιário, θα γίνονται δεκτά από τα νοσοκομεία μόνο επείγοντα περιστατικά και πάντοτε μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους (Καψάλης, 2005). Προκειμένου για τακτικά περιστατικά, οφείλουν να καταβάλουν πριν τη εισαγωγή τους το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας, ενώ σε περιπτώσεις, τακτικού ή έκτακτου περιστατικού, τηρείται κανονικά η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων.

Για τους αλλοδαπούς που είναι πολιτικοί πρόσφυγες για την παροχή δωρεάν περίθαλψης γίνεται δεκτό αποκλειστικά το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα, το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού. Καθώς και οι αλλοδαποί οι οποίοι έχουν υποβάλει αίτηση για αναγνώριση προσφυγικής ιδιότητας και η οποία βρίσκεται στο στάδιο εξέτασης από το Υπουργείο Δημοσίας Τάξης (Κροκίδη, 2008).

Να σημειωθεί ότι χαρακτηριστική είναι η απουσία συγκεκριμένου πρωτοκόλλου για τον ιατρικό έλεγχο που πρέπει να γίνεται σε αιτούντες άσυλο και σε άτυπους μετανάστες κατά την άφιξή τους. Η Ελλάδα είναι η μοναδική από τις 25 χώρες μέλη που στερείται ιατρικού πρωτοκόλλου για τους νεοαφιχθέντες μετανάστες και αιτούντες άσυλο. Στις υπόλοιπες χώρες εφαρμόζονται σχέδια που περιλαμβάνουν εξέταση για φυματίωση, οροθετικότητα στον ιό HIV, γενική κλινική και ψυχολογική εξέταση. Στην Ελλάδα το πρωτόκολλο για τον ιατρικό έλεγχο εφαρμόζεται μόνο κατά τη διαδικασία αίτησης των αιτούντων άσυλο για άδεια εργασίας (Καψάλης, 2003).

Όσον αφορά την χορήγηση φαρμάκων, δικαιούνται μόνο συγκεκριμένες περιπτώσεις. Δικαιούχοι είναι οι ασθενείς που έχουν ήδη νοσηλευτεί στο νοσοκομείο, οι ασθενείς με

βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας, άρα μόνο Έλληνες πολίτες και ομογενείς και οι πολιτικοί πρόσφυγες (Λινού, 2009).

Εν κατακλείδι, σε σχεδόν όλες τις περιπτώσεις οι διακρίσεις όσον αφορά τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών και των αλλοδαπών παραμένουν ισχυρές, ενώ ειδικά οι παράνομοι αποκλείονται από κάθε είδους υπηρεσίες και παροχές. Συγκεκριμένα ακόμη και στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης, όπου ισχύουν οι αρχές της εδαφικότητας και καθολικότητας, υφίστανται αρκετές περιπτώσεις όπου ακόμη και οι νόμιμοι αλλοδαποί εξαιρούνται του δικαιώματος. Ο μεταναστευτικός νόμος του 2001 (Ν.2910/2001) χορήγησε επίσημα ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων σε ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία (Καψάλης, 2003).

Ο ασφαλιστικός φορέας που καλύπτει τους περισσότερους μετανάστες «με έγγραφα» είναι το ΙΚΑ. Οι παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος και τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειά του είναι ίδια με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων, δηλαδή αφορά ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας, σύνταξη και λοιπές παροχές. Δεν ασφαλίζονται αλλοδαποί στο ΙΚΑ που εργάζονται σε εταιρείες ξένων κεφαλαίων, ενώ έμμεσος αποκλεισμός υφίστανται και από τα ειδικά ταμεία (Δημοσίου, ταμείο νομικών κ.ά.) των επαγγελματιών για την άσκηση των οποίων απαιτείται η κατοχή της ελληνικής ιθαγένειας. Η περίπτωση της ασφάλισης των παράνομων μεταναστών είναι πιο πολύπλοκη, καθώς υποχρεώνονται σε κρατήσεις, αλλά δεν δικαιούνται οποιαδήποτε ασφαλιστική αντιπαροχή (Ψημμένος, 2008).

Επιπρόσθετα, πρέπει να σημειωθεί ότι οι μετανάστες δεν έρχονται στην Ευρώπη κατά κύριο λόγο για να θεραπευθούν. Πολλοί ανακαλύπτουν ότι είναι ασθενείς μετά την άφιξή τους ή ασθενούν κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδρομής, η οποία, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, διαρκεί αρκετό καιρό και λαμβάνει χώρα υπό άθλιες συνθήκες. Συνεπώς, θα πρέπει να απορριφθεί ένα πιθανό επιχείρημα ότι παρέχοντας ευρύτερη πρόσβαση σε μετανάστες θα αυξηθεί ο αριθμός τους διότι θα έρχονται στην Ελλάδα για αυτό το σκοπό (Ψημμένος, 2008).

Εντούτοις λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη έκταση της άτυπης εργασίας, πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται κοινωνικής ασφάλισης και επομένως δωρεάν πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας παρακωλύεται από μη πολύμηνες καθυστερήσεις που παρατηρούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής (Ψημμένος, 2008).



#### 5.4 Η προσβασιμότητα των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας

Η πρόσβαση των μεταναστών στο ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξης τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και τη ζωή.

Η κατάσταση στην Ελλάδα περιγράφεται με μελανά χρώματα, καθώς οι μετανάστες δικαιούνται θεωρητικά πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, ενώ στην πραγματικότητα δεν έχουν όλοι ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγείας. Δεδομένου του σημαντικού αριθμού μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής που βρίσκονται στην Ελλάδα και της ολοένα και αυξανόμενης έλευσης νέων, το ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για δύο λόγους: α) η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ίδια την επιβίωση του ατόμου και β) μακροπρόθεσμα αλλά και μεσοπρόθεσμα τίθενται ζητήματα δημόσιας υγείας (Λινού, 2009).

Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού μεταναστών που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα και θέλοντας να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης, με γνώμονα το Σύνταγμα της Ελλάδας, αναφέρει ότι *«Όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση λόγω εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων»* (Καυάλης, 2005).

Στην Ελλάδα, ένα μεγάλο τμήμα του μεταναστευτικού πληθυσμού, οι μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα», στερείται της ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον τότε οι αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας δεν θα γίνονται δεκτοί και θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες. Σε πολλές περιπτώσεις μετανάστες φοβούνται να εισέλθουν στο νοσοκομείο μήπως η διοίκηση του νοσοκομείου ειδοποιήσει την αστυνομία για τη σύλληψη τους, με αποτέλεσμα πολλοί μετανάστες να επιλέγουν να θεραπεύονται στον προσωπικό τους χώρο (Κοσμίδης, 2010).

Εκτιμάται ότι μια τέτοια πολιτική θα αποθαρρύνει τους μετανάστες χωρίς χαρτιά από το να ζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα λόγω φόβου ότι οι γιατροί θα τους αποκρούσουν ή θα τους καταδώσουν στην αστυνομία. Όσοι είναι άρρωστοι θα αγνοήσουν τα συμπτώματα μέχρι να είναι πολύ αργά, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για την δημόσια υγεία. Πολλές είναι οι περιπτώσεις των άτυπων μετανα-

στών που δεν καταφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω φόβου, επιφυλακτικότητας και ανασφάλειας, παρά μόνο όταν η κατάσταση της υγείας τους χειροτερεύει, οπότε και το κόστος περίθαλψης είναι τελικά υψηλότερο (Κοσμίδης, 2010).

Οι ανασφάλιστοι μετανάστες καλούνται να προπληρώσουν έως και 50% του συνολικού κόστους νοσηλείας, κάτι για το οποίο οι περισσότεροι μετανάστες αδυνατούν λόγω της οικονομικής θέσης στην οποία βρίσκονται με αποτέλεσμα από ότι φαίνεται αυτό να αποτρέπει το συγκεκριμένο πληθυσμό να εισαχθεί σε νοσοκομεία. Μια άλλη πτυχή και αποτύπωση του προβλήματος της οικονομικής πρόσβασης είναι το γεγονός ότι συχνά κάποιοι άνθρωποι προκειμένου να συγκεντρώσουν τα χρήματα για να καλύψουν με δικά τους έξοδα το αντίτιμο της φροντίδας εξωθούνται ως αποτέλεσμα το χρέος. Αυτό το φαινόμενο έχει αποδοθεί με τον όρο ιατρική παγίδα που οδηγεί στην φτώχεια (medical poverty trap) – δηλαδή, πτώχευση η οποία προκαλείται από την αποπληρωμή των εξόδων της ιατρικής φροντίδας (Ψημμένος, 2008).

Η πρόσβαση των μεταναστών σε δημόσια νοσοκομεία πολλές φορές σημαίνει ότι θα πρέπει να χάσουν κάποιο μεροκάματο, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να πηγαίνουν στο νοσοκομείο, ενώ πολλοί μετανάστες αδυνατούν να καταφθάσουν στο νοσοκομείο γιατί, είτε δεν γνωρίζουν, είτε δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να μεταφερθούν στον νοσοκομειακό χώρο, λόγω της γεωγραφικής θέσης του νοσοκομείου. Πρόβλημα αντιμετωπίζουν, επίσης, όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή χρειάζεται να κάνουν κάποια επέμβαση ή δαπανηρή θεραπεία δεδομένης και της κατά κανόνα δυσχερούς οικονομικής τους θέσης. Σε αυτήν την περίπτωση, την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες δυσχεραίνουν τα χαμηλά εισοδήματα των μεταναστών καθώς και το καθεστώς εργασίας πολλών μεταναστών στη «άτυπη» οικονομία που έχει ως συνέπεια να παραμένουν ανασφάλιστοι (Λίνου, 2009).

Η έλλειψη ασφάλισης δημιουργεί τεράστια προβλήματα προσβασιμότητας, αλλά ακόμη και στην περίπτωση που κάποιος μετανάστης έχει ασφάλιση η πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι ιδιαίτερα εύκολη, διότι έχει να αντιμετωπίσει διακρίσεις, προβλήματα επικοινωνίας και προβλήματα κυρίως διοικητικής ή διαχειριστικής φύσης καθώς και προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τα ωράρια εργασίας (Ψημμένος, 2008).

Για τους αλλοδαπούς νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα, η εγκύκλιος προβλέπει ότι για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτείται βιβλιόριο υγείας. Δυστυχώς, η καθυστέρηση που σημειώνεται από την ημερομηνία κατάθεσης των δικαιολογητικών για την ανανέωση των αδειών εργασίας και παραμονής μέχρι την

τελική τους έκδοση έχει ανυπολόγιστες συνέπειες και στο τομέα της πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Λινού, 2009).

Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο στην προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας είναι η ελλιπής έως και καθόλου ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα των αλλοδαπών. Οι καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανεώσεων αδειών παραμονής ή την έκδοση των ειδικών δελτίων των αιτούντων άσυλο αλλοδαπών, έχουν ως συνέπεια την παρεμπόδιση της πρόσβασης πολλών μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Την πρόσβαση στο σύστημα υγείας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές, οι ελλείψεις εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνογνωσίας και εξειδικευμένων δομών.

Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι αιτούντες ασύλου κατά την επαφή τους με το κράτος, αποτελεί γεγονός ότι τα βασικά τους δικαιώματα προστατεύονται από την εγχώρια νομοθεσία και το διεθνές δίκαιο. Εν αντιθέσει, η αντιμετώπιση των άτυπων μεταναστών εξακολουθεί να επαφίεται εν πολλοίς στο κράτος στο οποίο διαμένουν. Υπό αυτή την έννοια, οι άτυποι μετανάστες παραμένουν λιγότερο ορατοί, και άρα περισσότερο ευάλωτοι σε κάθε είδους εκμετάλλευση και κακομεταχείριση, ενώ το κλίμα των ημερών, που θέλει τους μετανάστες, και πολύ περισσότερο τους άτυπους, να στοχοποιούνται με αφορμή την οικονομική κρίση, επιδεινώνει τη θέση τους (Βλαχάδη, 2009).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες είναι η πολιτισμική πρόσβαση. Δηλαδή, γλωσσικά εμπόδια, αντικειμενική δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό, καθώς και ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας. Η παντελής απουσία διερμηνέων στα δημόσια νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να παρέχεται σε αλλοδαπούς.

Πέρα, από τα γλωσσικά εμπόδια, ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο που παρατηρείται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών αλλοδαπών, είναι το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά αδυνατούν να κατανοήσουν και να αντιληφθούν τις καθημερινές δυσκολίες αυτών που βιώνουν κακουχίες. Αυτό σημαίνει ότι ενδέχεται να υπάρχει ανομοιομορφία στην επιμέλεια που δίνεται σε ασθενείς με μειονεκτικό υπόβαθρο και αυτό να οδηγεί σε διαφορές στο σεβασμό και στην ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς-μετανάστες. Παράλληλα, η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού και δομών δεν διευκολύνει το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των αλλοδαπών (Mathieson, 2008).

Οι μετανάστες και ιδιαίτερα οι πρόσφυγες είναι ευάλωτες ομάδες λόγω των τραυματικών εμπειριών πριν και κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους και στη συνέχεια λόγω της βίαιης προσαρμογής τους σε ένα νέο περιβάλλον. Έρχονται αντιμέτωποι με την κοινωνική απαξίωση, τη φτώχεια, την ανασφάλεια, τον φόβο, ρατσιστικές συμπεριφορές από την κοινωνία, ενώ και οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών μπορεί να περιορίσουν την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί πως και γυναίκες μετανάστριες χωρίς χαρτιά οι οποίες είναι για παράδειγμα σε ενδιαφέρουσα ή έχουν γυναικολογικά προβλήματα, που λόγω κουλτούρας και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων, δεν επιθυμούν να εξεταστούν από άνδρα γυναικολόγο ή φοβούνται μήπως συλληφθούν οι ίδιες ή ο σύζυγός τους από τις αρχές (Ψημμένος, 2008).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν εμπόδια που περιορίζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν τυπικά δικαιούνται την πρόσβαση. Από την άλλη μεριά υπάρχουν περιπτώσεις όπου η προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνεται παρόλο που τυπικά διαπιστώνεται άρνηση στην πρόσβαση. Μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» εξυπηρετούνται από τις δομές του Εθνικού συστήματος υγείας, καθώς οι λειτουργοί υγείας αγνοούν το γράμμα του νόμου διευκολύνοντας την πρόσβαση των άτυπων μεταναστών στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για τους μετανάστες «χωρίς χαρτιά» η κοινή στρατηγική είναι τα επείγοντα, αφού σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ανεπίσημους μετανάστες στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο αν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους (Ψημμένος, 2008)

Βέβαια, η χρήση των επειγόντων περιστατικών δεν προσφέρει τη δυνατότητα παρακολούθησης των περιστατικών και δεν επιλύει το ζήτημα της φαρμακευτικής κάλυψης ασθενών που αδυνατούν οικονομικά να αντεπεξέλθουν στο κόστος (Patricia, 2011).

Σημαντικός είναι ο ρόλος υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων αλλά και μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) που παρέχουν δωρεάν πρωτοβάθμια υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη σε μετανάστες που δεν έχουν πρόσβαση στο ελληνικό σύστημα υγείας. Διευκολύνουν την πρόσβαση των εξυπηρετούμενων μεταναστών στα Νοσοκομεία για εξειδικευμένες εξετάσεις ή νοσηλείας. Στην Ελλάδα κάποιες από τις υπηρεσίες που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες είναι: «οι Γιατροί του Κόσμου», η «PRAKSIS», το «Ελληνικό Συμβούλιο για μη Πρόσφυγες», ο «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός», οι «Γιατροί χωρίς σύνορα» (Κοσμίδης, 2010).

Εν κατακλείδι, η πραγματικότητα για τους αλλοδαπούς δίχως άδεια παραμονής και εργασίας είναι διαφοροποιημένη. Τα άτομα αυτά βρισκόμενα στο περιθώριο δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας, καθώς οι παράνομοι μετανάστες, σύμφωνα με απόψεις και πεποιθήσεις πολλών αποτελούν τον κίνδυνο για την διατήρηση της δομής και της ισορροπίας της κοινωνίας. Ορισμένα από αυτά τα άτομα που επιθυμούν να αξιοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν εξαιτίας γεωγραφικών, κοινωνικών και οικονομικών εμποδίων. Στην περίπτωση αυτή, ένας ρεαλιστικός στόχος για την επιτυχή ισότητα στην υγεία θα περιλάμβανε τον αγώνα για ίση χρήση υπηρεσιών υγείας για όμοιες ανάγκες (equal use for equal need) (Κοσμίδης, 2010).

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί πως αν και τα παραπάνω προβλήματα ισχύουν, η πλειονότητα των μεταναστών όταν έρχεται σε επαφή με τα νοσοκομειακά ιδρύματα δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει διακρίσεις λόγω εθνότητας, φύλου ή εργασίας (Ψημμένος, 2008). Κρίνεται απαραίτητη η προσπάθεια καταγραφής και ανάλυσης ενός τόσο σημαντικού θέματος, που είναι η πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας των ευάλωτων ομάδων των μεταναστών χωρίς έγγραφα και των αιτούντων άσυλο, καθώς και της διαφώτισης των εμπλεκόμενων και του ευρύτερου κοινού για τη σημασία και τις επιπλοκές του θέματος αυτού. Η προστασία, δε, της υγείας των άτυπων μεταναστών είναι ένα από τα θέματα που βρίσκονται στον πυρήνα της δημόσιας συζήτησης για τη διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων των προσώπων αυτών (Καψάλης, 2003).

Έχει διαπιστωθεί ότι ο φόβος της δίωξης, το οικονομικό κόστος, η άγνοια των δικαιωμάτων και οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές αποτελούν σημαντικό ανασχετικό παράγοντα στην πραγματική, έγκαιρη και αποτελεσματική πρόσβαση της ευάλωτης αυτής ομάδας του πληθυσμού στις υπηρεσίες της υγείας. Έχει, ακόμα, αποδειχθεί ότι η αναγκαιότητα άρσης των εμποδίων στην πρόσβαση των μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν έγκειται μόνο στην προστασία της υγείας των ίδιων των μεταναστών, αλλά και στην αντιμετώπιση της πρόκλησης που δημιουργείται στη δημόσια υγεία της χώρας υποδοχής. Με δεδομένο το μεγάλο και εν πολλοίς ακαθόριστο αριθμό των άτυπων μεταναστών που διαμένουν στον ελλαδικό χώρο, το συγκεκριμένο ζήτημα αποκτά ιδιαίτερη σημασία (Κοσμίδης, 2010).

## 5.5 Ανάγκες υγείας μεταναστών-προσφύγων

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες βιώνουν τόσο τυπικά όσο και άτυπα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Τα τυπικά εμπόδια περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, νομικά πλαίσια και πολιτικές που αρνούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες και η ανεπαρκής χρήση των υπηρεσιών διερμηνείας. Τα άτυπα εμπόδια περιλαμβάνουν χαμηλό επίπεδο υγειονομικού αλφαριθμητισμού μεταξύ ορισμένων προσφυγικών και μεταναστευτικών πληθυσμών, το χαμηλό επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας μεταξύ παρόχων υγείας, το στίγμα και διαφορές στη γλώσσα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες σε διάφορες χώρες. Οι ρυθμιστικές πολιτικές που ακολουθούνται και τα εθνικά νομικά πλαίσια που εφαρμόζονται μπορούν να αποκλείουν ορισμένους μεταναστευτικούς πληθυσμούς από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα προορισμού τους (WHO, 2017).

Σε ορισμένες χώρες, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες μπορεί να έχουν πρόσβαση μόνο σε επείγουσα περίθαλψη ή σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από φιλανθρωπικές οργανώσεις και διεθνείς οργανισμούς. Περαιτέρω, πολιτικές που αρνούνται την πρόσβαση σε φιλικές προς τους μετανάστες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες μπορεί να έχουν επίσης αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των προσφύγων και των μεταναστών. Στη μελέτη των Juarez et al. (2019) διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 46 άρθρων και υπογραμμίστηκε ο αντίκτυπος των μη στοχευμένων δημόσιων πολιτικών στην υγεία των μεταναστών σε χώρες υψηλού εισοδήματος.

Η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι οι πολιτικές εισόδου των μεταναστών, όπως η προσωρινή προστασία, η κράτηση και η υποδοχή σε περιορισμένο άσυλο οδήγησαν σε αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μεταναστών που πλήττονται από αυτές τις πολιτικές. Ανισότητες στην υγεία μεταξύ των γηγενών πολιτών και των μεταναστών που επηρεάζονται από τις πολιτικές εντοπίστηκαν επίσης, με τους τελευταίους με χειρότερη αυτοαξιολόγηση της υγείας τους και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Ρυθμίσεις με αυστηρές απαιτήσεις τεκμηρίωσης οδήγησαν επίσης σε κακή ψυχική υγεία για τους μετανάστες, ενώ οι ρυθμίσεις με περισσότερες γενναιόδωρες πολιτικές τεκμηρίωσης έδειξαν θετικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μεταναστών (Juarez et al., 2019).

Οι υπηρεσίες διερμηνείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στις διαβουλεύσεις με διαφορετικές γλώσσες. Οι ασθενείς που έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες διερμηνείας είναι πιθα-

νότερο να είναι ικανοποιημένοι και να έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας. Επιπλέον, οι ασθενείς είναι περισσότερο πιθανόν να λάβουν μια μόνιμη λύση για την κατάσταση όταν λαμβάνουν φροντίδα σε γλώσσα της προτίμησής τους. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών διερμηνείας είναι περιορισμένη σε ορισμένες χώρες, γεγονός που συνδέεται με την έλλειψη κυβερνητικών πολιτικών και επιδοτήσεων. Εκτός από την ανεπάρκεια διερμηνέων, οι μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν δυσκολίες επικοινωνίας κατά τη συνεργασία τους με διερμηνείς επειδή δεν έχουν εκπαιδευτεί για το πώς να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις υπηρεσίες διερμηνείας (Hadziabdic & Hjelm, 2013).

Καθώς υπάρχει ελλιπής πρόσβαση σε υπηρεσίες διερμηνείας, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να βασίζονται σε μέλη της οικογένειας ή σε δίγλωσσους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει προκλήσεις στην επικοινωνία και την ποιότητα της περίθαλψης. Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται πιο άνετα σε ορισμένες καταστάσεις με τα μέλη της οικογένειας να διευκολύνουν την επικοινωνία, αλλά αυτό ενέχει τον κίνδυνο λανθασμένης επικοινωνίας, ανάλογα με τις γλωσσικές δεξιότητες του ατόμου, και μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση του ασθενούς σε περιπτώσεις λανθασμένης διάγνωσης, λάθους και κακής φροντίδας (Hadziabdic & Hjelm, 2013).

Η εμπλοκή των δίγλωσσων εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι επίσης αμφισβητήσιμη δεδομένου ότι η διγλωσσία δεν ισοδυναμεί με αποτελεσματικές δεξιότητες διερμηνείας και μπορεί να μην είναι επαρκής για την ποιότητα και την ασφάλεια της περίθαλψης. Η χρήση αυτοματοποιημένων συστημάτων μετάφρασης είναι πιθανό να αυξηθεί στην στο μέλλον, αν και μια συστηματική ανασκόπηση στην Αυστραλία σημείωσε ότι η τρέχουσα τεχνητή νοημοσύνη είναι γενικά αναποτελεσματική κατά τη μετάφραση σύνθετων πληροφοριών, κάτι που συμβαίνει συχνά στον τομέα της υγείας και σε νομικά περιβάλλοντα (Hadziabdic & Hjelm, 2013).

Εκτός από την ανεπαρκή χρήση των υπηρεσιών διερμηνείας, οι πολιτιστικές και γλωσσικές διαφορές μπορούν επίσης να αποτελέσουν προκλήσεις στην επικοινωνία, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την πρόσβαση και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Πολυάριθμες μελέτες έχουν τονίσει πως οι γλωσσικές και οι πολιτισμικές διαφορές μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδια στην παροχή φροντίδας σε πληθυσμούς προσφύγων και μεταναστών.

Μια συστηματική ανασκόπηση του 2015 έδωσε ένα παράδειγμα γυναικών νοσηλευτριών που αντιλαμβάνονται έλλειψη σεβασμού από ορισμένους ασθενείς από μεταναστευτικό υπόβαθρο, τονίζοντας πώς πατριαρχικές νόρμες και άλλες πολιτισμικές πεποιθήσεις μπορεί να δημιουργήσουν δυσκολίες στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των παρόχων και των ασθενών (Suphanchaimat et al., 2015).

Περαιτέρω, η έλλειψη ποικιλομορφίας στο εθνοτικό υπόβαθρο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί ένα ακόμη εμπόδιο στην παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας. Όπως συζητήθηκε παραπάνω, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αντιμετωπίζουν μια σειρά εμποδίων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε χώρες υποδοχής, και οι αλληλεπιδράσεις τους με επαγγελματίες υγείας ειδικότερα επηρεάζουν σημαντικά τις μελλοντικές συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας (Magrio & Forss, 2017).

Στη μελέτη των Magrio & Forss (2017) έγινε ανασκόπηση 26 μελετών (κυρίως από Αυστραλία, τον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής), όπου αναγνωρίστηκε η ανάγκη για πολιτισμικά κατάλληλες βελτιώσεις της υγειονομικής περίθαλψης, με ένα ποσοστό των προσφύγων να αναφέρει εμπειρίες διακρίσεων από επαγγελματίες υγείας λόγω της φυλής τους, της προφοράς ή τη χαμηλή γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής.

Η επικοινωνία αναγνωρίζεται ως ιδιαίτερα κρίσιμη για την παροχή αποτελεσματικής και πολιτισμικά ανταποκρινόμενης φροντίδας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Υπάρχει μια πληθώρα ερευνών σχετικά με την εμπόδια επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς που προέρχονται από μετανάστες.

Εκτός από την επικοινωνία, η συνέχεια της φροντίδας μπορεί να είναι πρόκληση για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες λόγω του χαμηλού υγειονομικού αλφαριθμητισμού και της υψηλής κινητικότητας αυτών των πληθυσμών. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνέχεια της περίθαλψης περιλαμβάνουν τη διαθεσιμότητα πληροφοριών και της εκπαίδευσης σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής, η συνεργασία των διαφόρων ιδρυμάτων για την υποστήριξη ανταλλαγής πληροφοριών και την ευκολία στην πρόσβαση στις εγκαταστάσεις υγείας (Magrio & Forss, 2017).

Ειδικότερα, η γνώση του συστήματος υγείας της χώρας υποδοχής θεωρείται κρίσιμη για τη διευκόλυνση της συνέχειας της περίθαλψης, καθώς σε αντίθετη περίπτωση οι ασθενείς είναι πιθανότερο να προσέλθουν απευθείας στο τμήμα Επειγόντων περιστατικών λόγω έλλειψης εξοικείωσης με το ρόλο των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη χώρα υποδοχής. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην



εκπαίδευση των προσφύγων και των μεταναστών σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής, αυξάνοντας έτσι τον υγειονομικό τους αλφαριθμητισμό και την εμπλοκή τους με τις υπηρεσίες υγείας.

Τα παιδιά αποτελούν σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού των προσφύγων και των μεταναστών παγκοσμίως. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες, στο τέλος του 2019 παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών αντιπροσώπευαν έναν αριθμό 30 εκατομμυρίων και 34 εκατομμυρίων (38-43%) των βίβια εκτοπισμένων ατόμων παγκοσμίως. Τα παιδιά θεωρούνται πιο ευάλωτα σε ορισμένες ασθένειες, ιδίως ελλείπει επαρκούς διατροφής και φροντίδας. Τα παιδιά μεταναστών έχουν αποδειχθεί ότι έχουν χειρότερα αποτελέσματα στην υγεία τους σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένων των μολυσματικών ασθενειών, χρόνιων ασθενειών και ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με τα παιδιά των γηγενών πολιτών σε χώρες υποδοχής υψηλού εισοδήματος (WHO, 2022).

Τα παιδιά προσφύγων και μεταναστών, ωστόσο, δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα. Επομένως, οι ανάγκες και τα αποτελέσματα της υγείας τους ποικίλλουν σημαντικά με βάση ένα πλήθος από παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της χώρας καταγωγής, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, τη μετανάστευση και τις εμπειρίες αναζήτησης ασύλου, και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα υποδοχής τους. Μια περιφερειακή έκθεση του ΠΟΥ διαπίστωσε μεγαλύτερες διαφορές στην υγεία μεταξύ των παιδιών από διαφορετικές μεταναστευτικές ομάδες σε σύγκριση με την υγεία των παιδιών των χωρών υποδοχής στην ΠΟΥ Ευρωπαϊκής Περιφέρειας (WHO, 2022).

Συνολικά, οι πρόσφυγες και τα παιδιά που ζητούν άσυλο αναφέρθηκε ότι έχουν χειρότερα αποτελέσματα στην υγεία τους από άλλα παιδιά μεταναστών, ιδίως αν είναι ασυνόδευτα. Αυτό είναι συχνά αποτέλεσμα των συνθηκών υπό τις οποίες εγκατέλειψαν τις χώρες καταγωγής τους, όπως τα δυσμενή ταξίδια για να φθάσουν στις χώρες προορισμού, συμπεριλαμβανομένων του συνωστισμού και των ανθυγιεινών συνθηκών, των περιορισμένων διατροφικών επιλογών και τις περιοριστικές διαδικασίες αναζήτησης ασύλου (WHO, 2022).

Γενικά, τα παιδιά πρόσφυγες και μετανάστες αναφέρεται ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά μολυσματικών ασθενειών, όπως η γρίπη, ηπατίτιδα Β και C, φυματίωση και εντερικές και δερματικές λοιμώξεις. Μπορεί επίσης να έχουν υψηλό επιπολασμό αναιμίας, αιμοσφαιρινοπαθειών, ανεπάρκεια βιταμίνης D και διατροφικά προβλήματα που κυμαίνονται από σπατάλη και καχεξία έως την παχυσαρκία. Υψηλότερα ποσοστά μεταδοτικών ασθενειών είναι συχνά αποτέλεσμα της έλλειψης διαθεσιμότητας ή μη προσβασιμότητας

σε προγράμματα εμβολιασμού λόγω των διαταραχών στις χώρες καταγωγής τους ή κατά τη διάρκεια των μεταναστευτικών τους ταξιδιών. Τα οδοντιατρικά προβλήματα είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά πρόσφυγες και μετανάστες.

Παρά τον υψηλότερο επιπολασμό πολλών σοβαρών ασθενειών και ζητημάτων υγείας, τα παιδιά πρόσφυγες και μετανάστες είναι λιγότερο πιθανόν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες υποδοχής από ό,τι τα γηγενή παιδιά.

Η χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης και άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας μπορούν επίσης να είναι χαμηλότερες λόγω των γλωσσικών και των πολιτιστικών εμποδίων. Είναι, ωστόσο, πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τα επείγοντα και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες σε σχέση με τους τοπικούς πληθυσμούς, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχουν καθυστερήσεις στην αναζήτηση φροντίδας.

Η ψυχική υγεία είναι μία από τις πιο μελετημένες πτυχές της υγείας των προσφύγων και των παιδιών μεταναστών. Τα παιδιά πρόσφυγες και τα παιδιά που ζητούν άσυλο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν καταστάσεις ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες (Curtis et al., 2018).

Οι εμπειρίες ή η έκθεση στη βία είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στα άσχημα ψυχικά αποτελέσματα της ψυχικής υγείας. Ασυνόδευτα προσφυγόπουλα αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα, καθώς είναι πιο πιθανό να βιώσουν τραυματικά γεγονότα και στρεσογόνες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα εκμετάλλευση ή κακοποίηση, που μπορεί να έχουν πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία και ευημερία. Είναι επίσης πιο πιθανό να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς (Fazel et al., 2012).

Υπάρχει έρευνες που δείχνουν ότι τα παιδιά των προσφύγων που είχαν βιώσει τραυματικά γεγονότα είναι επίσης πιθανό να έχουν υψηλότερα ποσοστά μετατραυματικού στρες και κατάθλιψη. Πρόσφυγες γονείς ή φροντιστές που αντιμετωπίζουν διαφορετικούς στρεσογόνους παράγοντες ή παλεύουν με καταστάσεις ψυχικής υγείας μπορεί να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να παρέχουν μια αίσθηση ασφάλειας και υποστήριξης στα παιδιά τους και να συμμετάσχουν σε θετική φροντίδα και γονικές πρακτικές (Fazel et al., 2012).

Η σεξουαλική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να απολαμβάνουν μια ασφαλή και ικανοποιητική σεξουαλική ζωή, η οποία υποστηρίζεται από σωματική, ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία σε σχέση με τη σεξουαλικότητα (WHO, 2017).

Η σεξουαλική υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις γυναίκες πρόσφυγες και τις μετανάστριες λόγω των κινδύνων βίας λόγω φύλου, σεξουαλικής εμπορίας και σεξουαλικής βίας σε ζώνες συγκρούσεων και προσφυγικούς καταυλισμούς, καθώς και λόγω της περιορισμένης πρόσβασης στην εκπαίδευση για τη σεξουαλική υγεία, την αντισύλληψη και τη σεξουαλική υγεία (ASID, 2017).

Η σεξουαλική υγεία μπορεί να είναι ένα ευαίσθητο θέμα συζήτησης για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, και αυτή η συζήτηση μπορεί να περιπλέκεται περαιτέρω από τα χαμηλά επίπεδα υγειονομικού αλφαριθμητισμού και περιορισμένη γνώση της γλώσσας.

Τα άτομα που προέρχονται από προσφυγικό υπόβαθρο μπορεί επίσης να είναι απρόθυμα να αποκαλύψουν εμπειρίες σεξουαλικής επίθεσης ή βίας με βάση το φύλο όταν συζητούν το σεξουαλικό τους ιστορικό με παρόχους υπηρεσιών, ιδίως αν μέλη της οικογένειας ή φίλοι είναι παρόντα. Επίσης, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η φυλετική προτίμηση για τους διερμηνείς και η ύπαρξη μελών της οικογένειας στις συζητήσεις αυτές (ASID, 2017).

Ο έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι απαραίτητος για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, ιδίως για τις γυναίκες που έχουν έρθει από περιβάλλον με υψηλό κίνδυνο σεξουαλικής βίας. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εάν δεν εντοπιστούν, μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου και τη μελλοντική γονιμότητα και μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω μετάδοση στην κοινότητα.

Οι μεταδοτικές ασθένειες αποτελούν σοβαρή, δυνητικά απειλητική κατάσταση για τη ζωή για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Η διαδικασία της μετανάστευσης μπορεί να εκθέσει τα άτομα σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από μολυσματικές ασθένειες, όπως αναπνευστικές ασθένειες, HIV και φυματίωση, ως αποτέλεσμα του πιθανού συνωστισμού, των κακών συνθηκών διαβίωσης και των ανεπαρκών υπηρεσιών υγιεινής (ASID, 2017).

Επιπλέον, η οριζόντια παιδική εξάπλωση της ηπατίτιδας Β είναι ο πιο συνηθής τρόπος μετάδοσής της. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί ενήλικες μετανάστες με χρόνια ηπατίτιδα Β την είχαν από την παιδική ηλικία και διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνια ηπατική

νόσο και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που βιώνουν οι πρόσφυγες και μετανάστες, όπως η φτώχεια, ο αποχωρισμός από την οικογένεια, οι συνθήκες εκμετάλλευσης στην εργασία και το άγχος, μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε επικίνδυνες συμπεριφορές που συνδέονται ιδιαίτερα με τον ιό HIV (Suphanchaimat et al., 2014).

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες από χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όπου HIV/AIDS είναι διαδεδομένο, μπορεί να είναι περισσότερο πιθανόν να έχουν προσβληθεί από τον ιό είτε στη χώρα καταγωγής τους είτε κατά τη μετανάστευση στη χώρα υποδοχής (Suphanchaimat et al., 2014). Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες θεωρούνται πληθυσμός υψηλού κινδύνου για τον HIV και αντιπροσωπεύουν το 40% των νέων διαγνωσμένων περιπτώσεων λοίμωξης από τον HIV στην Ευρώπη (Pottie et al., 2018).

Έφηβες γυναίκες και νεαρά κορίτσια ειδικότερα έχουν έχει διαπιστωθεί ότι είναι πιο ευάλωτες σε προβλήματα που σχετίζονται με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, συμπεριλαμβανομένου του HIV/AIDS, ως αποτέλεσμα της αναγκαστικής μετανάστευσης. Μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η αλλαγή των κοινοτικών προτύπων και του τρόπου ζωής κατά την μετανάστευση μπορεί να αυξήσει την παρουσία παραγόντων κινδύνου για τη μόλυνση από τον HIV, όπως πιο τακτικές σεξουαλικές σχέσεις ή μεγαλύτερος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων και η αυξημένη χρήση ναρκωτικών και κατανάλωσης αλκοόλ (Suphanchaimat et al., 2014).

Ορισμένα από τα πιο σημαντικά εμπόδια για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας για τον HIV/AIDS ήταν η ανεπάρκεια των διαθέσιμων υπηρεσιών, η μη προσβασιμότητα των προσφύγων και των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας λόγω του νομικού καθεστώτος ή του είδους του επαγγέλματος, οι διακρίσεις και ο στιγματισμός, γλωσσικές διαφορές και οικονομικές δυσκολίες (Suphanchaimat et al., 2014).

Το κοινωνικό και πολιτισμικό στίγμα γύρω από HIV/AIDS αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στις εξετάσεις και τη θεραπεία των προσφύγων και των μεταναστών στις χώρες υποδοχής τους. Ένα άλλο κρίσιμο εμπόδιο για την αποτελεσματική διάγνωση και τη θεραπεία του HIV/AIDS στους προσφυγικούς και μεταναστευτικούς πληθυσμούς είναι η έλλειψη εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού και η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού σχετικά με τις εξετάσεις για HIV/AIDS και τη διαθέσιμη θεραπεία (Pottie et al., 2018).

Η έγκαιρη διάγνωση του HIV είναι ζωτικής σημασίας για την άμεση παροχή θεραπείας και για την πρόληψη περαιτέρω μετάδοσης μέσω τροποποίησης της συμπεριφοράς. Οι συνέπειες της καθυστερημένης διάγνωσης μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή. Η

επιτυχής διαχείριση του HIV/AIDS και άλλων μεταδοτικών ασθενειών απαιτεί ολιστική προσέγγιση στην αυστηρή τήρησης της θεραπείας (Pottie et al., 2018).

Προσεγγίσεις για τον έλεγχο και τη δοκιμασία για τον HIV πρέπει να αντιμετωπίζουν το στίγμα και το φόβο που το περιβάλλει. Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι εθελοντικές ταχείες εξετάσεις για άτομα που διατρέχουν κίνδυνο σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς μπορεί να αυξήσει το ποσοστό των εξετάσεων και να υποστηρίξει την έγκαιρη διαγνώσεις και έγκαιρη θεραπεία, η οποία μπορεί να μειώσει τη νοσηρότητα. Επιπλέον οι πρόσφυγες και οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί ήταν πιο πιθανό να εξεταστούν για τον ιό HIV εάν η θεραπεία είναι διαθέσιμη, η εξέταση απαιτείται για το γάμο ή για νομικούς λόγους, η εμπιστευτικότητα των αποτελεσμάτων διασφαλίζεται και τα δίκτυα υποστήριξης είναι διαθέσιμα (Pottie et al., 2018).

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. και τα ποσοστά της χρόνιας ηπατίτιδας Β και του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος αυξάνονται στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη, αντανακλώντας τη διεθνή μετανάστευση από χώρες με υψηλό ή ενδιάμεσο επιπολασμό. Σε αντίθεση με τον HIV, οι περισσότερες χώρες υποδοχής δεν εφαρμόζουν συστηματικά έλεγχο για τη λοίμωξη από ηπατίτιδα Β. Οι περισσότερες χώρες με υψηλά αποθέματα πόρων είχαν εδώ και αρκετές δεκαετίες προγράμματα εμβολιασμού για την ηπατίτιδα Β στην παιδική ηλικία, αλλά αυτό δεν ισχύει για πολλές χώρες χαμηλού εισοδήματος. Οι υπηρεσίες υγείας για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες θα πρέπει να ελέγχουν κατά προτεραιότητα για λοίμωξη από ηπατίτιδα Β και να εξετάζουν το ενδεχόμενο εμβολιασμού για όσους δεν έχουν ανοσία (ASID, 2016).

Η φυματίωση και η εκτεταμένα ανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση αποτελούν αντικείμενο των εθνικών προγραμμάτων σε όλες τις χώρες μέλη του ΠΟΥ. Κοινές πολιτικές μεταξύ των χωρών υποδοχής σχετικά με τα προγράμματα ελέγχου πριν από τη μετανάστευση για τους μετανάστες μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση της ενεργού φυματίωσης σε μετανάστες από χώρες με υψηλή συχνότητα εμφάνισης (Pottie et al., 2018).

Άτομα από χώρες υψηλής συχνότητας εμφάνισης για τη φυματίωση είναι υποψήφιοι κατά προτεραιότητα για τον έλεγχο και τη θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ενεργής φυματίωσης είναι υψηλότερος στους 12-18 μήνες μετά την έκθεση, επομένως είναι δυνατόν η ενεργός φυματίωση να αναπτυχθεί μόνο μετά την άφιξή τους στη χώρα υποδοχής (ASID, 2016).

## 5.6 Παράνομοι μετανάστες και υπηρεσίες υγείας

Η πραγματική κατάσταση για τους αλλοδαπούς οι οποίοι δεν έχουν άδεια παραμονής και εργασίας και ασφάλιση, είναι διαφοροποιημένη. «Τα άτομα αυτά βρίσκονται στο περιθώριο και δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας, καθώς και οι παράνομοι μετανάστες, σύμφωνα με απόψεις και πεποιθήσεις πολλών αποτελούν κίνδυνο για την υγεία και την ευημερία του ντόπιου πληθυσμού» (Halliday, 2006).

Σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας οι δημόσιες υπηρεσίες της χώρας απαγορεύεται να χορηγούν περίθαλψη σε παράνομους μετανάστες. Για τους παράνομους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο εάν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. «Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον οι αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας δεν θα γίνονται δεκτοί (άρθρο 51, παρ. 1 του Νόμου 2910/2001), σύμφωνα με το οποίο οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να μην συναλλάσσονται με παράνομους μετανάστες πλην των νοσοκομείων, θεραπευτηρίων και κλινικών ή σε περίπτωση ανήλικων παιδιών) αλλά θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες».

Οι ανασφάλιστοι μετανάστες, σύμφωνα με τον νόμο, δεν δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, καθώς και η πλευρά του Υπουργείου Υγείας χαρακτηρίζει τους ανασφάλιστους αλλοδαπούς ως τη βασική αιτία της «μαύρης τρύπας» των νοσοκομείων της χώρας. Παρουσιάζεται ως λύση προκειμένου να προστεθούν τα συμφέροντά του Έλληνα φορολογούμενου, εις βάρος του οποίου νοσηλεύεται δωρεάν ένας μεγάλος αριθμός αλλοδαπών, παρότι δεν έχει αυτό το δικαίωμα. Η ανάγκη για περίθαλψη των παράνομων μεταναστών είχαν ως αποτέλεσμα την ίδρυση μη κυβερνητικών οργανώσεων με κύριο σκοπό την ιατρική φροντίδα των πληθυσμών αυτών, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας και συμβουλευτικής.

## 5.7 Ανακεφαλαίωση

Δεδομένου ότι τα κέντρα υποδοχής και κράτησης είναι υπερπλήρη, είναι σημαντικό να υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές και μέσα για την ακριβή αρχική αξιολόγηση και για την παροχή μεταφοράς προς την οριστική περίθαλψη των προσφύγων και άλλων με-

ταναστών. Για εξειδικευμένη ανθρωποκεντρική φροντίδα, ιδίως για τον γυναικείο πληθυσμό, είναι απαραίτητο να ενσωματωθούν στις ιατρικές ομάδες γυναίκες πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και διερμηνείς. Επιπρόσθετα, για την ενίσχυση των μηχανισμών παραπομπής, οι ΜΚΟ και οι ελληνικές υγειονομικές αρχές θα πρέπει να επικοινωνούν αποτελεσματικά, προκειμένου να διευκολυνθεί η μετάβαση της παροχής υπηρεσιών υγείας στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η καλά οργανωμένη ιατρική περίθαλψη, προσαρμοσμένη στις σύνθετες ανάγκες των πληθυσμών, θα πρέπει να είναι ευέλικτη και οικονομικά αποδοτική και να προστατεύει τις τοπικές δομές υγείας από την υπερφόρτωση των σημείων εισόδου. Μια τέτοια προσέγγιση είναι απαραίτητη για την προστασία της κοινωνικής συνοχής με την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων στις τοπικές δημόσιες υποδομές.

Από την άλλη πλευρά, η ελληνική υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει πολλές σοβαρές προκλήσεις. Η ικανότητα παροχής αποτελεσματικής διαχείρισης, επαρκών οικονομικών πόρων και ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί προαπαιτούμενο. Η Ελλάδα εξακολουθεί να επωμίζεται το βάρος της οικονομικής κρίσης. Η οικονομική ύφεση οδήγησε σε σημαντικές ελλείψεις σε βασικό ιατρικό εξοπλισμό και σε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας λόγω οικονομικών περιορισμών. Για το λόγο αυτό, τα πλούσια κράτη θα πρέπει επίσης να πιέσουν για μέτρα που θα βοηθήσουν τις οικονομικά προβληματικές χώρες της νότιας Ευρώπης να αντιμετωπίσουν τους πρόσφυγες που οι άνθρωποι στο βορρά δεν είναι διατεθειμένοι να δεχτούν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

### 6.1 Εισαγωγή

Η προσφυγική κρίση οδήγησε σε αυξημένες μεταναστατευτικές ροές από την Ευρώπη και σε όλο τον κόσμο. Μέχρι το τέλος του 2016, ο αριθμός των βίαια εκτοπισμένων προσφύγων έφτασε το ρεκόρ των 65,6 εκατομμυρίων παγκοσμίως. Ο πληθυσμός αυτός περιλαμβάνει πρόσφυγες, 22,5 εκατομμύρια, άτομα που έχουν εκτοπιστεί στο εσωτερικό των χωρών τους, 40 εκατομμύρια και αιτούντες άσυλο, 3,1 εκατομμύρια (UNHCR, 2018). Με βάση τον σημερινό παγκόσμιο πληθυσμό των 7,4 δισεκατομμυρίων, αυτό σημαίνει ότι ένας στους 113 ανθρώπους είναι είτε πρόσφυγας, είτε εσωτερικά εκτοπισμένος, είτε αιτών άσυλο (UNHCR, 2016).

Κατά τη διετία 2015-2016, 2,68 εκατομμύρια πρόσφυγες έφτασαν στην Ευρώπη μέσω ενός συνδυασμού χερσαίων και θαλάσσιων οδών. Επιπλέον, 1.014.973 και 231.075 άνθρωποι το 2015 και τους πρώτους έξι μήνες του 2016, αντίστοιχα, οι οποίοι αναζητούσαν μια καλύτερη και ασφαλέστερη ζωή στην Ευρώπη, διακινδύνευαν τη ζωή τους επιχειρώντας να διασχίσουν τη Μεσόγειο. Η πλειονότητα αυτών εισήλθε στην Ελλάδα (1.015.100) και οι υπόλοιποι έφθασαν στην Ιταλία (224.064) και την Ισπανία (6884) μόνο δια θαλάσσης. Το έτος 2016 ήταν το πιο θανατηφόρο για τις θαλάσσιες διελεύσεις, καθώς αναφέρθηκαν 5096 θανάτους (UNHCR, 2018).

Κατά το πρώτο εξάμηνο του 2017, περισσότεροι από 105.000 άνθρωποι έφτασαν στην Ευρώπη, ενώ πάνω από 2.700 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους κατά τον διάπλου της Μεσογείου, με ανεπιβεβαίωτες αναφορές για πολλούς άλλους που χάθηκαν καθ' οδόν. Η συνεχιζόμενη προσφυγική κρίση αποτελεί πρόκληση για πολλές χώρες που αντιμετωπίζουν τον μεγάλο αριθμό σημαντικών πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών διαστάσεων αυτής της ανθρωπιστικής κρίσης (UNHCR, 2018).

Η πίεση των μεταναστευτικών κυμάτων έγινε τόσο μεγάλη που η κατάσταση στην Ελλάδα περιγράφηκε από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες ως παρόμοια με ανθρωπιστική κρίση. Η άνευ προηγουμένου αύξηση του αριθμού των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών που εισήλθαν στη χώρα είχε σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες για τον τομέα της υγείας και δημιούργησε σημαντικές προκλήσεις για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Kotsiou et al., 2018).



## 6.2 Εμπόδια στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας

Σύμφωνα με το άρθρο 33 του Εθνικού Νόμου 4368/2016, οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι αιτούντες άσυλο και τα μέλη των οικογενειών τους, δικαιούνται δωρεάν την αναγκαία υγειονομική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν διοικητικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, τα οποία συνδέονται με την αδυναμία των αρχών να παράσχουν Αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ). Μετά από κοινή δήλωση 25 ΜΚΟ τον Αύγουστο του 2017, στις 13 Φεβρουαρίου 2018 εκδόθηκε εγκύκλιος για την αποσαφήνιση της διαδικασίας έκδοσης ΑΜΚΑ σε δικαιούχους διεθνούς προστασίας και αιτούντες άσυλο (Kotsiou et al., 2018).

Επιπλέον, η οικονομική κρίση είχε άμεσες επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια περίθαλψη υποφέρουν από μεγάλες ελλείψεις σε κρίσιμο εξοπλισμό και τεχνικά καταρτισμένο προσωπικό, ανάγκες υγείας και αναποτελεσματικό κεντρικό συντονισμό. Η συνεχιζόμενη προσφυγική κρίση δημιουργεί πρόσθετες απειλές για το ΕΣΥ. Τόσο οι γηγενείς όσο και οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Kotsiou et al., 2018).

Το ελληνικό ΕΣΥ επηρεάστηκε βαθιά από τη συνέργεια της οικονομικής και της προσφυγικής κρίσης, όπως αποτυπώθηκε στα νησιά του Αιγαίου. Χωρίς αμφιβολία, τα κέντρα υποδοχής στα ελληνικά νησιά, τα οποία ήταν ήδη υπερφορτωμένα από τις επιπτώσεις της μακροχρόνιας οικονομικής κρίσης, δέχτηκαν μεγάλο αριθμό προσφύγων, χωρίς να είναι προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν αυτή την εισροή και να καλύψουν τις ανάγκες τόσο των ντόπιων όσο και των προσφύγων (Morgan, 2017).

Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι πρόσφυγες (έως και 80%) που παραπέμφθηκαν σε ψυχολόγο εγγράφονται σε συνεχή ψυχολογική φροντίδα και το 30% αυτών χρειάζονται ψυχιατρική υποστήριξη. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς στα νησιά περιμένουν τρεις έως έξι μήνες για ραντεβού με τον ψυχίατρο, ενώ, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς με σοβαρές ψυχικές ασθένειες κρατούνται στη φυλακή του αστυνομικού τμήματος, όπου δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Morgan, 2017).

Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ιατρική αξιολόγηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο να επιτευχθεί σε έναν καταυλισμό προσφύγων. Η διερεύνηση μιας επιδημίας σιγκέλλωσης σε καταυλισμό προσφύγων στην Ελλάδα έδειξε ότι το μέγεθος της επιδημίας υποεκτιμήθηκε λόγω δυσκολιών στη γλώσσα, υποδιάγνωσης περιπτώσεων με ήπια

συμπτώματα ή άρνησης των συμπτωμάτων από ασθενείς που δεν ήθελαν να διακινδυνεύσουν μια καθυστέρηση στην αναχώρησή τους. Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας για τις μολυσματικές ασθένειες που παρέχονται στους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο είναι κατακερματισμένες. Η συλλογή δεδομένων συχνά απουσιάζει ή είναι αναποτελεσματική μεταξύ ή εντός των χωρών, και αυτό μπορεί να επηρεάσει άμεσα την ανταπόκριση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης δημόσιας υγείας (Bozorgmehr et al., 2018).

Η έλλειψη κατάλληλων πολιτισμικών διαμεσολαβητών αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα που εμποδίζει την πρόσβαση στην περίθαλψη. Η διερμηνεία παρέχεται από εθελοντές, ωστόσο, οι επαγγελματίες διερμηνείς είναι αναγκαίοι προκειμένου να ενισχυθεί η εμπιστευτικότητα (Bozorgmehr et al., 2018).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον ελληνικό νόμο, οι πρόσφυγες δεν επιτρέπεται να μεταφέρονται με ιδιωτικά μέσα μεταφοράς μέχρι να εκδοθεί η κάρτα αιτούντος διεθνούς προστασίας. Μετά την λήψη κάρτα αιτούντος διεθνούς προστασίας, οι πρόσφυγες μεταφέρονται στα τοπικά νοσοκομεία με ιδιωτικά αυτοκίνητα και λεωφορεία. Ωστόσο, για επείγοντα περιστατικά, τα ασθενοφόρα των νοσοκομείων καλούνται από τον γιατρό ή τον υπεύθυνο ενός hotspot (συχνά στρατιωτικός ή αστυνομικός) (Bozorgmehr et al., 2018).

Επιπλέον, η ξαφνική εισροή προσφύγων αποκάλυψε κρίσιμα ζητήματα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης για την αντιμετώπιση των ανθρωπιστικών αναγκών, καθώς και της παροχής υγειονομικής και κοινωνικής προστασίας (Bozorgmehr et al., 2018). Τα ελληνικά νοσοκομεία δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τόσο των ντόπιων όσο και των μεταναστών, κυρίως λόγω της έλλειψης ιατρικών και ανθρώπινων πόρων εν μέσω της οικονομικής κρίσης (Kotsiou et al., 2018).

Η φροντίδα των μεταναστών είναι συχνά ασυντόνιστη και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε κατάλληλα εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη. Οι συχνές διακοπές και οι πολλαπλές ταυτόχρονες διαβουλεύσεις είναι πιθανό να υποβαθμίζουν την ποιότητα των διαβουλεύσεων, αλλά αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος. Σε όλες τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, αλλά ιδίως στα δημόσια νοσοκομεία, απαιτούνται επειγόντως μεταφραστικές υπηρεσίες και μηχανισμοί ανατροφοδότησης για την ενίσχυση της επικοινωνίας (Kotsiou et al., 2018).

Τα περισσότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες σχετίζονται με το κόστος, τη γλώσσα και την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα υποδοχής.

Μια επιπλέον επιβάρυνση στο ήδη επιβαρυνόμενο ελληνικό σύστημα υγείας προέρχεται από τους χιλιάδες πρόσφυγες που περνούν τα ελληνικά σύνορα. Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης των προσφύγων βαρύνει τις ΜΚΟ προκειμένου να επιτραπεί η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη σε κλινικές σε αστικές περιοχές ή σε καταυλισμούς και κέντρα υποδοχής, είναι γνωστό ότι εκατοντάδες πρόσφυγες μεταφέρονται σε δημόσια νοσοκομεία. Οι περισσότεροι πρόσφυγες ζουν πλέον σε αστικές περιοχές για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ως εκ τούτου, αυτό το μοντέλο μπορεί συχνά να οδηγήσει σε διπλές προσπάθειες μέσω της υπερβολικής παραπομπής ασθενών από τις ΜΚΟ στα δημόσια νοσοκομεία και, ως εκ τούτου, σε αυξημένη επιβάρυνση του τομέα της υγείας. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει έλλειψη καταγεγραμμένων στοιχείων σχετικά με τον αριθμό των προσφύγων που επισκέπτονται τα ελληνικά νοσοκομεία για να ζητήσουν ιατρική περίθαλψη (Kotsiou et al., 2018).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής και μια έκθεση της Τράπεζας της Ελλάδος, το εκτιμώμενο κόστος της προσφυγικής κρίσης στις δημόσιες δαπάνες για το 2016 ήταν περίπου 0,3% του ΑΕΠ της χώρας (δηλαδή περίπου 600 εκατομμύρια ευρώ), και το 35,7% του ποσού αυτού δαπανήθηκε για ανοικτές εγκαταστάσεις υποδοχής, το 26,3% για επιχειρήσεις έρευνας και διάσωσης, το 20,6% για εγκαταστάσεις πρώτης υποδοχής, το 8,1% για μεταφορές, το 6,5% για άσυλο και μετεγκατάσταση και το 2,8% για επιστροφές (Kotsiou et al., 2018).

### **6.3 Οικονομικές επιπτώσεις**

Όσον αφορά τις οικονομικές επιπτώσεις, εννοούνται κυρίως οι επιπτώσεις που προκαλούνται στην αγορά εργασίας, αλλά συνδέονται άμεσα και με τον χώρο της υγείας. Αν και ένα μεγάλο ποσοστό των μεταναστών εργάζεται, στην πραγματικότητα δεν πληρώνει φόρους ή εισφορές σε κοινωνικά ταμεία, γιατί είναι επακόλουθο του τύπου εργασίας που ακολουθούν, δουλεύουν δηλαδή χωρίς ένσημα. Παρόλα αυτά χρησιμοποιούν ολοένα και περισσότερο τις δημόσιες υπηρεσίες εντελώς δωρεάν, αφού βάση του νόμου μπορούν να θεωρηθούν ως έκτακτο περιστατικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνονται οικονομικά τα δημόσια νοσοκομεία, χωρίς προοπτική γεφύρωσης αυτών των οικονομικών χασμάτων. Σε αυτό το σημείο παρατηρείται κάτι οξύμωρο σε σχέση με τους ανασφάλιστους γηγενείς. Ενώ ο παράνομος αλλοδαπός χρησιμοποιεί δωρεάν τις υπηρεσίες υγείας

ως «έκτακτο περιστατικό», ο ανασφάλιστος Έλληνας σε δημόσιο νοσοκομείο θα χρειαστεί να πληρώσει το 25% των φαρμάκων και το 10% της νοσηλείας.

Λόγω της απουσίας ειδικότερης ρύθμισης για την πρόσβαση των άτυπων μεταναστών στα δημόσια νοσοκομεία, η εξυπηρέτηση τους παρουσιάζει προβλήματα. Παρουσιάζεται πρόβλημα στην αποπληρωμή των νοσηλίων από τους μετανάστες που εισάγονται για περίθαλψη, ενώ παράλληλα παρατηρείται χάσμα στην επικοινωνία ανάμεσα στους ασθενείς και στο προσωπικό των νοσοκομείων λόγω γλώσσας. Έτσι, διαπιστώνεται άγνοια των μεταναστών για τα δικαιώματά τους και για τις διαδικασίες που ακολουθούνται από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να υπερφορτώνονται τα δημόσια νοσοκομεία με περιστατικά που δεν είναι στην πραγματικότητα επείγουσας φύσης (Δημητριάδου, 2011).

Σύμφωνα με το νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει την πρόσβαση των ασθενών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι άτυποι μετανάστες δύνανται να αποταθούν χωρίς χρέωση στα δημόσια νοσοκομεία, να τύχουν εμβολιασμού, και να λάβουν ορισμένες άλλες υπηρεσίες ρητά προβλεπόμενες από τους σχετικούς κανονισμούς, για παράδειγμα τη θεραπεία και πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών, αφροδισιακών νοσημάτων και τη θεραπεία ορισμένων άλλων χρόνιων ή και σοβαρών ασθενειών (Ψημμένος, 2008). Το θεσμικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων και οικονομικά αδύνατων πολιτών (ΚΥΑ20 αριθμ. 139491/2006) προβλέπει στην κατηγορία των δικαιούχων και ανασφάλιστους αλλοδαπούς με την επίδειξη του δελτίου ταυτότητας πρόσφυγα ή του δελτίου αιτήσαντος σε άσυλο αλλοδαπού ή του ειδικού δελτίου παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

Ωστόσο, ο καταγεγραμμένος μόνιμος αλλοδαπός πληθυσμός, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή φτάνει σχεδόν το 1 εκατομμύριο άτομα (ΕΣΥΕ, 2011), και αποτελεί πλέον συνήθη πρακτική οι αμιγώς οικονομικοί μετανάστες να προστρέχουν στη διαδικασία του ασύλου ως μόνο τρόπο για να νομιμοποιήσουν προσωρινά τη διαμονή τους στη χώρα. Επομένως, γίνεται αντιληπτός ο τεράστιος αριθμός των παράνομων μεταναστών και των οικογενειών τους οι οποίοι έχουν δυνητική πρόσβαση σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Επίσης, με τη μνημονιακή αδιέξοδη πολιτική, ένας στους τρεις εργαζόμενους είναι ανασφάλιστοι, σύμφωνα με τους ελέγχους του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (κατά το πρώτο επτάμηνο του 2012, με το 57,2% των ανασφάλιστων να είναι Έλληνες και το 42,8% αλλοδαποί).

Το ίδιο το κράτος περιθάλλει εντελώς δωρεάν όλους τους παράνομους μετανάστες, στην περίπτωση που θεωρούνται ως «έκτακτο περιστατικό», ωστόσο το υπέρογκο κόστος της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής «εξυγίανσης» μεταπίπτει όλο και περισσότερο στις πλάτες των Ελλήνων ασφαλισμένων.

Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων εφαρμόζουν μία πολιτική όπου οι ανασφάλιστοι και οι μη έχοντες την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν τα νοσήλια, οφείλουν το ποσό στην αρμόδια Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία (ΔΟΥ). Το γεγονός αυτό οδηγεί μεγάλο μέρος των ανασφάλιστων και άνεργων πολιτών να αντιμετωπίζουν το δίλημμα να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας τους ή να χρεωθούν ένα δυσβάστακτο ποσό. Επίσης, στα νοσοκομεία της χώρας δεν γίνεται διαχωρισμός μεταξύ ανασφάλιστων και παράνομα διαμενόντων μεταναστών, με τα νοσήλια των ανασφάλιστων λαθρομεταναστών να στοιχίζουν στο κράτος περίπου 2,7δισ€ κάθε χρόνο (Παπαθεοδώρου, 2011).

Αυτό το γεγονός έχει σαν αποτέλεσμα να οξύνει τα πνεύματα μεταξύ των γηγενών και των μεταναστών, προκαλώντας αγανάκτηση προς τους μετανάστες. Αποτελεί Ευρωπαϊκή, ίσως και παγκόσμια, πρωτοτυπία, να παρέχεται δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη σε όλους τους παράνομους μετανάστες, ειδικά σε μια χώρα που είναι στα πρόθυρα της οικονομικής χρεοκοπίας και της κοινωνικής διάλυσης (Δημητρίου, 2011).

Ο νόμος 4368/2016, ο οποίος προβλέπει δωρεάν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη για άτομα χωρίς κοινωνική ασφάλιση και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ισχύει επίσης για τους αιτούντες άσυλο και τα μέλη των οικογενειών τους. Ωστόσο, παρά το ευνοϊκό νομικό πλαίσιο, η πραγματική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας παρεμποδίζεται σταθερά στην πράξη λόγω σημαντικών ελλείψεων πόρων και δυνατοτήτων τόσο για τους αλλοδαπούς όσο και για τον τοπικό πληθυσμό, καθώς ο δημόσιος τομέας υγείας βρίσκεται υπό ακραία πίεση και δεν έχει τη δυνατότητα να καλύψει όλες τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, οι προκλήσεις στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη λόγω της έλλειψης διεργασιών και πολιτισμικών διαμεσολαβητών στην πλειονότητα των δημόσιων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομεία, κοινωνικά ιατρεία κ.λπ.) συνέχισαν να υφίστανται και το 2021. Εκτός από την περιορισμένη χωρητικότητα του δημόσιου συστήματος Υγείας, η πρόσβαση των αιτούντων στην υγειονομική περίθαλψη παρεμποδίστηκε περαιτέρω ήδη από το 2016, λόγω της αναφερόμενης «γενικευμένης άρνησης των αρμόδιων δημόσιων υπαλλήλων να χορηγήσουν στους αιτούντες άσυλο έναν ΑΜΚΑ» (δηλαδή έναν αριθμό κοινωνικής ασφάλισης), ο οποίος αποτελεί σημαντικό

στοιχείο για την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό επιδεινώθηκε περαιτέρω μετά την εγκύκλιο που εκδόθηκε στις 11 Ιουλίου 2019, η οποία στην πράξη ανακάλεσε την πρόσβαση των αιτούντων άσυλο στον ΑΜΚΑ.

Με το άρθρο 55, εισήχθη ένας νέος Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού, ΠΑΑΥΠΑ), αντικαθιστώντας τον προηγούμενο Αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ). Ο ΠΑΑΥΠΑ χορηγείται στους αιτούντες άσυλο μαζί με την κάρτα αιτούντος άσυλο. Με τον αριθμό αυτό, οι αιτούντες άσυλο δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση στην απαραίτητη υγειονομική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της απαραίτητης ψυχιατρικής περίθαλψης, όπου χρειάζεται.

Η απόκτηση του ΠΑΑΥΠΑ από τους δικαιούχους του (δηλαδή τους αιτούντες) καταγράφηκε ως αργή μέχρι το τέλος του 2020. Ενδεικτικά, έως τις 7 Δεκεμβρίου 2020, από τους 14.392 αιτούντες άσυλο που διέμεναν στο σύστημα στέγασης ESTIA II, μόνο το 35% (περίπου 5.037) είχε αποκτήσει τον αριθμό ΠΑΑΥΠΑ. Πρέπει να επισημανθεί ότι ένα άλλο 39% (περίπου 5.612) των αιτούντων άσυλο που διέμεναν στο ESTIA II είχαν καταγραφεί ως κάτοχοι ΑΜΚΑ κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, ενδεχομένως λόγω του ότι είχαν φτάσει στην Ελλάδα πριν από την έκδοση της εγκυκλίου του Ιουλίου 2019, το οποίο, ωστόσο, εξακολουθεί να σημαίνει ότι το 36% των δικαιούχων δεν είχε πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας, εκτός από τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.

Επιπλέον, καθ' όλη τη διάρκεια του 2020 παρατηρήθηκαν επίσης προκλήσεις λόγω της αυτόματης παράτασης των εγγράφων, εν μέσω μέτρων που αποσκοπούσαν στον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας COVID-19, δηλαδή της αναστολής των υπηρεσιών GAS προς το κοινό. Αυτό δημιούργησε καθυστερήσεις στη δυνατότητα των αιτούντων να παραλάβουν ή/και να ανανεώσουν το ΠΑΑΥΠΑ τους κατά την προβλεπόμενη ανανέωση των εγγράφων τους, δεδομένου ότι δεν προβλεπόταν παρόμοια αυτόματη παράταση του ΠΑΑΥΠΑ.

Μέχρι τον Φεβρουάριο του 2021, παρόλο που οι προκλήσεις εξακολουθούν να υφίστανται, καταβάλλονται προσπάθειες για την κάλυψη του υπόλοιπου πληθυσμού. Παρόλα αυτά, καθώς η πρόσβαση στο ΠΑΑΥΠΑ εξαρτάται μεταξύ άλλων από την πλήρη καταγραφή ενός αιτήματος, και λαμβάνοντας υπόψη τις συνεχιζόμενες σχετικές καθυστερήσεις ιδίως στην ηπειρωτική χώρα, θα πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω ο βαθμός

και ο χρόνος που απαιτείται για τους μη καταγεγραμμένους αιτούντες άσυλο ή τους αιτούντες με αστυνομικά σημειώματα ή/και μόνο μια αρχική καταγραφή του αιτήματός τους για να απολαμβάνουν πρόσβαση στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Υπήρξε επίσης ένας περιορισμένος αριθμός περιπτώσεων που παρέμειναν χωρίς ΑΜΚΑ ή ΠΑΑΥΠΑ για έως και 2 χρόνια ή και περισσότερο, καθώς είχαν φθάσει στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του κενού που ακολούθησε την έκδοση της εγκυκλίου του 2019 και φαίνεται να έχουν περάσει απαρατήρητοι, επίσης λόγω των προαναφερόμενων προκλήσεων που ακολούθησαν στο πλαίσιο της πανδημίας.

Καθ' όλη τη διάρκεια του 2020, αν και κατά πάσα πιθανότητα σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα ανάλογα με την τοποθεσία, συνολικά 113 γιατροί ήταν παρόντες στα νησιωτικά υποδοχής, και συγκεκριμένα 4 στην Κω, 4 στη Λέρο, 5 στον Έβρο, 3 στη Σάμο και 6 στη Χίο. Παρ' όλα αυτά, οι προκλήσεις παραμένουν, ιδίως όσον αφορά την πρόσβαση των κατοίκων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εν μέσω μιας καταγεγραμμένης αυξανόμενης κρίσης ψυχικής υγείας λόγω του παρατεταμένου εγκλωβισμού.

Τέλος, σε μια θετική εξέλιξη, τον Νοέμβριο του 2021, θεσπίστηκε μια διαδικασία έκδοσης προσωρινού ΑΜΚΑ για την πρόσβαση σε εμβόλια για άτομα που βρίσκονται σε ευάλωτες συνθήκες (π.χ. άστεγοι) και δεν διαθέτουν κανενός είδους αριθμό κοινωνικής ασφάλισης, ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς.

#### **6.4 Λοιμώδη νοσήματα**

Οι πρόσφυγες που φτάνουν στην Ελλάδα μπορεί να είναι ευάλωτοι σε μολυσματικές ασθένειες λόγω της κακής διατροφικής κατάστασης, του μη ασφαλούς πόσιμου νερού κατά τη διάρκεια των ταξιδιών τους, της έλλειψης εμβολιασμού, των κακών ή υπερπλήρων συνθηκών διαβίωσης και της έλλειψης ανοσίας σε ενδημικές ασθένειες. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να συμβαίνουν κατά τη διέλευση ή στη χώρα προέλευσης. Εξαιτίας αυτού, οι χώρες υποδοχής μπορεί να έχουν σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την εξάπλωση ασθενειών από τους πρόσφυγες/μετανάστες. Ενώ υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία που να δείχνουν ότι οι πρόσφυγες μεταδίδουν ασθένειες στους τοπικούς πληθυσμούς, δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία.

Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος προκαλούν μεγάλη ανησυχία και αποτελούν το συχνότερο πρόβλημα. Σε κλινικές των Γιατρών Χωρίς Σύνορα (MSF) στα σημεία εισόδου στην Ελλάδα και τη Σερβία διαπιστώθηκε ότι λοιμώξεις του αναπνευστικού

συστήματος (RTI) εμφανίστηκαν στο 41% των προσφύγων. Οι κλινικές στα ελληνοτουρκικά σύνορα παρουσίασαν επιπολασμό RTI στο 23%. Οι πρόσφυγες στην Τουρκία είχαν 330.000 περιστατικά RTI και 50.000 περιστατικά διάρροιας το 2015.

Η άνευ προηγουμένου διασυννοριακή κινητικότητα των προσφύγων/μεταναστών και των προσφύγων προσφέρεται για τη διάδοση των πολυανθεκτικών παθογόνων (MDR) διαμέσου των συνόρων. Οι MDR οργανισμοί μεταφέρονται συχνά από νέους άνδρες, ενώ τα άτομα αυτά συχνά βρίσκουν το δρόμο τους σε καταυλισμούς όπου οι συνθήκες συμβάλλουν στην εξάπλωση παθογόνων μικροοργανισμών με αντοχή στα αντιβιοτικά. Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία είναι λιγοστά, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι πρόσφυγες που εισάγονται σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης συχνά νοσούν από MDR.

Σε μια πρόσφατη έκθεση σχετικά με την επιβάρυνση από τη νόσο μεταξύ των ατόμων που διαμένουν στον προσφυγικό καταυλισμό της Λέσβου, στην Ελλάδα, δεν εντοπίστηκαν αναφερόμενα κρούσματα φυματίωσης. Ωστόσο, το 15,3% των Σύρων προσφύγων που εξετάστηκαν στο Βερολίνο είχαν δυνητικά μεταδοτικά νοσήματα. Αυτό υποδηλώνει ότι οι πρόσφυγες που εισέρχονται στην Ελλάδα μπορεί να είχαν ανεπαρκή διαγνωστικό έλεγχο είτε λόγω έλλειψης ιατρικής εμπειρογνομosύνης είτε λόγω έλλειψης χρημάτων για τη διενέργεια των εξετάσεων.

Ήδη από το 2003 Έλληνες ερευνητές είχαν διαπιστώσει ότι οι πρόσφυγες που ζούσαν στην Αθήνα (ιδίως εκείνοι από την Ασία και την Αλβανία) είχαν υψηλή συχνότητα λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας B (HBV). Σημειωτέων, η επίπτωση της ιογενούς λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) ήταν χαμηλή. Οι προσφυγικοί πληθυσμοί στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 2000 απέφευγαν τις καθιερωμένες δομές φιλοξενίας από φόβο αναχώρησης, με αποτέλεσμα να ζουν σε συνθήκες συνωστισμού ανάμεσα στις ίδιες τις ομάδες μεταναστών. Η ιογενής νόσος της ηπατίτιδας A (HAV) στην Ελλάδα παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα στο 17,1% μεταξύ των μη ανοσοποιημένων παιδιών. Πρόσφατα στοιχεία από την ελληνική κυβέρνηση κατέδειξαν αιχμές στη νόσο HAV από το 2005 έως το 2008, μετά τη μετανάστευση πληθυσμών από τη Μέση Ανατολή και πληθυσμών Ρομά (Αλβανοί και άλλες βαλκανικές ομάδες Ρομά). Μια δεύτερη αιχμή σημειώθηκε το 2016 και το 2017 δευτερογενώς λόγω της τρέχουσας συριακής καταστροφής. Τον Δεκέμβριο του 2016, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο που διέμεναν σε δομές υποδοχής στην Ελλάδα παρουσίαζαν αύξηση, κυρίως σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών.



Περισσότεροι από ένα εκατομμύριο πρόσφυγες έφτασαν στην Ελλάδα μεταξύ 2015 και 2016 από περιοχές με ενδημική λειψμανίαση (Συρία, Ιράκ και Αφγανιστάν). Η ασθένεια αυτή έχει σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες στις περιοχές αυτές.

Η Shigella ενδημεί σε πολλές χώρες με χαμηλό εισόδημα. Η μαζική εισροή προσφύγων στην Ελλάδα θέτει σε κίνδυνο τους τοπικούς και τους εισερχόμενους προσφυγικούς πληθυσμούς. Σε ένα κέντρο κοινοποίησης συνδρόμων στην Αθήνα, Ελλάδα, το 2015/2016 εντοπίστηκε μια συστάδα κρουσμάτων σιγκέλωσης. Όλα τα κρούσματα ήταν πολυανθεκτικά και δεν εντοπίστηκε πιθανή κοινή πηγή.

Οι πρόσφυγες αποικίζονται από ανθεκτικούς οργανισμούς κατά τη διάρκεια της παρατεταμένης παραμονής τους σε καταυλισμούς προσφύγων/μεταναστών, κι επομένως υπάρχει ανάγκη για ένα ευρωπαϊκό σύστημα παρακολούθησης που θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλες τις χώρες όπου εντοπίζονται ασθένειες και σύνδρομα, ώστε να είναι δυνατή η τεκμηρίωση και η άμεση και αποτελεσματική παρέμβαση.

Οι πρόσφυγες βιώνουν άγχος καθώς θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τον πόλεμο, τη μετανάστευση, την καταπίεση, την αναγκαστική κράτηση, τη βία και να γίνουν μάρτυρες θανάτου και καταστροφής. Για να καταγράψουν αυτή τη βία προς τους Σύρους πρόσφυγες και τις επιπτώσεις της, οι Γιατροί Χωρίς Σύννορα υποστήριξαν καταυλισμούς στην Ελλάδα, διεξήγαγαν ποσοτική και ποιοτική έρευνα σε χώρους στην Ελλάδα (καταυλισμός Ριτσώνας κοντά στην Αθήνα, καταυλισμός Κατσικάς κοντά στα Ιωάννινα και Σάμος). Στόχος της έρευνας ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα και το είδος της βίας που βιώνουν οι πρόσφυγες στις κοινότητες καταγωγής τους, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο εξωτερικό. Εξετάστηκαν επίσης οι τύποι των δραστών, καθώς και η επικράτηση του άγχους και άλλων ψυχικών διαταραχών. Διαπιστώθηκε ότι πάνω από το 92% των συμμετεχόντων είχαν θετική εξέταση για άγχος. Έως και το 75% βίωσαν μια βίαιη πράξη στη Συρία και πάνω από τους μισούς βίωσαν μια βίαιη πράξη στο ταξίδι τους προς την Ελλάδα. Η βία, όπως αναμενόταν, μειώθηκε από τη Συρία προς την Τουρκία και από την Τουρκία προς την Ελλάδα.

Η καταστροφή που συντελείται στα άτομα, στις οικογένειες και στις υποδομές ψυχικής υγείας των χωρών που δέχονται πρόσφυγες είναι ιδιαίτερα σημαντική και συνεχίζεται. Αυτό επιδεινώνεται από την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις νομικές διαδικασίες και το αβέβαιο μέλλον στις χώρες στις οποίες έχουν κατασκηνώσει.

Η κατάσταση των γυναικών προσφύγων είναι δύσκολη και επικίνδυνη. Ενώ οι περισσότεροι από τους πρόσφυγες που έρχονται στην Ελλάδα και την Ευρώπη από τη Μέση Ανατολή ήταν αρχικά άνδρες, από το 2016 οι γυναίκες κάνουν το δύσκολο ταξίδι σε

αυξανόμενο αριθμό. Τα παγκόσμια στοιχεία δείχνουν ότι το 80% των προσφύγων και των εσωτερικά εκτοπισμένων είναι γυναίκες και παιδιά. Ο εκτοπισμός των οικογενειών λόγω του πολέμου έχει οδηγήσει σε ανασφάλεια και ευαλωτότητα. Οι γυναίκες υφίστανται βία στις χώρες τους που μαστίζονται από συγκρούσεις, κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης από τη χώρα τους και μετά την άφιξή τους σε καταυλισμούς και κέντρα προσφύγων στον προορισμό τους.

Στις εμπόλεμες ζώνες ο τρόμος είναι πολύ άμεσος. Πέφτουν βόμβες, στρατιώτες από όλες τις πλευρές μιας σύγκρουσης (είτε προέρχονται από το Ισλαμικό Κράτος του Ιράκ και της Συρίας (ISIS), είτε από τον ίδιο τον συριακό στρατό, είτε από τους Σύρους αντάρτες) βιάζουν γυναίκες, σκοτώνουν μέλη της οικογένειας και κλέβουν περιουσιακά στοιχεία. Επιπλέον, το άγχος της φυγής από μια εμπόλεμη ζώνη και της ζωής σε έναν καταυλισμό προσφύγων μπορεί να οδηγήσει τόσο σε λεκτική όσο και σε βία από τους συζύγους.

Δύο άλλοι παράγοντες έχουν επιδεινώσει τη δεινή θέση των γυναικών προσφύγων: (1) δεν υπάρχουν σαφείς πολιτικές στο πρώτο σημείο προορισμού τους στην ΕΕ (ή, εν προκειμένω, σε οποιοδήποτε ενδιάμεσο ή τελικό σημείο προορισμού) σχετικά με το ποιος πρέπει να καταγγείλει τη σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση και (2), όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η έλλειψη κατάλληλων καταλυμάτων αυξάνει την ανασφάλειά τους. Όλες οι παραπάνω δυσκολίες περιπλέκονται από το γεγονός ότι δεν υπάρχουν νόμιμες, τακτικές διαδρομές διέλευσης για τους πρόσφυγες.

Μόλις οι γυναίκες πρόσφυγες που ζητούν άσυλο φτάσουν σε έναν προορισμό εκτός της χώρας καταγωγής τους, υπάρχουν σημαντικά εμπόδια στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Το πρώτο εμπόδιο είναι το νομικό εμπόδιο. Οι άνδρες και τα παιδιά θα έχουν περιορισμένη πρόσβαση στα εθνικά συστήματα υγείας. Συγκεκριμένα, τα δικαιώματά τους σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας συχνά διακυβεύονται λόγω της έλλειψης γνώσεων σχετικά με το ποια είναι τα δικαιώματά τους και πώς να περιηγηθούν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας υποδοχής τους. Αυτό μπορεί να επιδεινώνεται από το έλλειμμα γνώσεων εκ μέρους όσων προσπαθούν να τους παρέχουν υπηρεσίες.

Ένα δεύτερο εμπόδιο είναι γεωγραφικό. Οι πρόσφυγες μπορεί να μετακινούνται από καταυλισμό σε καταυλισμό και να δυσκολεύονται να αναπτύξουν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης όσον αφορά τους εργαζόμενους στην παροχή βοήθειας. Ένα τρίτο εμπόδιο αφορά τους διαφορετικούς διοικητικούς κανόνες και κανονισμούς στις χώρες υποδοχής. Ακόμη

και όσοι παρέχουν την υγειονομική περίθαλψη δεν γνωρίζουν όλους τους κανόνες και τους κανονισμούς που αφορούν τους πρόσφυγες και τι μπορεί να δικαιούνται.

Μέσα από τα ταξίδια τους, τα εμπόδια που συναντούν και τις θλιβερές ανεπάρκειες που αντιμετωπίζουν στις χώρες υποδοχής τους, οι μετανάστες μένουν με ανεπίλυτα σοβαρά ζητήματα όπως η επαρκής περιγεννητική φροντίδα, ο έλεγχος της σεξουαλικότητάς τους, η κατάθλιψη, το άγχος, οι διακρίσεις, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας, ακόμη και ο ακρωτηριασμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων στον προορισμό υποδοχής τους που διαπράττεται από την ανδροκρατούμενη κουλτούρα τους. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κατανοήσουν τη θέση των γυναικών προσφύγων από κάθε άποψη και πρέπει να προσπαθήσουν να ξεπεράσουν τα εμπόδια για σεβασμό και ουσιαστική φροντίδα.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η διεθνής κοινότητα δημόσιας υγείας ανησυχεί για την παιδική νοσηρότητα στους προσφυγικούς καταυλισμούς της Ελλάδας. Οι Kampouras et al. (2017) ήταν μία από τις πρώτες ομάδες που διερεύνησαν και ανέφεραν την επιβάρυνση των παιδιών από ασθένειες στους καταυλισμούς. Χώρισαν τις ασθένειες που εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια του χειμώνα 2016-2017 σε μολυσματικές και μη μολυσματικές κατηγορίες. Τα παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών παρουσιάζονταν συνήθως με λοιμώδη αίτια (σχεδόν 81%). Τα βρέφη, τα νήπια και τα παιδιά έπασχαν από λοιμώξεις του αναπνευστικού συχνότερα από τους εφήβους και τους ενήλικες που έτειναν να παρουσιάζονται με μη μολυσματικές ασθένειες. Οι συχνότερες λοιμώξεις στους νεότερους ασθενείς περιλάμβαναν λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (67%), του δέρματος (23%), του γαστρεντερικού συστήματος (6%) και του ουροποιητικού συστήματος (3%). Τα μη μεταδοτικά νοσήματα μεταξύ των νεότερων οφείλονταν συχνά σε νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (20%), του αναπνευστικού συστήματος (18%), σε χειρουργικά προβλήματα (13%) και σε αλλεργίες (10%). Τα βρέφη είχαν καλύτερη υγεία από ό,τι τα παιδιά ή τα νήπια. Δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της ασθένειας και του φύλου (Kampouras et al., 2017).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα βρέφη που δεν θηλάζουν διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης, νοσηλείας και θανάτου από εκείνα που θηλάζουν. Είναι ενδεικτικό ότι, ενώ το 75% των βρεφών που έφταναν στη Λέσβο, στην Ελλάδα, θηλάζαν, μόνο το 25% εκείνων που έφευγαν από τη Λέσβο εξακολούθουσαν να θηλάζουν. Ο λόγος πίσω από αυτό μπορεί να σχετίζεται με ορισμένες μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) που χορηγούν βρεφικά γάλατα αδιακρίτως. Επειδή οι προσφυγικοί καταυλισμοί αντιμετωπίζουν προβλήματα υπερπληθυσμού και πολλοί από τους πρόσφυγες/μετανάστες που φτάνουν

σε αυτούς τους καταυλισμούς είναι ήδη σε κακή κατάσταση υγείας, οι γενικές συνθήκες υγιεινής στους καταυλισμούς δεν είναι πολύ καλές. Ως εκ τούτου, μόλις σταματήσει ο θηλασμός, όχι μόνο η ανοσία της μητέρας δεν μεταβιβάζεται πλέον στο βρέφος, αλλά και η χρήση της φόρμουλας ταλαιπωρείται από την έλλειψη ζεστού, καθαρού νερού, την κακή αποστείρωση των μπιμπερό και των θηλών και την αναξιόπιστη προμήθεια τύπων γάλακτος.

Αυτό οδηγεί σε μια γενική ανησυχία για την ανάπτυξη και την εξέλιξη των παιδιών των προσφύγων. Ανωμαλίες στην ανάπτυξη έχουν εντοπιστεί μεταξύ των Σύρων προσφύγων στην Ιορδανία και τον Λίβανο, όπου ο οξύς υποσιτισμός είναι χαμηλός, αλλά η καχεξία στην ανάπτυξη είναι υψηλή. Η καχεξία, η οποία ορίζεται ως χαμηλό ύψος για την ηλικία, εμφανίζεται συνήθως λόγω παρατεταμένου υποσιτισμού ή κακής διατροφής καθώς και κακών συνθηκών διαβίωσης. Εκτός από την καχεξία, οι ελλείψεις μικροθρεπτικών συστατικών και η έλλειψη επαρκούς συμπλήρωσης μεταλλικών στοιχείων και βιταμινών (όπως ψευδάργυρος, σίδηρος και ασβέστιο) στα παιδιά συνδέεται επίσης με αυξημένη θνησιμότητα. Το 2016 οι Walpole et al. διεξήγαγαν ένα πρόγραμμα στη Βόρεια Ελλάδα για την αξιολόγηση αυτής της κατάστασης μεταξύ των παιδιών προσφύγων. Διαπίστωσαν υψηλό επιπολασμό καχεξίας μεταξύ των παιδιών ηλικίας 0-5 ετών (συμπεριλαμβανομένων των βρεφών). Οι Walpole et al. ανέφεραν ότι "ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος στα καχεκτικά παιδιά ήταν ένα κοινό εύρημα που εγείρει ανησυχίες σχετικά με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για την υγεία και τον κίνδυνο μη μεταδοτικών ασθενειών". Αυτό προκαλείται ουσιαστικά από χρόνια υποσιτισμό σε αντίθεση με τον οξύ υποσιτισμό. Τα ποσοστά καχεξίας των παιδιών σε καταυλισμούς στη Βόρεια Ελλάδα ήταν διπλάσια από εκείνα που βρέθηκαν σε καταυλισμούς της Ιορδανίας. Τα παιδιά ήταν εκτεθειμένα σε μεγάλη ποσότητα υδατανθράκων και λίπους και σε πολύ λίγες πρωτεΐνες. Οι ελλείψεις μικροθρεπτικών συστατικών ήταν πιθανό να οφείλονται σε παράγοντες όπως η ανεπαρκής διαιτητική πρόσληψη από έγκυες και θηλάζουσες μητέρες. Εξαιτίας αυτού του ευρήματος διατυπώθηκε σύσταση προς την ελληνική κυβέρνηση για τη χορήγηση συμπληρωμάτων μικροθρεπτικών συστατικών σε παιδιά κάτω των 5 ετών, έγκυες γυναίκες και γυναίκες που θηλάζουν (Walpole et al., 2016).

Για την αποτροπή σημαντικών παιδικών ασθενειών και τη μείωση της παιδικής νοσηρότητας πρέπει επίσης να τεθεί σε εφαρμογή ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα εμβολιασμού. Μέχρι την άνοιξη του 2017, ο εμβολιασμός των παιδιών προσφύγων/μεταναστών πραγματοποιούνταν κυρίως από ΜΚΟ που συνεργάζονταν με το ελληνικό Υπουργείο Υγείας (ΥΥ). Δυστυχώς, δεν καλύπτονταν εξίσου όλοι οι καταυλισμοί από τις ΜΚΟ που

χορηγούσαν τα εμβόλια. Αυτό παρατηρήθηκε ιδιαίτερα στους καταυλισμούς που χρησιμοποιούσαν ξενώνες, ξενοδοχεία και διαμερίσματα για τη στέγαση. Την άνοιξη του 2016, η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του ΥΥΚΑ ανέλαβε όλες τις δραστηριότητες εμβολιασμού στο πλαίσιο ενός προγράμματος με τίτλο "PHILOS-Επείγουσα υγειονομική αντιμετώπιση της προσφυγικής κρίσης". Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε από το Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και χρηματοδοτήθηκε από το Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σε διάστημα ενός έτους, από το 2017 έως το 2018, ο PHILOS πραγματοποίησε 57.615 εμβολιασμούς. Σε αυτούς περιλαμβάνονταν 21.031 εμβολιασμοί για ιλαρά-παρωτίτιδα-ερυθρά (MMR), 7341 για διφθερίτιδα-τετάνο-κοκκύτη (DPT), 7652 για πολιομυελίτιδα, 5938 για πνευμονιοκοκκική νόσο, 7179 για αιμόφιλο γρίπης τύπου b και 8474 για ηπατίτιδα Β. Δυστυχώς, η εμβολιαστική κάλυψη δεν ήταν ακόμη συνεπής και ο επακόλουθος εμβολιασμός συχνά μειώθηκε. Το ποσοστό εμβολιασμού για την πρώτη δόση MMR ήταν μεγαλύτερο από 80%. Ωστόσο, η επόμενη δόση μειώθηκε σχεδόν κατά το ήμισυ. Για όλα τα άλλα εμβόλια τα ποσοστά ήταν ακόμη χαμηλότερα. Το ποσοστό του 50% για τα παιδιά ηλικίας 0-4 ετών είχε εμβολιαστική κάλυψη παρακολούθησης που έπεσε σε λιγότερο από 25%.

Η έλλειψη "πολιτισμικών διαμεσολαβητών" μεταξύ της προσφυγικής κοινότητας ήταν ένα μεγάλο πρόβλημα στην παρακολούθηση. Αυτό επιδεινώθηκε από τη μετακίνηση των προσφύγων μεταξύ των τοποθεσιών, καθώς κάποιοι καταυλισμοί έκλεισαν και άλλοι άνοιξαν. Ο εμβολιασμός των παιδιών των προσφύγων πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα, επειδή οι πρόσφυγες έχουν χαμηλά βασικά ποσοστά εμβολιασμού και συναντούν εμπόδια στην παροχή επαρκούς υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ το PHILOS είχε αναπτύξει τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας και βελτίωσε τον συντονισμό της εφαρμογής του εμβολιασμού, πρέπει να γίνουν πολύ περισσότερα για τα παιδιά των προσφύγων στην Ελλάδα.

Η βία αυξάνεται στους ελληνικούς προσφυγικούς καταυλισμούς. Οι ασθένειες, τα έντομα, το κρύο, οι ανεξέλεγκτες ποσότητες απορριμμάτων, το ακάθαρτο νερό, η συμφόρηση και το αυξημένο άγχος έχουν οδηγήσει σε βία στους καταυλισμούς μέσα από την έλλειψη ψυχραιμίας. Υπάρχουν συχνές συγκρούσεις, ταραχές και περιστατικά βίας, που επιδεινώνονται από το γεγονός ότι μόνο 72 άτομα ανά τουαλέτα και 84 άτομα ανά ντους. Επιπλέον, η Ελλάδα αγωνίζεται με μια νέα εισροή προσφύγων/μεταναστών 10.000 τον

Οκτώβριο του 2019 και οι καταυλισμοί βρίσκονται πάντα σε οριακό σημείο. Η κατάσταση είναι τόσο άσχημη που παιδιά ηλικίας μόλις 10 ετών επιχειρούν να αυτοκτονήσουν.

Αυτά τα προβλήματα στους καταυλισμούς και ο αυξανόμενος αριθμός των προσφύγων έχει επιδεινωθεί από την υποτονική ελληνική οικονομία και την έλλειψη τουρισμού στα άλλοτε δημοφιλή ελληνικά νησιά, παράγοντες που έχουν επίσης επηρεάσει το συναίσθημα των ντόπιων απέναντι στους μετανάστες και τους πρόσφυγες. Οι κοινότητες που άνοιξαν τις πόρτες τους το 2015 δεν είναι πλέον θερμές και δεκτικές. Η πιθανή βία μεταξύ προσφύγων, μεταξύ Ελλήνων πολιτών και προσφύγων και οι απόπειρες αυτοκτονίας/αυτοκτονίας προσφύγων παραμένουν ανησυχητικές. Συνολικά, απαιτείται μια διεθνής προσπάθεια για την υποστήριξη των προσφύγων και την υποστήριξη της κυβέρνησης της Ελλάδας.

## **6. Ανακεφαλαίωση**

Οι πρόσφυγες που έχουν περάσει από την Ελλάδα έχουν υποστεί σοβαρά σωματικά και ψυχικά τραύματα στον τόπο καταγωγής τους, στις διαδρομές διαφυγής τους και στους ίδιους τους καταυλισμούς. Η ευημερία τους απαιτεί σωματική ασφάλεια, επισιτιστική ασφάλεια, στέγη και ένα μέσο επανένταξης σε μια ασφαλή κοινωνία. Η διεθνής κοινότητα πρέπει να καταβάλει περισσότερες προσπάθειες για να διασφαλίσει την υλοποίηση αυτών των αναγκών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Αντωνίου, Α., & Παπαϊωάννου, Α. (2016). *'Οι Κανονισμοί Δουβλίνο II και Δουβλίνο III'. Αθήνα: Εθνικό Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Νομικές Διεθνείς Σπουδές - Κατεύθυνση Ευρωπαϊκού Δικαίου, Νομική Σχολή.*

Ελληνική Αστυνομία. (2017). 'Στατιστικά στοιχεία παράνομης μετανάστευσης'. Ανακτήθηκε στις 10/06/2022, από [http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo\\_content&lang=%27..%27&perform=view&id=70776&Itemid=1240&lang=](http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&lang=%27..%27&perform=view&id=70776&Itemid=1240&lang=)

ΕΛΣΤΑΤ, (2014). *Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. Μετανάστευση*. Ανακτήθηκε στις 10/06/2022, από [https://www.statistics.gr/documents/20181/1210503/A1602\\_SAM03\\_DT\\_DC\\_00\\_2011\\_01\\_F\\_GR.pdf/ff20c3ba-54eb-4613-9044-0ddd9c9aa94a](https://www.statistics.gr/documents/20181/1210503/A1602_SAM03_DT_DC_00_2011_01_F_GR.pdf/ff20c3ba-54eb-4613-9044-0ddd9c9aa94a)

ΕΛΣΤΑΤ, (2014). *Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. «Στατιστικά Αποτελέσματα για το λόγο εγκατάστασης στην Ελλάδα των μεταναστών από χώρες εξωτερικού»*. Ανακτήθηκε στις 10/06/2022, από

ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΕΙΕΑΔ (2017). *Εργασία και Απασχόληση στην Ελλάδα, Ειδικό Αφιέρωμα στο Μεταναστευτικό-Προσφυγικό θέμα*. Ανακτήθηκε στις 10/06/2022 από [www.eiead.gr](http://www.eiead.gr).

Κοτζαμάνης, Β. & Καρκούλη, Α., (2016). Οι μεταναστευτικές εισροές στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία: ένταση και βασικά χαρακτηριστικά των παρατύπως εισερχόμενων ως και των αιτούντων άσυλο. Δημογραφικά νέα, Τεύχος 26.

Παρίσης, Ι. (2015). «Μετανάστευση: Η σύγχρονη «εκδοχή» ενός πολύ παλιού φαινομένου!». «ΑΜΥΝΑ & ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΑ».

Ρουμπίνη, Γ. (2011), «Ελληνική οικονομία και μετανάστευση: Μύθοι και πραγματικότητες». ΕΛΙΑΜΕΠ.

Σαμπατάκου, Ε. Α. (2010), *Διεθνείς και ευρωπαϊκές συνιστώσες της ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής* Καβουνίδη Τ. Κόντης Α. Λιανός Θ. Φακιολάς Ρ. στο *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες – Πολιτικές – Προοπτικές*, τόμος Α, Αθήνα: ΙΜΕΠΟ.

Τριανταφυλλίδου, Α. (2015). *Μετατρέποντας την προσφυγική κρίση σε ευκαιρία: Τρέχουσες Προκλήσεις για την Ελλάδα*!. Φλωρεντία: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute.

Τσεβρένης Κ. Β., (2016), «*Η Ευρώπη και η Ελλάδα ενόπιον του προσφυγικού προβλήματος. Σύγχρονες προκλήσεις, νέες προοπτικές*», Εκδόσεις Πληθώρα, Αθήνα.

Ύπατη Αρμοστεία ΟΗΕ. (2017). 'Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ'. Ανάκτηση Δεκέμβριος 13, 2019, από [www.unhcr.gr/](http://www.unhcr.gr/)

Φίλης, Κ., (2017), «*Πρόσφυγες, Ευρώπη, ανασφάλεια*», Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα.

### **Ξενόγλωσση**

Australasian Society for Infectious Diseases, Refugee Health Network of Australia. Recommendation for comprehensive post-arrival assessment for people from refugee-like backgrounds, second edition. Sydney: Australasian Society for Infectious Diseases; 2016. Available at the following link: <https://www.asid.net.au/documents/item/1225>

Bozorgmehr, K., Samuilova, M., Petrova-Benedict, R., Girardi, E., Piselli, P., & Kentikelenis, A. (2019). Infectious disease health services for refugees and asylum seekers during a time of crisis: A scoping study of six European Union countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(9), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.04.003>



Cavounidis, J. Labour market impact of migration: employment structures and the case of Greece. *Int Migration Rev*, 2006; 40: 635 –660.

Cavounidis, J. Migration and the economic and social landscape of Greece. *South-Eastern Eur J Econ*, 2013; 11: 59 – 78.

Cavounidis, J., & Cholezas, I. Labour Force Participation of Female Youth: The Role of Culture. Athens: Centre of Planning and Economic Research (KEPE), 2015; Discussion Paper 145.

Cavounidis-Springer, J. Developments in the refugee and migrant crisis. *Greek Econ Outlook*, 2016; 30: 31 –35.

Curtis P, Thompson J, Fairbrother H. Migrant children within Europe: a systematic review of children's perspectives on their health experiences. *Public Health*. 2018;158:71-85. doi:10.1016/j.puhe.2018.01.038

Dingle, Hugh, and V. Alistair Drake. (2007), “*What is migration?*”. *Bioscience* 57.2, 113-121.

European Union, (2022). “Schengen Area”. Available at the following link: [https://ec.europa.eu/home-affairs/policies/schengen-borders-and-visa/schengen-area\\_en](https://ec.europa.eu/home-affairs/policies/schengen-borders-and-visa/schengen-area_en)

Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-282. doi:10.1016/S0140-6736(11)60051-2

Gotsens M, Malmusi D, Villarroel N, et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health*. 2015;25(6):923-929. doi:10.1093/eurpub/ckv126

Gropas, R., & Triandafyllidou, A. (2005). Migration in Greece at a glance. *ELIAMEP, Hellenic Foundation for European & Foreign Policy*. Available at the following link: [www.uni-oldenburg.de/politis-europe](http://www.uni-oldenburg.de/politis-europe)

Hadziabdic E, Hjelm K. Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2013;11(1):69-76. doi:10.1111/1744-1609.12005

Hale, G. (2016). Balance of Payments in the European Periphery. [online] Federal Reserve Bank of San Francisco. Available at: <http://www.frbsf.org/economicresearch/publications/economicletter/2013/january/balance-payments-europeperiphery/> [Accessed 10 June 2022]

Juárez SP, Honkaniemi H, Dunlavy AC, et al. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(4):e420-e435. doi:10.1016/S2214-109X(18)30560-6

Kotsiou, O. S., Srivastava, D. S., Kotsios, P., Exadaktylos, A. K., & Gourgoulianis, K. I. (2018). The Emergency Medical System in Greece: Opening Aeolus' Bag of Winds. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 745. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040745>

Lianos, T. (2001). Illegal Migrants to Greece and their Choice of Destination, *International Migration*, 39(2), 3-28.

Malone, B. (2015). “Why Al Jazeera will not say Mediterranean ‘migrants’”, Al Jazeera Blog, Ανακτήθηκε στις 10/06/2022 από το <http://www.aljazeera.com/blogs/editorsblog/2015/08/aljazeeramediterraneanmigrants-150820082226309.html>

Mangrio E, Sjögren Forss K. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):814. Published 2017 Dec 8. doi:10.1186/s12913-017-2731-0

Marvakis A., Parsanoglou D., Pavlou M., (2001) (eds.), Μετανάστες στην Ελλάδα, (“*Immigrants in Greece*” in Greek), Ellinika Grammata: Athens.

Morgan J. (2017). Disability-a neglected issue in Greece's refugee camps. *Lancet (London, England)*, 389(10072), 896. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30645-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30645-1)

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). *International Migration Outlook: SOPEMI*. Paris: OECD, 2013.

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Connecting with Emigrants: A Global Profile of Diasporas*. Paris: OECD, 2015.

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2017*. Paris: OECD, 2018.

Pottie K, Lotfi T, Kilzar L, et al. The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Screening for HIV in Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1700. Published 2018 Aug 9. doi:10.3390/ijerph15081700

Sfakianakis, J. (2016). The Greek Depression. *Foreign Policy*. [online] Available at: <http://foreignpolicy.com/2013/01/09/the-greekdepression/http://foreignpolicy.com/2013/01/09/the-greek-depression/> [Accessed 10 June 2022]

Suphanchaimat R, Sommanustweechai A, Khitdee C, et al. HIV/AIDS health care challenges for cross-country migrants in low- and middle-income countries: a scoping review. *HIV AIDS (Auckl)*. 2014;6:19-38. Published 2014 Feb 26. doi:10.2147/HIV.S56277

Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:390. Published 2015 Sep 17. doi:10.1186/s12913-015-1065-z

Triandafyllidou, A. & Maroukis, T. (2010). *Immigration in 21st Century Greece*, Athens: Kritiki.

Triandafyllidou, A. & Gropas, R. (2013). *European Immigration: A Sourcebook*, Aldershot: Ashgate.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Figures at a Glance. [accessed on 10 June 2022]; Available online: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Global Forced Displacement Hits Record High. [Accessed on 10 June 2022]; Available online: <http://www.unhcr.org/afr/news/latest/2016/6/5763b65a4/global-forced-displacement-hits-record-high.html>

WHO, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization; 2017. Available at the following link: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258738>

World Health Organization, (WHO), 2022. Common health needs of refugees and migrants: literature review. Available at the following link: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033108>