



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ

**ΜΟΥΣΤΑΦΕΡΗ ΕΥΓΕΝΙΑ**

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ: ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΜΟΥΣΤΑΦΕΡΗ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ: ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

*Επιβλέπων Καθηγητής:* Κυριλλοπούλου-Φαφαλιού Ειρήνη, Επίκουρος Καθηγήτρια  
Πανεπιστημίου Πειραιά

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



**UNIVERSITY  
OF PIRAEUS**

**MASTER IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI  
OF PIRAEUS**

**MOUSTAFERI EVGENIA**

**AN IMMIGRANTS AND HEALTH CARE EMPIRICAL RESEARCH**

Graduate Thesis Submitted for Master's Degree

Piraeus, 2012

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την καθοδήγηση, βοήθεια και συμπαράσταση ορισμένων ανθρώπων που αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω θερμά.

Για το λόγο αυτό θα ήθελα πρωτίστως, να ευχαριστήσω ιδιαίτερω την εισηγήτρια μου, Επίκουρο Καθηγήτρια του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά κ. Φαφαλιού Ειρήνη, όχι μόνο για την καθοδήγηση της και τη γόνιμη κριτική της, αλλά και για τη συνεχή ποικιλότητα και ανεκτίμητη υποστήριξη που μου πρόσφερε απλόχερα, καθώς και για την ενθάρρυνσή της να συνεχίσω προκειμένου να ολοκληρώσω τη συγγραφή της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το σύνολο των καθηγητών του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» και κυρίως τον υπεύθυνο του προγράμματος κ. Παντελίδη Παντελή.

Ειδικές ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στο σύνολο του προσωπικού του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του «Κωνσταντοπούλειο» Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας και ιδιαίτερω στον προϊστάμενο του τμήματος κ. Μαντζανά Μιχαήλ (νοσηλεύτη), τόσο για τις πολύτιμες πληροφορίες που μου παρείχαν αλλά και για το υλικό με το οποίο με εφοδίασαν, όσο και για τη συνεργασία τους. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη κα. Αθανασιάδου Βασιλική -νοσηλεύτρια- για τη βοήθεια της στη συλλογή των στοιχείων της μελέτης.

Τέλος οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, το σύζυγο μου Νικόλαο, τους γονείς μου Κωνσταντίνο και Γεωργία και τον αδερφό μου Παναγιώτη για την υποστήριξη που μου προσέφεραν, την αγάπη και την κατανόηση τους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αυξημένα ποσοστά μετανάστευσης που καταγράφονται στην Ελλάδα τα τελευταία έτη, έφεραν τη χώρα αντιμέτωπη με προκλήσεις κυρίως αναφορικά με ζητήματα ενσωμάτωσης των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Η πρόσβαση των μεταναστών σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας αποτελεί σημαντική πτυχή της κοινωνικής ένταξης τους. Μέχρι πρόσφατα ελάχιστη προσοχή είχε δοθεί στα θέματα υγείας και περίθαλψης των μεταναστών αλλά και στις συνέπειες της μετανάστευσης στο σύστημα υγείας. Ωστόσο, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των μεταναστών, η διαφορετική χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις διάφορες εθνοτικές ομάδες, και το κόστος των μεταναστών στο σύστημα περίθαλψης διαμορφώνουν σταδιακά ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας του ΕΣΥ, που πρέπει να διερευνηθεί.

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την καταγραφή και διερεύνηση του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς σε επίπεδο επειγόντων περιστατικών, του νοσολογικού φάσματος των αλλοδαπών και του ποσοστού που εισήχθησαν, καθώς και της διάρκειας και κόστους νοσηλείας τους και του βαθμού κάλυψης των νοσηλευτικών δαπανών μέσω ασφαλιστικού φορέα, βιβλιαρίου απορίας ή ιδιωτικής δαπάνης.

Από την έρευνα που διεξήχθη σε δημόσιο νοσοκομείο της 1<sup>ης</sup> υγειονομικής περιφέρειας κατά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2011, προέκυψε ότι η επισκεψιμότητα του Τμήματος Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ) από τους μετανάστες ανήλθε στο 16% επί του συνολικού πληθυσμού. Οι αλλοδαποί επέλεξαν σε ποσοστό 95% να χρησιμοποιήσουν τα ΤΕΠ για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους, ενώ σε ποσοστό 5% το τμήμα τακτικών εξωτερικών ιατρείων (ΤΕΙ). Το 54,31% ήταν άνδρες και το 45,68% γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία τους ήταν 36,3 έτη. Το ποσοστό των ανασφάλιστων αλλοδαπών που εξετάστηκαν στα ΤΕΠ ήταν 22,4%, ενώ το ΙΚΑ (69,4%) αναδείχθηκε ως ο κύριος ασφαλιστικός φορέας των μεταναστών που είχαν ασφαλιστική κάλυψη, με μόλις το 3% να κάνει χρήση βιβλιαρίου απορίας. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων αλλοδαπών ανήλθε στους 102 (7,9%), εκ των οποίων το 62,75% ήταν γυναίκες, ενώ το 37,25% άνδρες, με ιδιαίτερα αυξημένο όμως το ποσοστό των εισαγωγών στη Γυναικολογική κλινική. Το ποσοστό νοσηλείας για λοιμώδη νοσήματα ήταν 44% έναντι 56% για το γηγενή πληθυσμό, με κυριότερες παθήσεις την ελονοσία και την λοίμωξη HIV. Τέλος το ποσοστό των ανασφάλιστων μεταναστών που νοσηλεύτηκε και έχει οικονομικές εκκρεμότητες λόγω μη καταβολής νοσηλίων ανέρχεται στο 8%, έναντι 6% για το 2010.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι το υψηλό ποσοστό ανασφάλιστων αλλοδαπών σχετίζεται με το μεγάλο αριθμό παράνομων μεταναστών που στερείται ασφαλιστικών δικαιωμάτων. Ο χαμηλός αριθμός μεταναστών που επέδειξαν δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα/βιβλιάριο απορίας συνδέεται με το χαμηλό ποσοστό νόμιμων πολιτικών προσφύγων στη χώρα. Η χρήση υπηρεσιών περίθαλψης από τους άνδρες σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις γυναίκες σχετίζεται με τη φυλετική κατανομή του αλλοδαπού πληθυσμού καθώς και με τους επαγγελματικούς κλάδους στους οποίους απασχολούνται. Τα αίτια προσέλευσης στο νοσοκομείο καθώς και το χαμηλό ποσοστό εισαγωγών καταδεικνύουν ότι η πλειοψηφία των προβλημάτων υγείας των μεταναστών, θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τέλος το υψηλό ποσοστό των πασχόντων από λοιμώδη νοσήματα ενισχύει την ανησυχία για τη δημόσια υγεία και αναδεικνύει τη κακή κατάσταση υγείας του μεταναστευτικού πληθυσμού, τη χαμηλή έως ανύπαρκτη εμβολιαστική του κάλυψη και τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης.

**Λέξεις κλειδιά:** μετανάστης, υγεία, πρόνοια, περίθαλψη, σύστημα υγείας, ασφαλιστική κάλυψη, ανασφάλιστοι, δαπάνες υγείας.

**Title: An Immigrants and Health Care Empirical Research**

**Name: Moustaferi Evgenia**

**Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”**

**University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.**

**Supervisor: Dr Fafaliou Irene**

### **ABSTRACT**

Increased migration rates recorded in Greece the past few years have brought the country in a position of facing great challenges especially regarding issues of integrating immigrants into Greek society. The immigrants' access to high quality health services is an important aspect of social integration of foreigners. Unfortunately until recently little attention was paid to health care of immigrants and also the consequences of migration in the health care system. The increasing number of immigrants, the different use of health services by various ethnic groups, and the cost of immigrants in the health care system gradually form a new operational framework of the NHS.

This study aims to investigate and record the degree of use of health services by foreigners at the emergency department, the nosological spectrum of foreigners, the rate of foreigners admitted and the duration and cost of hospitalization as well as the coverage of hospital costs through insurance funds or private expenditure.

The empirical research conducted in a public hospital in the first health region, the first quarter of 2011 showed that the use of health services by immigrants reached the 16% of the total population. Foreigners chose to address the emergency department (ER) by 95% for their health problems, while only the 5% chose to visit the outpatient department of the hospital. The 54.31% were male and 45.68% female, while the average age was 36.3 years. The percentage of uninsured foreigners examined in ER was 22.4% whereas the main social security fund of immigrants who had insurance coverage was IKA (69.4%). The number of foreigners hospitalized was 102 (7.9%), of which 62.75% were female and 37.25% were male. The rate for infectious diseases was 44% versus 56% for the indigenous population, with major diseases of malaria infection and HIV.

The high rate of uninsured foreigners is associated with the large number of illegal immigrants. The low number of immigrants showed refugee identity card is related to the low rate of legitimate political refugees in the country. The use of health care services from men more frequently than women is associated with the racial distribution of the foreign population, as well as with the type of work. The causes of hospital attendance

and the low rate of admissions show that the majority of health problems of immigrants could be addressed in primary care structures. Finally, the high percentage of patients with infectious diseases reinforces the concern for public health and highlights the poor health of the immigrant population, low or no coverage of immunization and poor living conditions.

**Keywords:** Immigrants, health, welfare, health care, insurance coverage, uninsured, health expenditure.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>1-5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ-ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ.....</b>	<b>6-22</b>
1.1 Εισαγωγή .....	6
1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων μετανάστευση και μετανάστης .....	6
1.2.1 Ορισμός της μετανάστευσης .....	6
1.2.2 Ορισμός των εννοιών: μετανάστης, αλλοδαπός, πρόσφυγας, αιτούντα ασύλου, παλιννοστούντος.....	8
1.3 Τα αίτια της μετανάστευσης .....	11
1.4 Ιστορική αναδρομή.....	12
1.5 Το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ευρώπη.....	14
1.5.1 Η μετανάστευση στην Ευρώπη κατά την μεταπολεμική περίοδο έως και το 1989.....	14
1.5.2 Η μετανάστευση στην Ευρώπη μετά το 1989 .....	15
1.6 Μεταναστευτικές ροές προς και από την Ελλάδα.....	15
1.7 Οι οικονομικές επιπτώσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα ως χώρα υποδοχής.....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ .....</b>	<b>23-43</b>
2.1 Νομοθετικό πλαίσιο μεταναστευτικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	23
2.2 Πολιτικές για τη μετανάστευση: νομοθεσία και ενσωμάτωση στην Ελληνική Επικράτεια .....	25
2.3 Ζητήματα ασφάλισης και υγείας των οικονομικών μεταναστών .....	28
2.3.1 Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό .....	28
2.3.2 Οικονομικοί μετανάστες .....	29
2.3.3 Παλιννοστούντες – Ομογενείς.....	30
2.3.4 Αναγνωρισμένοι Πολιτικοί Πρόσφυγες.....	31
2.3.5 Μη νόμιμοι μετανάστες .....	31
2.4 Βασικοί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί: Προϋποθέσεις ασφάλισης και παροχές στους αλλοδαπούς.....	33
2.4.1 Ίδρυμα Κοινωνικώς Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) .....	33

2.4.2 Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) .....	34
2.4.3 Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) .....	35
2.4.4 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) .....	37
2.5 Ζητήματα κοινωνικής προστασίας των αλλοδαπών.....	39
2.6 Μέτρα για τον έλεγχο της παράνομης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους αλλοδαπούς.....	40

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ..... 44-61**

3.1 Μεθοδολογία: Η αναζήτηση στοιχείων κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης των μεταναστών.....	44
3.2 Πληθυσμός των αλλοδαπών.....	44
3.3 Ηλικία .....	44
3.4 Λόγοι μετανάστευσης και οικογενειακή κατάσταση .....	45
3.5 Χρόνος παραμονής.....	47
3.6 Γεωγραφική διάσταση .....	47
3.7 Επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού και των απασχολουμένων .....	48
3.8 Απασχόληση.....	51
3.9 Μερική απασχόληση .....	52
3.10 Ανεργία και ποσοστό ανεργίας .....	53
3.11 Θέση στο επάγγελμα.....	53
3.12 Δραστηριότητα ανά οικονομικό κλάδο .....	54
3.13 Επάγγελμα.....	55
3.14 Ασφάλιση μεταναστών .....	56
3.15 Το προφίλ υγείας των μεταναστών.....	57
3.16 Συμπεράσματα.....	60

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ..... 62-72**

4.1 Μεθοδολογία και αναζήτηση στοιχείων.....	62
4.2 Συνθετική παρουσίαση .....	63
4.2.1 ΙΚΑ .....	63
4.2.2 ΤΕΒΕ.....	64
4.2.3 ΟΓΑ.....	64

4.3 Ασφαλιστικές εισφορές, ημέρες εργασίας και αποδοχές των αλλοδαπών .....	64
4.3.1 Ασφαλιστικές εισφορές.....	64
4.3.2 Διάρκεια Εργασίας.....	66
4.3.3 Αποδοχές ανά ημέρες εργασίας.....	67
4.4 Πιθανές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας-πρόνοιας .....	67
4.4.1 Δομή της ηλικιακής πυραμίδας .....	67
4.4.2 Οικογένεια, παιδιά και σχολείο .....	70
4.4.3 Συνθήκες εργασίας και εργατικά ατυχήματα .....	71
4.5 Συμπεράσματα .....	72
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ .....</b>	<b>73-106</b>
5.1 Γενικές Παραδοχές.....	73
5.2 Υγειονομικές ανάγκες μεταναστών- Η Διεθνής εμπειρία .....	75
5.3 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας-Η Διεθνής εμπειρία .....	76
5.4 Οι υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών που διαμένουν στον Ελλαδικό χώρο .....	77
5.5 Η χρήση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από τους μετανάστες .....	80
5.6 Εμπειρική Έρευνα .....	83
5.6.1 Σκοπός.....	83
5.6.2 Υλικό-Μέθοδοι.....	84
5.6.3 Ευρήματα της έρευνας .....	86
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>106-113</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>114-123</b>
7.1 Περιορισμοί της έρευνας .....	114
7.2 Προτάσεις για την ενίσχυση της μεταναστευτικής πολιτικής .....	118
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>124</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>130</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1:</b> Μεταναστευτικά Ρεύματα και ελληνική κοινωνία.....	17
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2:</b> Επιβάρυνση της οικονομίας από την πλεονάζουσα μετανάστευση.....	20
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3:</b> Πληθυσμός ανάλογα την ομάδα ηλικίας και την υπηκοότητα, 2001.....	45
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4:</b> Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα, φύλο και κύριο λόγο εγκατάστασης στην Ελλάδα.....	46
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5:</b> Αλλοδαποί κατά φύλο, οικογενειακή κατάσταση (αλλοδαποί που δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα για εργασία).....	46
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6:</b> Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα, φύλο και χρόνο παραμονής στην Ελλάδα, (αλλοδαποί που δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν για εργασία).....	47
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7:</b> Αλλοδαποί κατά περιοχή που δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα για εργασία.....	48
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 8:</b> Κατανομή μεταναστών ανά Νομό σε σχέση με το συνολικό μεταναστευτικό πληθυσμό.....	48
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 9:</b> Αλλοδαποί κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των βαθμίδων.....	49
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 10:</b> Συνολικός πληθυσμός ηλικίας 6 ετών και άνω κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των βαθμίδων.....	50
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 11:</b> Αλλοδαποί κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης.....	51
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12:</b> Συνολικός Πληθυσμός ηλικίας 6 ετών και άνω κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης (Μέσης-Ανώτερης/Ανώτατης).....	51
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 13:</b> Απασχολούμενοι και μισθωτοί κατά υπηκοότητα.....	52
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 14:</b> Μέσος όρος ημερών εργασίας ανά ασφαλισμένο, 2003.....	52
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 15:</b> Απασχόληση, ανεργία, ποσοστό ανεργίας των αλλοδαπών και των Ελλήνων.....	53
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 16:</b> Απασχολούμενοι κατά φύλο και θέση στο επάγγελμα.....	54
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 17:</b> Σύνολο των απασχολούμενων και αλλοδαποί κατά ομάδες ατομικών επαγγελμάτων.....	55
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 18:</b> Αριθμός εγγεγραμμένων αλλοδαπών στο ΙΚΑ ανά υπηκοότητα.....	63
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 19:</b> Ετήσιες εισφορές σε κοινές επιχειρήσεις και οικονομοτεχνικά έργα.....	65
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 20:</b> Σύνολο εισφορών / Σύνολο αποδοχών (%).....	65

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 21:</b> Αριθμός ημερών εργασίας ανά ασφαλισμένο.....	66
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 22:</b> Σύνολο αποδοχών ανά ημέρες εργασίας, υπηκοότητα και φύλο/κοινές επιχειρήσεις.....	67
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 23:</b> Έλληνες, αλλοδαποί και αναλογία κατά ομάδα ηλικίας.....	69
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 24:</b> Μαθητές σε δημοσία και ιδιωτικά δημοτικά.....	70
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 25:</b> Συχνότητα ατυχημάτων ανά 1.000 εργαζομένους ως προς την υπηκοότητα.....	71
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 26:</b> Συχνότητα ατυχημάτων ανά 1.000 εργαζομένους ως προς το καθεστώς απασχόλησης.....	72
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 27:</b> Κατανομή αλλοδαπών ασθενών βάσει τομέα και ειδικότητας.....	87
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 28:</b> Ηλικιακή κατανομή αλλοδαπών ασθενών βάσει του αντίστοιχου τμήματος ΤΕΠ που επισκέφθηκαν.....	90
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 29:</b> Φυλετική κατανομή των μεταναστών ανά τομέα.....	91
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 30:</b> Κατανομή των τομέων ΤΕΠ ανά φύλο.....	91
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 31:</b> Συχνότητας και ποσοστού ασφάλισης των αλλοδαπών που εξετάστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.....	92
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 32:</b> Ασφαλιστικοί φορείς κάλυψης των μεταναστών.....	93
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 33:</b> Συχνότητα και ποσοστό εισαγωγής αλλοδαπών ασθενών ανά κλινική και τομέα.....	94
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 34:</b> Ποσοστιαία αναλογία και συχνότητα εισαγωγής βάσει φύλου.....	95
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 35:</b> Επιβεβαιωμένα θετικά κρούσματα μολυσματικών νοσημάτων σε αλλοδαπό πληθυσμό.....	97
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 36:</b> Συχνότητα και ποσοστό επισκεψιμότητας του τμήματος επειγόντων περιστατικών της γυναικολογικής κλινικής βάσει της εθνικότητας.....	99
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 37:</b> Δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους, 1 <sup>ος</sup> -3 <sup>ος</sup> 2011.....	100
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 38:</b> Δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους, 1 <sup>ος</sup> -3 <sup>ος</sup> 2010.....	103

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:</b> Ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης ημεδαπών και αλλοδαπών.....	56
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2:</b> Ασφαλιστική κάλυψη αλλοδαπών βάσει φορέα.....	57
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3:</b> Ηλικιακή κατανομή αλλοδαπών ασθενών (γυναικών & ανδρών) που επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	86
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4:</b> Ποσοστιαία αναλογία αλλοδαπών ασθενών βάσει τομέα και ειδικότητας.....	87
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5:</b> Ποσοστό εξετασθέντων ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών επί του συνόλου του πληθυσμού (Ελληνες-Αλλοδαποί).....	88
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6:</b> Διαγραμματική αποτύπωση του αριθμού των αλλοδαπών ασθενών επί του συνόλου του πληθυσμού που επισκέφθηκαν τα διάφορα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα.....	88
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7:</b> Συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης του Παθολογικού Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.....	89
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8:</b> Συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης του Χειρουργικού Τομέα Επειγόντων Περιστατικών.....	89
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9:</b> Έκβαση της χρήσης υπηρεσιών υγείας στο χώρο των επειγόντων περιστατικών από τους μετανάστες.....	90
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10:</b> Ποσοστιαία αναλογία της ασφαλιστικής κάλυψης των μεταναστών που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.....	92
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11:</b> Ποσοστιαία αναλογία της ασφαλιστικής κάλυψης των αλλοδαπών ασθενών που έκαναν εισαγωγή.....	95
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12:</b> Βασικές αιτίες εισαγωγής στα τμήματα του χειρουργικού και παθολογικού τομέα.....	96
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13:</b> Εκατοστιαία αναλογία επιβεβαιωμένων θετικών κρουσμάτων μεταναστών με μεταδοτικά λοιμογόνα νοσήματα ανά υπηκοότητα, για το 2011.....	97
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14:</b> Εκατοστιαία αναλογία των συχνότερα απαντώμενων λοιμωδών νοσημάτων σε αλλοδαπούς.....	98

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15:</b> Εκατοστιαία αναλογία επιβεβαιωμένων θετικών κρουσμάτων από το ΚΕΕΛ, μεταναστών και ελληνικού πληθυσμού, για το 2011.....	98
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16:</b> Διαγραμματική απεικόνιση των δαπανών νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους 1 <sup>ο</sup> Τρίμηνο 2011.....	101
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17:</b> Εκατοστιαία αναλογία των δαπανών νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους επί του συνόλου της δαπάνης 1 <sup>ο</sup> Τρίμηνο 2011 .....	102
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18:</b> Δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους (1 <sup>ο</sup> τρίμηνο 2010).....	104
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19:</b> Εκατοστιαία αναλογία των δαπανών νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους επί του συνόλου της δαπάνης (1 <sup>ο</sup> τρίμηνο 2010).....	105
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20:</b> Επισκεψιμότητα μεταναστών ανάλογα με το τμήμα (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών-Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων).....	106

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

- ∞ (Α.Ε.) Ανώνυμη Εταιρεία
- ∞ (ΑΕΙ / Α.Ε.Ι.) Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
- ∞ (ΑΕΠ) Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
- ∞ (ΕΔΚΑ) Εργαστηρίου Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων
- ∞ (Ε.Ε) Ευρωπαϊκή Ένωση
- ∞ (Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε.) Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής και Αποκατάστασης Αποδήμων και Παλιννοστούντων Ομογενών Ελλήνων
- ∞ (ΕΚ) Ευρωπαϊκή Κοινότητα
- ∞ (ΕΚΑΒ) Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
- ∞ (Ε.Κ.Α.Σ.) Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων
- ∞ (ΕΚΠΥ) Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας
- ∞ (ΕΟΚ) Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
- ∞ (ΕΟΠΥΥ) Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- ∞ (Ε.Π.Ε.) Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης
- ∞ (ΕΣΣΔ) Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών
- ∞ (ΕΣΥΕ) Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
- ∞ (ΕΣΥ) Εθνικό Σύστημα Υγείας
- ∞ (ΕΤΠ) Ευρωπαϊκό Ταμείο για τους Πρόσφυγες
- ∞ (ΗΠΑ) Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- ∞ (ΙΕΚ) Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης
- ∞ (ΙΚΑ) Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων
- ∞ (ΚΑΤΕΕ) Κέντρο Ανώτερης Τεχνικής Επαγγελματικής Εκπαιδεύσεως
- ∞ (ΚΕΑ) Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη
- ∞ (ΚΕΕΛ) Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
- ∞ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
- ∞ (Ν.Δ.) Νομοθετικό Διάταγμα
- ∞ (ΝΠΔΔ) Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
- ∞ (ΟΑΕΕ) Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
- ∞ (ΟΓΑ) Οργανισμός γεωργικών ασφαλίσεων
- ∞ (ΟΠΑΔ) Οργανισμός Περιθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
- ∞ (Πε.Σ.Υ) Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας



- ∞ (Π.Ο.Υ.) Παγκόσμιος Οργάνωση Υγείας
  - ∞ (ΤΑΕ) Ταμείο Ασφαλίσεως Εμπόρων
  - ∞ (ΤΕΒΕ) Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος
  - ∞ (ΤΕΙ) Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων
  - ∞ (Τ.Ε.Ι) Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
  - ∞ (ΤΕΛ) Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο
  - ∞ (ΤΕΠ) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
  - ∞ (ΤΕΣ) Ευρωπαϊκό Ταμείο Εξωτερικών Συνόρων
  - ∞ (ΤΣΑ) Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών
  - ∞ (ΥΑ) Υπουργική Απόφαση
  - ∞ (Υ.Π.Ε.) Υγειονομικής Περιφέρειας
  - ∞ (ΦΕΚ) Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
- 

- ∞ (AIDS) Acquired Immuno Deficiency Syndrome - Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας
- ∞ (AZT) Azidothymidine
- ∞ (CEDEFOP) European Centre for the Development of vocational training- Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Ανάπτυξη της Επαγγελματικής Κατάρτισης
- ∞ (FRONTEX) European Agency for the Management of Operational Cooperation at the External Borders of the Member States of the European Union-Ευρωπαϊκός οργανισμός για τη διαχείριση των εξωτερικών συνόρων
- ∞ (GATT) General Agreement on Tariffs and Trade - Γενική Συμφωνία Δασμών και Εμπορίου
- ∞ (HBsAg) is the surface antigen of the Hepatitis-B-Virus (HBV)= Αυστραλιανό Αντιγόνο
- ∞ (HIV) Human Immunodeficiency Virus = ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας
- ∞ (WHO) World Health Organization-Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

## Εισαγωγή και πλαίσιο της έρευνας

Οι πληθυσμιακές μετακινήσεις προς τα οικονομικά κέντρα της Δύσης οφείλονται σε συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικό-πολιτικές συνθήκες και πραγματοποιούνται σε διάφορες χρονικές περιόδους. Κατά την περίοδο από τη λήξη του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου και μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, οι ανάγκες για ταχύρρυθμη ανάπτυξη των δυτικοευρωπαϊκών χωρών συντελούν στην εντυπωσιακή μετανάστευση και στην αναζήτηση φτηνού εργατικού δυναμικού. Παρατηρείται μαζική μετανάστευση τόσο σε χώρες υπερατλαντικές (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία) όσο και σε ευρωπαϊκές χώρες (ιδίως Γερμανία, Βέλγιο, Ελβετία, Ολλανδία, Σουηδία, Γαλλία).

Με τη μετανάστευση προς τη Δύση, φτωχές χώρες όπως η Ελλάδα, βρίσκουν διέξοδο στα δικά τους οικονομικά και κοινωνικά μεταπολεμικά προβλήματα. Η μετανάστευση της περιόδου αυτής σφράγισε την Ελλάδα και συνέβαλε αποφασιστικά στη διαμόρφωση της σύγχρονης κοινωνικής, δημογραφικής, οικονομικής και πολιτισμικής πραγματικότητας (Ναζάκης και Χλέτσος, 2002).

Ωστόσο, από τη δεκαετία του '90 η Ελλάδα μετατρέπεται σε χώρα εισαγωγής μεταναστών, γεγονός που συνδέεται με τις ανάγκες και εξελίξεις της ελληνικής αγοράς εργασίας, την αναζήτηση φτηνών εργατικών χεριών, τη γειτνίαση με χώρες της Βαλκανικής και γενικότερα με τη γεωπολιτική της θέση (Μαρβάκης κ.α, 2001, Καβουνίδη, 2003).

Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, τα αυξημένα ποσοστά μετανάστευσης φέρνουν τις κοινωνίες υποδοχής αντιμέτωπες με προκλήσεις σχετικά με την ομαλή ενσωμάτωση των μεταναστών τόσο και κοινωνικό, όσο και σε πολιτικό και οικονομικό επίπεδο, οι πιο γνωστές εκ των οποίων αφορούν την αγορά εργασίας και τη στέγαση, τις σχέσεις μεταξύ των εθνών και την εκπαίδευση. Λίγη προσοχή, ωστόσο, έχει δοθεί στις συνέπειες της μετανάστευσης στο σύστημα υγείας.

Η πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας είναι μια σημαντική πτυχή της κοινωνικής ένταξης ή του αποκλεισμού των μεταναστών, που επηρεάζει και την κοινωνική ευημερία του συνόλου του πληθυσμού καθώς και τον τρόπο και το βαθμό λειτουργίας του εκάστοτε συστήματος υγείας. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες παροχής φροντίδας είναι αποτέλεσμα μίας μακράς διαδικασίας προσαρμογής στις ανάγκες της πλειοψηφίας του γηγενούς πληθυσμού, συνεπώς το ενδεχόμενο της αποτυχίας να ανταποκριθούν στις ανάγκες άλλων ομάδων είναι υπαρκτό (Ingleby et al., 2005).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η υγεία δεν προσδιορίζεται μόνο από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Πολλοί ειδικοί θεωρούν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ως ακόμη πιο σημαντικούς. Πράγματι, όπως υποδηλώνει το σύνθημα «υγεία σε κάθε πολιτική», σχεδόν όλες οι πλευρές της κοινωνικής ζωής μπορούν να έχουν συνέπειες στην υγεία των πολιτών. Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση είναι παράγοντες που συχνά επηρεάζουν τους μετανάστες σε δυσανάλογο βαθμό, έτσι όπως αυτό αποτυπώνεται στην έκθεση της Π.Ο.Υ. (2008)<sup>1</sup> για τους Κοινωνικούς Καθορισμούς της Υγείας. Αλλά και η στέγαση, οι διακρίσεις και οι κίνδυνοι για την υγεία που σχετίζονται με την εργασία μπορεί να έχουν ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των μεταναστών.

Οι δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας των μεταναστών μπορούν να αιτιολογηθούν είτε με την επίκληση ευρύτερων ανθρωπιστικών λόγων («η υγεία ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα», Pace, 2002) είτε περισσότερο ωφελιμιστικών λόγων, συνδεδεμένων με τις πολιτικές δημόσιας υγείας έτσι όπως εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα («η υγεία ως υπηρεσία γενικού [οικονομικού] ενδιαφέροντος», Huber, Maucher et al., 2008). Στην Ευρώπη, οι πολιτικές και οι νοοτροπίες αναφορικά με τους μετανάστες διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από χώρα σε χώρα και είναι ευεπίφορες ταχέων αλλαγών. Αυτή η αστάθεια αντικατοπτρίζεται στην ποικιλία των προσεγγίσεων και των στάσεων απέναντι στα θέματα υγείας των μεταναστών.

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών περιλαμβάνει δύο βασικούς άξονες. Από τη μία πλευρά την κατάσταση της υγείας τους και από την άλλη την ποιότητα και την προσβασιμότητα στις διαθέσιμες σε αυτούς υπηρεσίες φροντίδας. Οποιαδήποτε πρωτοβουλία σε αυτούς τους τομείς πρέπει να ξεκινήσει από μία σταθερή γνωστική βάση. Χρειάζεται να γνωρίζουμε πόσο υγιείς είναι οι μετανάστες και σε ποιους κινδύνους είναι εκτεθειμένοι, σε ποιο βαθμό τους παραβλέπουν οι υπηρεσίες υγείας, αλλά και μέχρι ποιο σημείο κάνουν κατάχρηση των δικαιωμάτων τους όσον αφορά στην προσβασιμότητα τους στο σύστημα υγείας. Όλα αυτά υποδηλώνουν την κομβική σημασία μίας διεξοδικής έρευνας για τους μετανάστες και την υγεία. (Ingleby et al., 2005)

Η γνώση και οι διαστάσεις που προκύπτουν από μία τέτοια έρευνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διαφορετικά επίπεδα:

---

<sup>1</sup> WHO (2008a). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization

- Στο επίπεδο της **διαμόρφωσης πολιτικής** (από κυβερνήσεις και αρμόδιες αρχές φροντίδας υγείας). Η πολιτική ηγεσία και οι αντίστοιχοι φορείς θα πρέπει να γνωρίζουν πού εντοπίζονται τα προβλήματα, πώς μπορούν να τα αντιμετωπίσουν και πόσο επείγοντα είναι.
- Στο επίπεδο της **παροχής υπηρεσιών** (από ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, φορείς δημόσιας υγείας) είναι αναγκαία μια έρευνα που να ενημερώνει σχετικά με τις ειδικές ανάγκες των μεταναστών, ώστε να είναι σε θέση οι επαγγελματίες υγείας να παράσχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες.

Η σύγχρονη φροντίδα υγείας κυριαρχείται ολοένα και περισσότερο από την αρχή ότι όλες οι παρεμβάσεις πρέπει να στηρίζονται σε *αποδείξεις*. Δεν είναι αρκετή η γνώση και η επαγγελματική εμπειρία. Απαιτούνται γεγονότα και δείκτες, βασισμένοι σε αξιόπιστα και έγκυρα ερευνητικά αποτελέσματα. Η έλλειψη βάσης δεδομένων είναι από τα κυριότερα εμπόδια στην πρόοδο σε αυτόν τον τομέα. Σε αρκετές χώρες, έχει ήδη δημιουργηθεί μια ουσιαστική βάση δεδομένων και έχει σημειωθεί αύξηση του αριθμού των ερευνητικών προγραμμάτων που αφορούν στην υγεία των μεταναστών (Ingleby et al., 2005).

Στην περίπτωση της Ελλάδας, η μάλλον απότομη μετατροπή της σε χώρα υποδοχής μεταναστών βρήκε απροετοίμαστους κράτος και πολίτες. Η μαζική είσοδος οικονομικών μεταναστών στις αρχές της δεκαετίας του '90 χτύπησε «ως κεραυνός εν αιθρία» την ελληνική κοινωνία, η οποία ως τότε είχε ενιαίο και ομοιογενή στην πλειοψηφία του πληθυσμό, ενώ αποτελούσε ταμπού κάθε δημόσια συζήτηση για τις μειονότητες (Λαμπριανίδης και Λυμπεράκη, 2001).

Οι περισσότεροι μετανάστες προβάλλουν οικονομικούς λόγους για να αιτιολογήσουν τη μετακίνησή τους. Ωστόσο, και άλλοι παράγοντες, όπως φυσικές καταστροφές, πόλεμοι, συνένωση οικογένειας, εκπαιδευτικές ανάγκες κλπ. συνδέονται με την προσωρινή ή τη μακροχρόνια μετανάστευση (Καβουνίδη, 2003).

Οι μεταναστευτικές ροές προς την Ελλάδα συνοδεύτηκαν από την απουσία – τουλάχιστον τα πρώτα χρόνια- μεταναστευτικής πολιτικής, ενώ τα ζητήματα υγείας και πρόνοιας του εν λόγω πληθυσμού και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας απουσίαζαν μέχρι πρόσφατα από οποιαδήποτε συζήτηση σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν, 2005β).

Η παρούσα μελέτη διερευνά τα ζητήματα σχετικά με την υγεία, πρόνοια και κοινωνική ασφάλιση και την πολιτική που εφαρμόζεται στους τομείς αυτούς για τους αλλοδαπούς οικονομικούς μετανάστες – νόμιμους και παράνομους- στη χώρα μας.

**Οι στόχοι της έρευνας είναι:**

- Η καταγραφή και αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης, όσον αφορά στην χρήση υπηρεσιών δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας περίθαλψης των νοσοκομειακών δομών του ΕΣΥ, από τους μετανάστες.
- Η παρουσίαση του γενικού προφίλ των μεταναστών και η διερεύνηση των δεδομένων που σχετίζονται άμεσα και έμμεσα με το σύστημα υγείας και πρόνοιας. Καθώς και η διερεύνηση της γενικής κατάστασης υγείας των μεταναστών, αλλά και των ιδιαίτερων υγειονομικών αναγκών που παρουσιάζουν.
- Η αποσαφήνιση του νομικού πλαισίου που καθορίζει τα δικαιώματα σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μεταναστών ανάλογα με την κατηγορία που ανήκουν (οικονομικοί μετανάστες, πρόσφυγες, παράνομοι μετανάστες).
- Η καταγραφή και αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης, όσον αφορά στην ασφάλιση των οικονομικών μεταναστών και η συγκέντρωση δεδομένων από τους ασφαλιστικούς φορείς.
- Η συνθετική ανάλυση των δεδομένων που μας παραχώρησαν οι τρεις πιο σημαντικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ), τα οποία αναφέρονται στο βαθμό ασφάλισης ανά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας των εργαζόμενων αλλοδαπών και αναδεικνύουν τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού-στόχου σε σχέση με το ελληνικό σύστημα υγείας και πρόνοιας.
- Η παρουσίαση προβληματισμών και ερωτημάτων σχετικών με το μέλλον της απασχόλησης και της υγείας-πρόνοιας των ασφαλισμένων μεταναστών με βάση τα σημερινά δεδομένα, τα οποία μας επιτρέπουν να προβλέψουμε πιθανές μελλοντικές εξελίξεις.
- Η διατύπωση προτάσεων μεταναστευτικής πολιτικής που στοχεύουν στη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης και αναμένεται να οδηγήσουν στην καλύτερη διαχείριση των παραπάνω θεμάτων.

Συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά του ιστορικού πλαισίου της μετανάστευσης, τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και στην Ελλάδα. Πραγματοποιείται εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων μετανάστευση και μετανάστης, ενώ γίνεται προσπάθεια σκιαγράφησης των αιτιών της μετανάστευσης, των οικονομικών επιπτώσεων

στη χώρα υποδοχής καθώς και του κόστους λαθρομετανάστευσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το νομοθετικό πλαίσιο ενσωμάτωσης των αλλοδαπών τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και στην ελληνική κοινωνία. Ενώ στη συνέχεια παραπείθεται το θεσμικό πλαίσιο προνοιακής πολιτικής στην Ελλάδα, σε θέματα σχετικά με την υγεία των μεταναστών. Θίγονται επίσης τα ζητήματα ασφάλισης και υγείας των αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών παράνομων και μη, καθώς και οι προϋποθέσεις ασφάλισης αλλά και παροχές των βασικότερων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ, ΟΓΑ). Τέλος στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώνονται τα προβλήματα από την παράνομη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες και προτείνονται μέτρα για τον έλεγχο αυτής.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται το οικονομικοκοινωνικό προφίλ των μεταναστών καθώς και της κατάστασης υγείας τους. Για την απεικόνιση των κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών των αλλοδαπών κάναμε χρήση των δεδομένων της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ -απογραφή πληθυσμού, 2001), ενώ για το επίπεδο υγείας των μεταναστών χρησιμοποιήσαμε μελέτες που έχουν λάβει χώρα στον ελλαδικό χώρο κυρίως μετά το 2000.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφεται ο βαθμός συμμετοχής των μεταναστών στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας, μέσω της παρουσίασης στοιχείων από τρία ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ, ΟΓΑ), με σκοπό τη διερεύνηση πιθανών επιπτώσεων των οικονομικών μεταναστών στις δαπάνες του συστήματος υγείας και πρόνοιας της χώρας.

Στα δύο τελευταία κεφάλαια της παρούσας εργασίας, παρουσιάζεται έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα περιοχής της Αθήνας, σχετικά με το βαθμό, τη συχνότητα αλλά και της μορφής χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Επίσης παρουσιάζονται και σχολιάζονται τα ευρήματα που προέκυψαν από την επεξεργασία και ανάλυση των μελετώμενων δεδομένων. Ενώ τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα της μελέτης καθώς και προτάσεις βελτίωσης της προνοιακής πολιτικής σχετικά με ζήτημα υγείας των μεταναστών.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ – ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

## 1.1 Εισαγωγή

Η μετανάστευση είναι ένα φαινόμενο με ιδιαιτερότητες που εκδηλώνονται διαχρονικά και σε παγκόσμια κλίμακα. Αποτελεί αντικείμενο κοινωνιολογικής έρευνας, αλλά και μελέτης χρήσιμης για το μέλλον των χωρών της Ευρώπης.

Οι άνθρωποι μεταναστεύουν για πολλούς λόγους, εκ των οποίων ο κυριότερος είναι η αποφυγή των πιεστικών παραγόντων της ζωής και η αναζήτηση ευνοϊκότερων συνθηκών διαβίωσης και ανεξαρτησίας. Έρευνες δείχνουν ότι οι διάφορες πληθυσμιακές ομάδες μεταναστεύουν για οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς, θρησκευτικούς αλλά και πολιτιστικούς λόγους.

Η μετανάστευση μπορεί να έχει προσωρινό ή μόνιμο χαρακτήρα. Στη βιβλιογραφία, γίνεται διάκριση σε εσωτερική ή εξωτερική μετανάστευση, σε εκούσια ή αναγκαστική, σε πρωτογενή ή δευτερογενή, σε συντηρητική ή καινοτόμο, σε πλήρη ή μερική (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1990).

## 1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων μετανάστευση και μετανάστης

### 1.2.1 Ορισμός μετανάστευσης

Η μετανάστευση ως φαινόμενο ερμηνεύεται και προσεγγίζεται διαφορετικά και για αυτό το λόγο έχει αποδοθεί με πολλούς τρόπους. Σύμφωνα λοιπόν με τις βιβλιογραφικές αναφορές θα μπορούσαμε να πούμε ότι ως **μετανάστευση (migration)** ορίζουμε τη φυσική μετάβαση ατόμων και ομάδων από μία κοινωνία, περιοχή ή χώρα σε κάποια άλλη ανεξάρτητα από τους λόγους που την προκαλούν (Eisenstadt, 1953) ή κάθε γεωγραφική μετακίνηση μεγάλου αριθμού ατόμων (Sauvy, 1996) ή τη μεταφορά εργατικού δυναμικού από μία περιοχή σε κάποια άλλη (Castles & Kosack, 1973).

Μπορεί δηλαδή, η γεωγραφική κινητικότητα να αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της μετανάστευσης, αλλά το τι κάθε φορά ορίζεται σαν μετανάστευση εξαρτάται από κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες. Για παράδειγμα, σήμερα μιλώντας για μετανάστευση εννοούμε συνήθως την οικονομική, διαχωρίζοντάς την έτσι από τις άλλες μορφές που μπορεί να είναι η προσφυγική και η ανταλλαγή πληθυσμού.

Ο Borjas (1991) εντοπίζοντας τη δυσκολία που μπορούν να επιφέρουν οι πολιτικοοικονομικές συνθήκες, διακρίνει τη μετανάστευση με βάση τους «παράγοντες προσέλκυσης» (*pull*) ή «απόθησης» (*push*). Οι «παράγοντες προσέλκυσης» ήταν αυτοί που καθόρισαν τον μεταναστευτικό χαρακτήρα στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα όπου οι μετανάστες επιλέγονταν από τη χώρα υποδοχής στο πλαίσιο μιας πολιτικής μετανάστευσης βασιζόμενης σε «συμβάσεις εργασίας» και διακρατικές συμφωνίες καλύπτοντας έτσι τις ανάγκες της σε εργατικό δυναμικό. Η πολιτική αστάθεια, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και η δημογραφική έκρηξη δημιουργούν αντίθετα τους «παράγοντες απόθησης» που μπορεί να καθορίσουν τις μεταναστευτικές κινήσεις.

Η μετακίνηση εντός μιας επικράτειας ή εκτός αυτής διακρίνει τη μετανάστευση σε εσωτερική ή εξωτερική (Schnapper, 1991). Η μετακίνηση εκτός μιας χώρας ή γεωγραφικής περιοχής του τόπου προέλευσης χαρακτηρίζεται ως αποδημία ή εκροή μεταναστών (*emigration*), ενώ εκείνη προς τους τόπους υποδοχής ως εισροή (*immigration*). Αναφορικά με τον τόπο προορισμού διακρίνουμε τη μετανάστευση σε ευρωπαϊκή ή ενδοευρωπαϊκή και σε υπερπόντια ή διηπειρωτική (Μουσούρου, 1991). Υπάρχει ακόμα διάκριση της μετανάστευσης ανάλογα με τη διάρκεια παραμονής σε α) βραχυπρόθεσμη μετανάστευση (*short-term or temporary migration*) και β) μακροπρόθεσμη μετανάστευση (*long term or permanent migration*) (OECD, 2001 στο Σαμπατάκου, 2006).

Ανάλογα δε, με τη νομική υπόσταση της μετανάστευσης χαρακτηρίζεται ως νόμιμη ή παράνομη. Ιστορικά η «λαθρομετανάστευση», σαν κοινωνικό φαινόμενο, συμπίπτει με την εμφάνιση της νομικής υπόστασης του «κράτους» και των συναφών εννοιών της κυριαρχίας των συνόρων των πολιτών, που περιόρισαν και έθεσαν υπό τον έλεγχο της κρατικής εξουσίας, την ελεύθερη είσοδο και παραμονή εντός των ορίων της κρατικής κυριαρχίας, ξένων προς το κράτος ατόμων ή ομάδων (Καψάλης, 2003).

Κοινωνιολογικά η λαθρομετανάστευση αποτελεί μια μη νόμιμη μορφή της λεγόμενης “εξωτερικής” μετανάστευσης δηλαδή της μετακίνησης ατόμων ή ομάδων από τη χώρα προέλευσης τους προς μια άλλη χώρα-κράτος με εθνολογική οντότητα, κοινωνική δομή και ίδιο πολιτισμό. Κύριο αίτιο εμφάνισης της μετανάστευσης και κατ’ επέκταση της λαθρομετανάστευσης υπήρξε, ανέκαθεν, η αναζήτηση καλύτερων “όρων ζωής” που δημιουργεί μια ισχυρότατη “δυναμική” μετακίνησης ατόμων ή ομάδων από χώρες χαμηλού βιοτικού επιπέδου σε χώρες οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά προηγμένες (Καψάλης, 2003).



Το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Ανάπτυξη της Επαγγελματικής Κατάρτισης (CEDEFOP) προτείνει ακόμα έναν τύπο ταξινόμησης βάσει των οδηγιών 2003/109/ΕΚ και 2004/114/ΕΚ του Συμβουλίου της Ευρώπης:

- **Μετανάστευση για εκπαίδευση:** περιλαμβάνει τους σπουδαστές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αλλά και αντίστοιχο ακαδημαϊκό προσωπικό που κινούνται προς χώρες με παρόμοια ή ανώτερα επίπεδα εκπαίδευσης σε σχέση με τη χώρα προέλευσής τους.
- **Μετανάστευση για κατάρτιση:** περιλαμβάνει τους επαγγελματίες εκείνους που περνούν ένα ορισμένο χρονικό διάστημα σε κάποια χώρα προκειμένου να εξοικειωθούν με τις σύγχρονες τεχνολογίες ή άλλα ειδικευμένα προϊόντα.
- **Μετανάστευση για επαγγελματικούς λόγους:** περιλαμβάνει άτομα που ταξιδεύουν για λόγους απασχόλησης.
- **«Φιλοξενούμενοι εργάτες» (contract migration):** το είδος αυτό μετανάστευσης εμφανίζεται όταν αναγνωρίζεται η ανειδίκευτη ή ημι-ειδικευμένη εργασία για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

### ***1.2.2 Ορισμός των εννοιών μετανάστης, αλλοδαπός, πρόσφυγας, αιτούντα ασύλου.***

**Οι Μετανάστες:** Ο όρος συνήθως περιγράφει τα άτομα εκείνα που λαμβάνουν μια ελεύθερη απόφαση να μετακινηθούν σε κάποια άλλη περιοχή ή χώρα, συχνά για καλύτερες οικονομικές ή κοινωνικές συνθήκες και για να βελτιώσουν τις προσωπικές τους προοπτικές και αυτές της οικογένειάς τους. Επίσης, οι άνθρωποι μεταναστεύουν για πολλούς άλλους λόγους (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, 2006). Η ευρεία αυτή έννοια έχει διαφορετικές νομικές εκδοχές στις σύγχρονες έννομες τάξεις. Σύμφωνα με τον ΟΗΕ, ως μετανάστες χαρακτηρίζονται τα άτομα που διαμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες μακριά από τον συνήθη τόπο κατοικίας του. Στην περίπτωση που βρίσκονται εντός των συνόρων της χώρας τους λέγονται εσωτερικοί μετανάστες, και στην περίπτωση που βρίσκονται εκτός συνόρων της χώρας του λέγεται εξωτερικοί ή διεθνείς μετανάστες.

Πρόκειται δηλαδή για άτομα που εγκαταλείπουν τη χώρα τους οικιοθελώς, με σκοπό να εγκατασταθούν σε άλλη χώρα για οικονομικούς λόγους και, ως εκ τούτου, ονομάζονται **οικονομικοί μετανάστες**. Στη κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται και τα άτομα που μεταναστεύουν για λόγους οικογενειακής επανένωσης ή σχηματισμό οικογένειας (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, 2006).

Οι μετανάστες, με βάσει το καθεστώς εισόδου και παραμονής στη χώρα υποδοχής, διακρίνεται σε Νόμιμους και Παράνομους Μετανάστες.

Νόμιμοι μετανάστες είναι τα πρόσωπα τα οποία έχουν εισέλθει και παραμένουν νόμιμα στη χώρα, η παρουσία τους έχει καταγραφεί από τις αρμόδιες αρχές και είναι εφοδιασμένα με την απαιτούμενη άδεια παραμονής και εργασίας. Οι μετανάστες ξένης εθνικότητας διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες:

- Όσοι προέρχονται από κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίοι έχουν δικαίωμα ελεύθερης εγκατάστασης. Πιο συγκεκριμένα στο κοινοτικό δίκαιο οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που μετακινούνται από τη μια χώρα σε μια άλλη της Ένωσης, ονομάζονται **διακινούμενοι εργαζόμενοι** (Μάρκου, 1998).
- Οι υπήκοοι τρίτων χωρών, για την είσοδο και παραμονή των οποίων στη χώρα απαιτείται διαδικασία προέγκρισης.

Ενώ ως παράνομοι μετανάστες χαρακτηρίζονται οι αλλοδαποί που είτε εισήλθαν στη χώρα εξαρχής, χωρίς νόμιμα ταξιδιωτικά έγγραφα, οπότε χαρακτηρίζονται «**λαθρομετανάστες**» είτε εισήλθαν νόμιμα μεν, υπό κάποια ιδιότητα (τουρισμός, σπουδές, νόμιμη εργασία κ.λπ.) αλλά στη συνέχεια παραμένουν παράνομα στη χώρα, ως αντικανονικοί μετανάστες (Καστορίδας, 1991).

**Οι αιτούντες ασύλου:** είναι άνθρωποι που έχουν καταθέσει αίτηση για άσυλο στη χώρα υποδοχής και αναμένουν την έγκρισή της. Είναι άτομα που εγκατέλειψαν τη χώρα τους λόγω πολιτικών ή ιδεολογικών διαφορών και που η επιστροφή τους εγκυμονεί κινδύνους για την ακεραιότητά τους (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου, 2003, Σιάμπος 1993).

**Οι Πρόσφυγες:** είναι αυτοί που έχουν λάβει πολιτικό άσυλο και τους χορηγείται άδεια αορίστου παραμονής στη χώρα υποδοχής με πλήρη εργασιακά δικαιώματα. Πρόκειται για τους αλλοδαπούς οι οποίοι προστατεύονται σύμφωνα με το Άρθρο 1 § 2α της Σύμβασης της Γενεύης (1951), όπως τροποποιήθηκε με το Άρθρο 12 του Πρωτοκόλλου της Ν. Υόρκης (1967), εφόσον βρίσκονται εκτός της χώρας υπηκοότητάς τους, λόγω δικαιολογημένου φόβου δίωξης, εξαιτίας της φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης ή πολιτικών πεποιθήσεών τους και οι οποίοι, για τον λόγο αυτό, αδυνατούν ή δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στη χώρα προέλευσης. Το ίδιο ισχύει για όσους βρίσκονται για αντίστοιχους λόγους εκτός της χώρας μόνιμης διαμονής τους. Την προσφυγική ιδιότητα, επίσης, δικαιούται να ζητήσει ο πολίτης (ή ανιθαγενής) τρίτης χώρας, ο οποίος υπάγεται στο καθεστώς αυτό λόγω μεταγενέστερων της αναχώρησής του

από την χώρα προέλευσης γεγονότων, που έλαβαν εκεί χώρα (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου, 2003, Σιάμπος, 1993).

Νέα κατηγορία μη καταστατικών προσφύγων αποτελούν οι λεγόμενοι **de facto πρόσφυγες**, δηλαδή υπήκοοι τρίτων χωρών, των οποίων το αίτημα για παροχή ασύλου έχει απορριφθεί για τυπικούς λόγους, είτε δεν έχουν καν υποβάλλει τέτοιο αίτημα, λόγω φόβου αντιποίνων κατά συγγενών τους στη χώρα προέλευσης είτε γιατί δεν απέδειξαν πλήρως ότι διώκονται ατομικά, παρά το γεγονός ότι αποδεδειγμένα ανήκουν σε διωκόμενη ομάδα είτε επειδή αναγκάστηκαν να μετακινηθούν από τη χώρα τους λόγω πολέμου, εμφύλιας σύρραξης, πολιτικής ή κοινωνικής αναταραχής ή συνεπεία σοβαρών φυσικών καταστροφών. Συχνά, τέτοιες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται ευνοϊκά με την χορήγηση προσωρινών αδειών παραμονής, για λόγους ανθρωπιστικούς, παρά το γεγονός ότι δεν αναγνωρίζονται ως πρόσφυγες και δεν τους παρέχεται επίσημα άσυλο (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου, 2003).

Κατά την εφαρμογή της Σύμβασης της Γενεύης, κάθε κράτος διαμορφώνει τα δικά του ερμηνευτικά κριτήρια για τις προϋποθέσεις αναγνώρισης της προσφυγικής ιδιότητας, τα οποία συχνά δεν είναι άμοιρα της εξωτερικής πολιτικής ή των εσωτερικών προβλημάτων κάθε χώρας.

Αναφορικά με τη χώρας τώρα θα λέγαμε ότι η επίσημη, νομική απόδοση του όρου "μετανάστης" εμπεριέχεται στη λέξη "αλλοδαπός". Παρόλο που ο έλληνας νομοθέτης του νόμου 2910/2001<sup>2</sup>, στην εισηγητική του έκθεση αναφέρεται στην φιλοδοξία της χάραξης μιας νέας μεταναστευτικής πολιτικής και χρησιμοποιεί πολλές φορές τον ανάλογο όρο, σε ολόκληρο το κυρίως σώμα του νόμου και ιδίως στο κεφάλαιο των ορισμών, ο όρος αυτός δεν προτιμάται. Άντ' αυτού, προσδιορίζεται η ιδιότητα του αλλοδαπού, η οποία αποδίδεται σε *"κάθε φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ή που δεν έχει ιθαγένεια"*. Σημασία δεν φαίνεται να έχει ο σκοπός της μετακίνησης του αλλοδαπού στην Ελλάδα, αλλά το γεγονός ότι δεν είναι έλληνας. Τυπικά αλλά και ουσιαστικά, χρησιμοποιείται μόνο για τους υπηκόους τρίτων χωρών (εξαιρώντας π.χ. τους υπηκόους της Ε.Ε.) αφού οι υπήκοοι κρατους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη μετακίνησή τους εντός της Ένωσης δεν λογίζονται ως μετανάστες ενώ το ίδιο ισχύει σε σχέση και με την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη (Καψάλης, 2003).

---

<sup>2</sup> ΦΕΚ Α 91, 27.4/2.5.2001.

Με τον όρο λοιπόν «*αλλοδαπός*» περιγράφονται οι παρακάτω κατηγορίες:

- Ξένοι υπήκοοι που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα και έχουν άδεια παραμονής και εργασίας (Μετανάστες με τα απαραίτητα έγγραφα)
- Ξένοι υπήκοοι που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα παράνομα, χωρίς άδεια παραμονής ή εργασίας σε ισχύ (Μετανάστες χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα)
- Αιτούντες άσυλο και άμεσα εξαρτώμενα μέλη που έχουν κάνει ή έχουν εισέλθει στην Ελλάδα με την πρόθεση να κάνουν αίτηση ασύλου
- Πρόσφυγες που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα έχοντας αποκτήσει το καθεστώς του πρόσφυγα από τις αρμόδιες αρχές.

Στις παραπάνω κατηγορίες προστίθενται οι Έλληνες μετανάστες ή μετανάστες ελληνικής καταγωγής (Τσιτσελίκης, 2006):

- Παλινοστούντες ομογενείς, οι οποίοι είναι υπήκοοι των νέων ανεξάρτητων κρατών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, ελληνικής καταγωγής, και μπορούν να αποκτήσουν την ελληνική υπηκοότητα, αν το επιθυμούν.
- Ομογενείς, οι οποίοι έχουν αλβανική υπηκοότητα, είναι ελληνικής καταγωγής και έχουν τη δυνατότητα ειδικής άδειας παραμονής και εργασίας τριχρονής διάρκειας.

### **1.3 Τα αίτια της μετανάστευσης**

Έχει επιχειρηθεί η ερμηνεία της μετανάστευσης με τη διατύπωση θεωριών που αφορούν στα προβλήματα υπερπληθυσμού, το δυσμενές νομικό πλαίσιο, την υψηλή φορολογία και το αρνητικό κοινωνικό περιβάλλον και θέτουν ως κυρίαρχο κίνητρο τη βελτίωση της οικονομικής κατάστασης και του βιοτικού επιπέδου.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την μετανάστευση σχετίζονται τόσο με ευρύτερους οικονομικό-κοινωνικούς παράγοντες όσο και με το προφίλ της περιοχής και με τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων που μετακινούνται. Για παράδειγμα, οι εισοδηματικές διαφορές μεταξύ χώρας – προορισμού και χώρας – προέλευσης επηρεάζουν θετικά τη μετανάστευση. Όσο επίσης μειώνεται η γεωγραφική απόσταση, αυξάνονται οι πιθανότητες των ατόμων να μεταναστεύσουν. Εκτός όμως από τις εισοδηματικές διαφορές,<sup>3</sup> σημαντικός παράγοντας είναι και ο «χρόνος αναζήτησης εργασίας». Όσο παρατείνεται ο χρόνος εύρεσης εργασίας στην χώρα προορισμού, τόσο μειώνεται η πιθανότητα για μετανάστευση. (Stiglitz, 1974)

<sup>3</sup> Το βασικό μοντέλο μετανάστευσης στηριζόμενο στη διαφορά των μισθών ανάμεσα στη χώρα προέλευσης και στη χώρα προορισμού αναπτύχθηκε από τους Harris & Todaro (1970)

Σύμφωνα με τον Borjas (1996), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων επηρεάζουν τη μετανάστευση. Για παράδειγμα η μετανάστευση είναι περισσότερο διαδομένη στους νέους και στους πιο μορφωμένους. Ο διεθνής ανταγωνισμός ευνοεί επίσης τη μετανάστευση. Η μετανάστευση διευκολύνεται επίσης στο πλαίσιο ενός περισσότερο ανοικτού διεθνούς συστήματος, στο βαθμό που οι πλουσιότερες χώρες μπορούν να αναζητούν εξειδικευμένη εργασία από τις φτωχότερες χώρες.

#### **1.4 Ιστορική αναδρομή**

Η μετανάστευση είναι ένα φαινόμενο άμεσα συνδεδεμένο με την ανθρώπινη ύπαρξη, που πυροδοτείται από ποικίλους και σύνθετους μηχανισμούς, επιφέροντας σημαντικές γεωπολιτικές, κοινωνικοοικονομικές και δημογραφικές μεταβολές τόσο στις χώρες υποδοχής όσο και στις χώρες προέλευσης των μεταναστών, αποτελεί δε, αντικείμενο κοινωνιολογικής και ιστορικής μελέτης.

Οι πρώτες μεταναστεύσεις πληθυσμού τοποθετούνται χρονικά στα προϊστορικά χρόνια, σε εποχές μεγάλων γεωγραφικών και κλιματολογικών αλλαγών στον πλανήτη, όπου οι διάφορες φυλές ήταν αναγκασμένες να μεταναστεύουν από τον έναν τόπο στον άλλο, προσπαθώντας να επιβιώσουν. Από τα ψυχρά κλίματα μετακινούνταν προς τα θερμότερα, από τα ορεινά στα πεδινά, από τα φτωχά σε καρπούς, νερό και κυνήγι στα πλουσιότερα (Huntley and Thompson, 1989).

Σε μεταγενέστερες εποχές όπου ο άνθρωπος ανακάλυψε την καλλιέργεια της γης, οι ομαδικές μεταναστεύσεις πληθυσμού, σχετίζονταν με την ανάγκη μετακίνησης προς περιοχές εύφορες και προς εκμετάλλευση, ανάγκες που δημιούργησε η ίδια η παραγωγική διαδικασία (Sanjek, 2003).

Στα χρόνια της κλασικής αρχαιότητας οι μεταναστεύσεις έλαβαν μια νέα πιο σύνθετη μορφή. Η κοινωνική δομή των κρατών της εποχής και η ανάγκη επέκτασης της οικονομικής και πολιτικής επιρροής τους, οδήγησαν στην κυριάρχηση και κατάκτηση καινούριων χωρών. Στην περίοδο αυτή άνθισε και ο θεσμός των αποικιών, των νέων εξαρτώμενων από μια μητρόπολη κρατιδίων, όπου συρρέουν και εγκαθίστανται (προσωρινά ή μόνιμα) στα νέα εδάφη, μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες από τα μητροπολιτικά κέντρα (Sanjek, 2003). Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής πολιτικής αποικισμού είναι η επεκτατική στρατηγική που εφάρμοσαν οι αρχαίοι Έλληνες αποικίζοντας μεγάλες περιοχές της Μεσογείου, φαινόμενο που γενικεύεται κατά την αλεξανδρινή εποχή. Κατά τη Ρωμαϊκή περίοδο, αρκετοί μετακινήθηκαν είτε εθελούσια

είτε ως δούλοι (βόρεια και δυτική Αφρική, περιοχές της πρώην Δυτικής Γερμανίας, Σερβία).

Με την αποδυνάμωση και τη διαίρεση της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, γερμανικά φύλα, γύρω στον 5<sup>ο</sup> αιώνα μΧ., άρχισαν να εισβάλλουν στα πάλαι ποτέ εδάφη της. Την ίδια εποχή εμφανίστηκαν οι Ούνοι, οι οποίοι εισέβαλαν δυναμικά στην Ευρώπη. Οι μετακινήσεις αυτές και κυρίως των γερμανικών φύλων, είναι γνωστές ως η «Μεγάλη Μετανάστευση των Λαών».<sup>4</sup> Κατά τη βυζαντινή περίοδο, οι μεταναστευτικές κινήσεις συνεχίστηκαν με κύριες αυτές των αραβικών και σλαβόφωνων ομάδων, ενώ κι αυτές κατά την περίοδο της τουρκοκρατίας, είχαν τις περισσότερες φορές βίαια αναγκαστικό χαρακτήρα.

Η ανακάλυψη του Νέου Κόσμου έδωσε επιπλέον ώθηση στις μετακινήσεις των πληθυσμών, που υποφέροντας από τις συνέπειες της άνισης ανάπτυξης της οικονομίας στις χώρες τους, από την έλλειψη πολιτικής και θρησκευτικής ελευθερίας, αναζήτησαν διέξοδο προς τις νέες χώρες (Page Moch, 1995). Η περίοδος των εκατό χρόνων μετά το 1815, ήταν αυτή με το μεγαλύτερο μεταναστευτικό ρεύμα στην ιστορία. Τότε μετανάστευσαν περίπου 60 εκατομμύρια Ευρωπαίοι προς την Αμερική, την Αυστραλία, τη νότια Αφρική και τις άλλες αποικίες. Δέκα εκατομμύρια Ρώσοι κινήθηκαν προς την κεντρική Ασία και τη Σιβηρία. Δώδεκα εκατομμύρια Κινέζοι και 6 εκατομμύρια Ιάπωνες μετανάστευσαν στην ανατολική και νοτιοανατολική Ασία, ενώ πάνω από 1,5 εκατομμύριο Ινδοί κινήθηκαν προς την νοτιοανατολική Ασία και τη νότια και ανατολική Αφρική (Λαμπριανίδης, 2001).

Την περίοδο του Μεσοπολέμου, εντοπίζονται μετακινήσεις πληθυσμών που γίνονται για εθνικούς λόγους, όπως η ανταλλαγή πληθυσμών το 1922 όπου 1,2 εκατομμύρια Έλληνες ήρθαν από την Τουρκία και 300 χιλιάδες Τούρκοι έφυγαν από την Ελλάδα. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο σημειώθηκε κίνηση μεγάλου αριθμού μεταναστών, λόγω των αλλαγών που επήλθαν (γεωγραφικών, καθεστωτικών κτλ.). Μεταξύ 1945-47, υποχρεώθηκαν να μετακινηθούν 40 εκατομμύρια άτομα προς την ανατολική κυρίως Ευρώπη, ενώ 8 εκατομμύρια Γερμανοί διώχθηκαν κυρίως από την Πολωνία και τις τότε Τσεχοσλοβακία και ΕΣΣΔ. Το 1948, η διχοτόμηση της Ινδίας σήμανε την αναγκαστική μετακίνηση 7,5 εκατομμυρίων μουσουλμάνων από την Ινδία και 10,5 εκατομμυρίων Ινδών από το Πακιστάν, ενώ μεταξύ 1950-53, 9 εκατομμύρια πρόσφυγες πρόεκυψαν από την διχοτόμηση της Κορέας (Λαμπριανίδης, 2001).

<sup>4</sup> Ιστορία Ρωμαϊκή και Βυζαντινή Β' Γυμνασίου, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, 1997, σελ. 93-98.

Οι μεταναστεύσεις της περιόδου αυτής δεν ήταν αποκλειστικά αναγκαστικού χαρακτήρα. Έγιναν και εκούσιες μετακινήσεις με κύριο σκοπό την ανεύρεση εργασίας και καλύτερων συνθηκών διαβίωσης. Εργατικό δυναμικό από τις χώρες γύρω από τη Μεσόγειο μετανάστευσε στις Γερμανία, Γαλλία, Ελβετία και Κάτω Χώρες, κάτι που διήρκησε μέχρι την οικονομική κρίση των τελών του '70.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η μετανάστευση λαμβάνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις, με την Ευρώπη να αποτελεί έναν από τους κύριους υποδοχείς των μεταναστευτικών ροών. Από το 1975 μάλιστα, έχει διπλασιαστεί ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν σε χώρα άλλη από εκείνη που γεννήθηκαν. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το έτος 2002 περίπου 175 εκατομμύρια άνθρωποι ανά τον κόσμο ήταν μετανάστες. Στις ανεπτυγμένες χώρες, ο 1 στους 10 περίπου κάτοικους ήταν μετανάστης, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες η αναλογία ήταν 1 στους 70 (Καβουνίδη, 2003).

## **1.5 Το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ευρώπη**

### ***1.5.1 Η μετανάστευση στην Ευρώπη κατά τη μεταπολεμική περίοδο έως και το 1989***

Στην Ευρώπη, η περίοδος αμέσως μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίστηκε από μεγάλα μεταναστευτικά ρεύματα από το Νότο προς τον Βορρά. Χώρες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης, όπως το Βέλγιο, η Γαλλία, η Βρετανία και η Γερμανία, υποδέχθηκαν μετανάστες από τη νότια Ευρώπη και τη Μεσόγειο, αλλά και από χώρες της Αφρικής, της Καραϊβικής και της Ασίας. Η περίοδος αυτή υπήρξε περίοδος ανοικοδόμησης και βιομηχανικής ανάπτυξης για την Ευρώπη, η οποία αντιμετώπιζε έλλειψη εργατικού δυναμικού εξαιτίας του καταστροφικού πολέμου.

Ο συγκεκριμένος τύπος μετανάστευσης υπήρξε κομμάτι του συστήματος βιομηχανικής παραγωγής και συχνά διεκπεραιώνονταν μέσω πολιτικών ενεργητικής προσέλκυσης μεταναστών. Παρόλο που πολλοί μετανάστες επέστρεψαν στη χώρα καταγωγής τους έπειτα από κάποια χρόνια, αρκετοί ήταν αυτοί που εγκαταστάθηκαν μόνιμα στις χώρες υποδοχής. Αυτό τις έφερε αντιμέτωπες με σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές προκλήσεις που εξακολουθούν να προβληματίζουν (Τριανταφυλλίδου, 2010).

Η δυναμική της μετανάστευσης στην Ευρώπη άλλαξε στις αρχές της δεκαετίας του '70 ως συνέπεια της πετρελαϊκής κρίσης. Η οικονομική ανάπτυξη στη δυτική Ευρώπη άρχισε να επιβραδύνεται, οι δομικές αλλαγές στις αγορές εργασίας έγιναν ορατές και η ανεργία ακολούθησε ανοδική πορεία. Οι πολιτικές οικονομικής συνοχής της Ευρωπαϊκής Κοινότητας σταδιακά ελάττωσαν τη μεταναστευτική ροή από τη νότια στη βόρεια Ευρώπη (Τριανταφυλλίδου, 2010).

Τη δεκαετία του '80, η κατάσταση άρχισε και πάλι να αλλάζει. Η παγκόσμια οικονομική ολοκλήρωση μέσω διεθνών συμφωνιών για το εμπόριο και τις υπηρεσίες (Γενική Συμφωνία Δασμών, GATT και Συμφωνία Εμπορίου και Υπηρεσιών, GATS), η παγκοσμιοποίηση του κεφαλαίου και της εργασίας και η ραγδαία ανάπτυξη των δικτύων μεταφορών και επικοινωνιών, συνέβαλαν στην εμφάνιση νέων τύπων μεταναστευτικών ρευμάτων. Παράλληλα, η γεωπολιτική μεταμόρφωση της Ευρώπης μετά το 1989 δημιούργησε νέες ευκαιρίες προσωρινής και μακροχρόνιας μετανάστευσης εντός της ηπείρου (Τριανταφυλλίδου, 2010).

### **1.5.2 Η μετανάστευση στην Ευρώπη μετά το 1989**

Η κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη δημιούργησε ένα πιο ρευστό και δυναμικό περιβάλλον. Τα σύνορα άνοιξαν και πολίτες που ήταν αντιμέτωποι με την αποδόμηση του συστήματος παραγωγής και του κοινωνικού κράτους στις χώρες καταγωγής τους, άρχισαν να αναζητούν ευκαιρίες εργασίας στη δυτική και νότια Ευρώπη (Wallace & Stola, 2001, Favell & Hansen, 2002).

Η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στους οικονομικούς μετανάστες και σε όσους μεταναστεύουν για άλλους λόγους –πολιτική αστάθεια, πόλεμοι, κοινωνικός στιγματισμός- γίνεται όλο και πιο ασαφής. Έτσι άνθρωποι που αναζητούν καταφύγιο από τις πολιτικές διώξεις ενίοτε επέλεγον την οδό της οικονομικής μετανάστευσης, νόμιμη ή μη, ενώ άλλοι, που έχουν οικονομικά κίνητρα και εγκαταλείπουν τις χώρες τους λόγω της υψηλής ανεργίας ή φτώχειας, ζητούν άσυλο (Wallace, 2002).

Οι χώρες της νότιας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, οι οποίες αναπροσδιορίζονταν ως πολιτισμικά και θρησκευτικά ομοιογενείς, αποδείχθηκαν μάλλον ανέτοιμες να διαχειριστούν την εισροή μεταναστών. Η ανταπόκρισή τους ήταν σταδιακή, αρχικά με διαδοχικά προγράμματα νομιμοποίησης των παράνομων μεταναστών και στη συνέχεια με προσπάθειες οικονομικής και πολιτισμικής ενσωμάτωσής τους (Τριανταφυλλίδου, 2010).

### **1.6 Μεταναστευτικές ροές προς και από την Ελλάδα**

Η Ελλάδα προτού μετατραπεί σε χώρα υποδοχής μεταναστών, υπήρξε και η ίδια χώρα αποστολής για πολλές δεκαετίες. Για λόγους που κατά καιρούς διαφοροποιούνται, οι Έλληνες φαίνεται πως πάντα αποζητούσαν καινούριες πατρίδες με παραδοσιακούς προορισμούς τον Εύξεινο Πόντο, την ανατολική Μεσόγειο, τη νότια πρώην Σοβιετική



Ένωση και κάποια κέντρα της δυτικής Ευρώπης, που έγιναν οι πυρήνες μιας ισχυρής αλλά και πολυπληθούς διασποράς.

Από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, οι αναζητήσεις κατευθύνονταν ακόμα πιο μακριά, με κύριους αποδέκτες την Αμερική και την Αυστραλία (Τσουκαλάς, 1982). Ο μεταναστευτικός πυρετός θα κορυφωθεί την εικοσαετία 1900-20 και η Ελλάδα θα χάσει το 8% του συνολικού της πληθυσμού. Περίπου 25.000 άνθρωποι εγκαταλείπουν κάθε χρόνο τη χώρα οικονομικά εξουθενωμένοι και πολιτικά αβέβαιοι (Τσουκαλάς, 1982).

Τα μεταπολεμικά χρόνια βρήκαν την Ελλάδα να «αιμορραγεί» από την απώλεια του εργατικού δυναμικού της, αφού μεγάλος αριθμός Ελλήνων εγκατέλειπαν τη χώρα με προορισμό αναπτυγμένες οικονομίες του Βορρά και υπερπόντιων χωρών προς αναζήτηση καλύτερων συνθηκών απασχόλησης και διαβίωσης. Την περίοδο 1945-73 μετανάστευσαν 1.000.000 Έλληνες, οι μισοί εκ των οποίων εγκαταστάθηκαν σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης, ενώ οι υπόλοιποι στην Αμερική, τον Καναδά και την Αυστραλία. Μέχρι τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, περίπου 5 ήταν τα εκατομμύρια των Ελλήνων μεταναστών (Fakiolas, 1995).

Τα τελευταία χρόνια όμως η κατάσταση αντιστράφηκε, ο αριθμός των μεταναστών και κυρίως αυτών που εισήλθαν σε ελληνικό έδαφος μη διαθέτοντας τα απαραίτητα έγγραφα, αυξήθηκε σημαντικά. Ήδη, από τις αρχές της δεκαετίας του '70, η Ελλάδα είχε αρχίσει να δέχεται μετανάστες από τις χώρες της Αφρικής και της Ασίας στο πλαίσιο της κάλυψης των αναγκών της σε φτηνό εργατικό δυναμικό. Η πτώση της δικτατορίας ευνόησε την επιστροφή των πολιτικών προσφύγων και οι περιοριστικές μεταναστευτικές πολιτικές των ΗΠΑ και της Αυστραλίας την επιστροφή αρκετών οικονομικών μεταναστών (Psimenos, I & Georgoulas S, 2001).

Οι πρώτες αξιόλογες εισροές παρατηρήθηκαν από τα μέσα της δεκαετίας του '80 με την εμφάνιση πολιτικών φιλελευθεροποίησης, οπότε και καταφθάνουν μετανάστες από την Πολωνία και αργότερα από την Βουλγαρία και τη Ρουμανία. Οι εισροές όμως γνώρισαν έξαρση με την κατάρρευση της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και ιδίως με την κατάρρευση του Σοσιαλισμού στην Αλβανία στις αρχές της δεκαετίας του '90. Πολλοί από τους μετανάστες ήταν ομογενείς και παλιννοστούντες. Ειδικές διατάξεις ρύθμισαν το καθεστώς διαμονής και εργασίας τους, καθώς και την απόκτηση ελληνικής ιθαγένειας (Παπαηλίας, 2006).

Παράλληλα, η πολιτική κρίση και ο πόλεμος στην πρώην Γιουγκοσλαβία προκάλεσε ένα κύμα προσφύγων, ενώ διαδοχικά κύματα λαθρομεταναστών προήλθαν

κυρίως από χώρες της Ασίας και της Αφρικής (Πακιστανοί, Ιρακινοί, Αιγύπτιοι και Νιγηριανοί) (Psimenos, I & Georgoulas S, 2001).

Ο πίνακας 1 που ακολουθεί περιγράφει συνοπτικά τα μεταναστευτικά ρεύματα που χαρακτήρισαν τη σύγχρονη ελληνική ιστορία.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

### *Μεταναστευτικά Ρεύματα και ελληνική κοινωνία*

<b>1900-1920: Έντονο μεταναστευτικό ρεύμα προς ΗΠΑ, Καναδά</b>
<b>1920-1955: Φυσιολογική μεταναστευτική κίνηση των Ελλήνων</b>
<b>1955-1959: Νέο μεταναστευτικό ρεύμα Ελλήνων προς άλλες χώρες</b>
<b>1960-1974: Εκρηκτικό ρεύμα των Ελλήνων προς Γερμανία, Αυστραλία και ΗΠΑ</b>
<b>1974-1980: Αρχίζει το μεταναστευτικό ρεύμα προς την Ελλάδα</b>
<b>1981-1988: Παρατηρείται έντονο μεταναστευτικό ρεύμα με τη μορφή της παράνομης απασχόλησης</b>
<b>1988-1991: Υπερβολική αύξηση των ξένων παράνομα απασχολούμενων που υπολογίζονται πλέον σε 300,000</b>

Πηγή : Σούλης Σ, (1993), σ. 443

Οι λόγοι που οδηγούν τις διάφορες εθνοτικές ομάδες να επιλέγουν την Ελλάδα ως χώρα προορισμού ποικίλουν. Η εύκολη πρόσβαση δεδομένου της γεωφυσικής ιδιομορφίας των ελληνικών συνόρων (θάλασσα και βουνά), φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Επιπλέον, η Ελλάδα βρισκόμενη στο σταυροδρόμι 3 ηπείρων, θεωρείται πέρασμα σε άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Σημαντική παράμετρος είναι και το φαινόμενο της «αλυσιδωτής μετανάστευσης», κατά την οποία η αρχική εγκατάσταση μεταναστών σε μια περιοχή, λειτουργεί ως πόλος έλξης για τους ομοεθνείς τους (Μουσουρού, 1991). Τέλος η ζήτηση για εργασία χαμηλής εξειδίκευσης αποτελεί επίσης βασικό παράγοντα των μεταναστευτικών ροών στη χώρα (Καβουνίδα, 2003).

Συγκεκριμένα μετά το 2000 και ιδιαίτερα μετά το 2005 ένας μεγάλος αριθμός αλλοδαπών εισέρχεται καθημερινώς στα σύνορα. Είναι προφανές ότι η πλεονάζουσα αυτή εργατική δύναμη δεν δύναται να απασχοληθεί (λόγω ισχνής οικονομικής ανάπτυξης). Αντίθετα με την περίοδο 1991-2000 που οι μετανάστες μετακινούνταν από χώρες που διέθεταν βιομηχανία (με συνέπεια να έχουν αποκτήσει εργοστασιακή

συνείδηση), οι εισερχόμενοι μετά το 2005 προέρχονται κατά κύριο λόγο από χώρες της Αφρικής ή της Ασίας, πολλοί των οποίων ουδέποτε έχουν εργασθεί σε εργοστάσιο, με συνέπεια η συντριπτική πλειοψηφία να ασχολείται με το εμπόριο ή στην καλύτερη των περιπτώσεων με τη γεωργία (Παπαηλίας, 2006).

Διακρίνεται συνεπώς μια διαφοροποίηση ως προς τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του μεταναστευτικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα οι παλιννοστούντες, οι Ρωσσοπόντιοι και οι οικονομικοί μετανάστες από τις σοσιαλιστικές χώρες είχαν κάποια ειδικευση, κάτι που δεν φαίνεται να συμβαίνει με τους πλείστους των μετοίκων από την Αφρική και την Ασία. Εκεί το πλεονάζον ανεκπαίδευτο εργατικό δυναμικό αναζητεί εργασία κυρίως στον τριτογενή τομέα κάτω από εξαιρετικά ισχνές αμοιβές και εξαθλιωμένες συνθήκες διαβίωσης (Παπαηλίας, 2006).

### **1.7 Οι οικονομικές επιπτώσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα ως χώρα υποδοχής**

Παρόλο που δεν τεκμηριώνεται η άποψη ότι χωρίς τους μετανάστες η ελληνική οικονομία θα αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα ανάπτυξης, ωστόσο μέχρι σήμερα η απασχόληση των αλλοδαπών στη χώρα μας έχει οδηγήσει στην αποφυγή εξάλειψης οικονομικά οριακών δραστηριοτήτων που απασχολούνται Έλληνες, στη βελτίωση της ηλικιακής σύνθεσης του εργατικού δυναμικού, καθώς και στην ενίσχυση των ασφαλιστικών ταμείων από τους νόμιμα εργαζόμενους αλλοδαπούς (Φακιολάς, 2005).

Το ελληνικό ΑΕΠ αυξήθηκε με ρυθμό 3,7% και οι περίπου 2,6 ποσοστιαίες μονάδες ήταν αποτέλεσμα της ιδιωτικής κατανάλωσης εκ των οποίων η 1 μονάδα προέρχεται από την κατανάλωση των μεταναστών (Ετήσια Έκθεση της Τράπεζας της Ελλάδος, 2005). Η κατά άτομο τραπεζική κατάθεση των μεταναστών υπολογίζεται περίπου στα 10.000 ευρώ, όταν η αντίστοιχη του Έλληνα είναι περίπου 8.000 ευρώ. Οι δε συνολικές καταθέσεις τους ξεπερνούν τα 5 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ αποτελούν τους πιο συνεπείς δανειολήπτες (εφ. Καθημερινή, 4/8/2008).

Η συνεισφορά των μεταναστών στον αγροτικό τομέα είναι σημαντική μιας που έως περίπου τα μέσα της δεκαετίας του 2000, οι περισσότεροι αλλοδαποί απασχολούνται στον αγροτικό και κατασκευαστικό τομέα. Μάλιστα η δραστηριοποίηση τους σε πολλές περιοχές της ελληνικής υπαίθρου συνέβαλε θετικά στην τόνωση των τοπικών αγορών. (Kassimis & Papadopoulos, 2005)

Σύμφωνα με διετή έκθεση του ΟΟΣΑ (2003-04) που αφορά στη χώρα μας, η παρουσία των αλλοδαπών εργατών δεν περιορίσε σε αξιοσημείωτο βαθμό τις ευκαιρίες απασχόλησης του ντόπιου εργατικού δυναμικού, αντίθετα στις περισσότερες περιπτώσεις

δημιούργησε πρόσθετα εισοδήματα, οδήγησε σε αύξηση της έμμεσης φορολόγησης, σε αξιοποίηση της αγροτικής παραγωγής χαμηλής παραγωγικότητας καθώς και σε βελτίωση των συνθηκών απασχόλησης του ελληνικού εργατικού δυναμικού με παρόμοιο επίπεδο ικανοτήτων με τους μετανάστες (OECD, 2004).

Η εισροή των μεταναστών στη χώρα όπως και γενικότερα στη Νότια Ευρώπη, ανταποκρίθηκε στη ζήτηση ορισμένων τύπων εργασίας, χαμηλού κοινωνικού γοήτρου και αμοιβής, που σήμερα όλο και περισσότερο συμπληρώνεται από μετανάστες (Ribas-Mateo, 2004, Mingione, 1990).

Η αυξημένη προσφορά από την πλευρά των μεταναστών για ανειδίκευτη και χαμηλά αμειβόμενης εργασίας, κυρίως σε θέσεις που δεν τύγχαναν του ενδιαφέροντος του ντόπιου εργατικού δυναμικού, είχε σε πρώτη φάση θετικά αποτελέσματα. Διότι καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες της αγοράς εργασίας, πιθανολογείται δε ότι αν δεν χρησιμοποιούνταν οι μετανάστες το παραγόμενο προϊόν σε μερικούς από τους τομείς απασχόλησης τους θα ήταν ποσοτικά λιγότερο (Πετρινώτη, 1993).

Στον τομέα των κατασκευών όμως η συμμετοχή των μεταναστών έγινε σε βάρος των Ελλήνων εργαζομένων και σε όφελος των εταιριών, οι οποίες εκμεταλλεύτηκαν τη μαζική παρουσία των αλλοδαπών και συγκράτησαν το κόστος εργασίας μέσω της χαμηλής αμοιβής. Έτσι αυξήθηκαν τα περιθώρια κέρδους των επιχειρήσεων, με ένα μικρό όμως ποσοστό των ελλήνων εργαζομένων να επιτυγχάνουν καλύτερες θέσεις εργασίας όπως εποπτείας ή μικροεργολαβίας.

Σημαντική αιτία που επιτείνει και συντηρεί την προσφορά φθηνής και ανειδίκευτης εργασίας αποτελεί η λαθρομετανάστευση. Η φθηνή εργασία σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα αδήλωτης εργασίας των αλλοδαπών συμπιέσει τους μισθούς προς τα κάτω, σε επίπεδα χαμηλότερα από αυτά που θα αποδέχονταν οι Έλληνες εργαζόμενοι. Αυτό οδήγησε στη δημιουργία κενών θέσεων εργασίας που δυνητικά καλύπτονται από την εισροή νέων παράνομων μεταναστών, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο, με την ολοένα αυξανόμενη ζήτηση εργασίας για νεοεισερχόμενους αλλοδαπούς (Φακιολάς, 2005).

Η παράνομη απασχόληση και η παραοικονομία αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα των «χωρών νέας μετανάστευσης» στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα. Το μεγαλύτερο ποσοστό περιπτώσεων αδήλωτης εργασίας εντοπίζεται κυρίως στη γεωργία, στον κατασκευαστικό κλάδο και τις υπηρεσίες χαμηλής κλίμακας (Ribas-Mateo, 2004, Mingione, 1990). Οι παράνομοι μετανάστες χρησιμοποιούνται στην παραοικονομία με αποτέλεσμα να διογκώνεται το τμήμα του ΑΕΠ που δεν καταγράφεται. Κατά συνέπεια οι

παράνομα εργαζόμενοι μετανάστες δεν συνεισφέρουν άμεσα στα κρατικά έσοδα από τη φορολογία εισοδήματος (Καστορίδας, 1991).

Σύμφωνα δε με δημοσιευμένη έρευνα του καθηγητή κ. Παπαηλία<sup>5</sup> ο αριθμός των πλεοναζόντων άνευ εργασίας αλλοδαπών (στο λεκανοπέδιο και τη Θεσσαλονίκη) το 2006, άγγιξε τους 110 χιλ. περίπου έναντι 310 χιλ. το 2010. Η ημερήσια επιβάρυνση των μεταναστών στην οικονομία για το 2006 ανήλθε σε περίπου 60 λεπτά κατά κεφαλήν, έναντι 1,8 ευρώ το 2010. Σε ετήσια βάση το κόστος ήταν 212 και 650 ευρώ αντίστοιχα κατά άτομο. Τοιούτοτρόπως η επιβάρυνση της οικονομίας προσεγγίζεται σε 23 εκατ. ευρώ το 2006 έναντι 201 το 2010 (δηλαδή εννεαπλασιάστηκε). Στα ανωτέρω δεν υπολογίσθηκαν οι διάφορες δαπάνες (κόστος περιπολίας στα σύνορα, αμοιβές συνοριοφυλάκων, κόστος λειτουργίας επίγειων και θαλασσίων μέσων αντιμετώπισης της λαθρομετανάστευσης κλπ).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

*Επιβάρυνση της οικονομίας από την πλεονάζουσα μετανάστευση*

Έτη	Μετανάστες (χιλ. άτομα)	Ημερήσια επιβάρυνση (σε €)	Ετησία επιβάρυνση κατ' άτομο	Συνολικό κόστος (εκατ. €)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2006	110	0,6	212	23,3
2007	130	0,7	270	35,1
2008	180	1,0	366	65,9
2009	220	1,4	508	111,8
2010	310	1,8	650	201,5

Πηγή: Παπαηλίας Θ. (2006) *Το Αλλοδαπό Εργατικό Δυναμικό στην Ελλάδα*, Αθήνα, Διόνικος, του ίδιου (2006) *Μετακινήσεις πληθυσμών: Επιδράσεις και προοπτικές*, Επιστημονική Επετηρίδα προς τιμήν του καθηγητού Α. Παναγιωτόπουλου, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, σελ. 745-764

Όπως είδαμε και από τα στοιχεία της παραπάνω μελέτη μεγάλη είναι η επιβάρυνση της οικονομίας από τους μη απασχολούμενους μετανάστες, ακόμη όμως μεγαλύτερο κρίνεται το κόστος της λαθρομετανάστευσης για το Ελληνικό Κράτος.

Παρόλο που το συνολικό κόστος της λαθρομετανάστευσης είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια, σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση της Ελληνικής Αστυνομίας του 2010, 300 περίπου μετανάστες εισέρχονται παράνομα στην χώρα μας καθημερινά.

<sup>5</sup> "Το Αλλοδαπό Εργατικό Δυναμικό στην Ελλάδα" (2006), Διόνικος, Αθήνα

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η αθρόα εισροή παράνομων μεταναστών οδήγησε την πολιτική ηγεσία της χώρας στη θέσπιση νόμου (Ν.3907/2011) με τον οποίο προβλέπεται η ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής «για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των ροών των παρανόμως εισερχομένων στη χώρα αλλοδαπών, με αποστολή τη διασφάλιση της άρτιας και ταχείας υπαγωγής των προσώπων αυτών σε διαδικασίες πρώτης υποδοχής υπό συνθήκες σεβασμού της αξιοπρέπειάς τους».

Σύμφωνα μάλιστα με στοιχεία που παρέθεσε ο γενικός διευθυντής της Γ.Γ Πληθυσμού και Κοινωνικής Συνοχής, Κωνσταντίνος Κινητής και δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Επίκαιρα (3/2/2011) το Υπουργείο Εσωτερικών είχε ήδη επιχορηγήσει τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις με το ποσό των 4.499.952,04 ευρώ (για τη διοικητική μέριμνα των κέντρων προσωρινής φιλοξενίας λαθρομεταναστών, για σίτιση, αγορά φαρμάκων και ειδών υγιεινής, ρουχισμού και την κάλυψη των εξόδων μεταφοράς και προσωρινής διαμονής των λαθρομεταναστών). Επιπροσθέτως η Ελλάδα ύστερα από την εναρμόνιση της με τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/EK θα λάβει συνολικά 28 εκατ. ευρώ για την περίοδο 2007-2013 από το Ταμείο Κοινωνικής Ένταξης της Ε.Ε..

Τεράστια ποσά διατίθενται από την Ε.Ε. και για τον έλεγχο των εξωτερικών συνόρων. Τον Οκτώβριο του 2005 κατέστη σε πλήρη λειτουργία η υπηρεσία FRONTEX. Η συνεργασία με το ελληνικό κράτος ξεκίνησε το 2006. Ενδεικτικά, την περίοδο 2007-11, η Ελλάδα έλαβε 119 εκατ. ευρώ από το Ταμείο Εξωτερικών Συνόρων της Ε.Ε. (δηλαδή 13,7% του συνόλου των κρατών μελών) και 52 εκατ. ευρώ από το Ταμείο Επιστροφών (εντάσσεται στο πλαίσιο του γενικού προγράμματος « Αλληλεγγύη και διαχείριση των μεταναστευτικών ροών» για το χρονικό διάστημα 2008-2013). Επιπροσθέτως εκτός από την κανονική χρηματοδότηση, το 2008-09 η Ελλάδα έλαβε επιπλέον 7,1 εκ. ευρώ αντίστοιχα σε έκτακτη χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσφύγων (ΕΤΠ), προκειμένου να ενισχύσει τις δυνατότητες υποδοχής. Τον Δεκέμβριο δε του 2010 χορηγήθηκε εκτάκτως το ποσό των 9,8 εκ. Ευρώ από το ΕΤΠ (περιοδικό Επίκαιρα, 3/2/2011).

Οι πραγματοποιηθείσες απελάσεις από το 2006 έως το 2010 ήταν 150.623. Ο μέσος όρος κόστους ανά άτομο είναι περίπου 500 ευρώ (από 150-1.000 ευρώ ανάλογα με την χώρα προορισμού). Το συνολικό κόστος ανέρχεται 75,3 εκ. ευρώ περίπου (περιοδικό Επίκαιρα, 3/2/2011).

Οι επιπτώσεις της λαθρομετανάστευσης αγγίζουν και την αγορά εργασίας. Ο Καθ. Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αθηνών Α. Σαρρής αναφέρει ότι ο αριθμός 450.000 λαθρομεταναστών αναλογεί σε 130.000 εργάτες πλήρους απασχόλησης,

καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι για κάθε 5 λαθρομετανάστες που βρίσκουν εργασία, 2 Έλληνες χάνουν τη δική τους (περιοδικό Επίκαιρα, 3/2/2011).

Υψηλό είναι και το κόστος των λαθρομεταναστών και στο χώρο της υγείας. Μελέτη του Υπουργείου Υγείας δείχνει ότι το κόστος της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης παράνομων μεταναστών στα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα για έτος 2010 ξεπερνά το ποσό των **150 εκατ. ευρώ** (εφ. Τα Νέα, 14/10/2010).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

### 2.1 Νομοθετικό πλαίσιο μεταναστευτικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης:

Το φαινόμενο της μετανάστευσης και οι επιπτώσεις της στις διάφορες εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής της χώρας υποδοχής, έχει οδηγήσει την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση στην θέσπιση νόμων. Από το 1991 η **Συμφωνία Σένγκεν** τέθηκε σε εφαρμογή και η Ευρωπαϊκή Ένωση απέκτησε ενιαία σύνορα. Το 2004 δημιουργήθηκε η FRONTEX (Ευρωπαϊκή δύναμη φύλαξη των συνόρων) με σκοπό τον περιορισμό της μετανάστευσης.

Οι κυριότερες πτυχές του κανονιστικού πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την μετανάστευση είναι (Wikipedia):

- **Συνθήκη Άμστερνταμ** (1999): Τέθηκε σε ισχύ το 1999 και εφαρμόστηκαν στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα πολιτικές που αφορούν το έλεγχο των εξωτερικών συνόρων, το άσυλο, τα δικαιώματα υπηκόων τρίτων χωρών και την διαχείριση των μεταναστευτικών ροών.
- **Συμβούλιο Τάμπερε** (1999): Αποφασίστηκε η συνεργασία με τις χώρες προέλευσης των μεταναστών, κοινό ευρωπαϊκό σύστημα ασύλου, δίκαιη μεταχείριση υπηκόων τρίτων χωρών και πλαίσιο νόμιμης μετανάστευσης αλλά και λήψη μέτρων κατά της παράνομης.
- **Συμβούλιο Λάακεν** (2001): Διαπιστώθηκε ότι οι στόχοι του Τάμπερε δεν υλοποιήθηκαν και συμφωνήθηκε να ενισχυθεί η συνεργασία των χωρών για το μεταναστευτικό ζήτημα.
- **Συμβούλιο Σεβίλλης** (2002): Συζητήθηκε τα προγράμματα επαναπατριsmού / επανεισοχής παράνομων μεταναστών αλλά και η φύλαξη των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- **Συμβούλιο Θεσσαλονίκης** (2003): Πρόταση δημιουργίας της Ευρωπαϊκής δύναμης FRONTEX (ειδική δύναμη φύλαξης των εξωτερικών συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης).
- **Συμβούλιο Βρυξελλών** (2003): Πρόγραμμα Χάγης 2005-2010 με τις εξής προτεραιότητες: α) διευκόλυνση νόμιμης μετανάστευσης, καταπολέμησης της "μαύρης εργασίας" και έλεγχο της παράνομης μετανάστευσης, β) η μεταναστευτική πολιτική γίνεται ατζέντα των εξωτερικών υποθέσεων της



Ευρωπαϊκής Ένωσης, γ) ενσωμάτωση μεταναστών και δ) κοινό σύστημα απόδοσης ασύλου για την Ευρωπαϊκή Ένωση.

- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2005):** Σφαιρική αντιμετώπιση μετανάστευσης με συνεργασία χωρών προέλευσης, διέλευσης και προορισμού.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2007):** Ίδρυση *Ευρωπαϊκού Ταμείου Ένταξης* υπηκόων τρίτων χωρών για την περίοδο 2007-2013.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2008):** Έγκριση του *Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Μετανάστευση και το Άσυλο*: α) οργάνωση της νόμιμης μετανάστευσης βάσει δυνατοτήτων κάθε κράτους-μέλους (σε επίπεδο αγοράς εργασίας, στέγασης και κοινωνικών υπηρεσιών κ.α.) και την ενθάρρυνση ενσωμάτωσης, β) καταπολέμηση παράνομης μετανάστευσης - επαναπατρισμός, γ) ενίσχυση φύλαξης συνόρων και δ) η Ευρώπη συγκροτείται ως χώρα ασύλου.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2009):** Ψήφιση του *Πρόγραμμα της Στοκχόλμης (2010-2014)*: α) μηχανισμός αξιολόγησης συμφωνιών επανεισδοχής, β) συμφωνίες επανεισδοχής με χώρες όπως Αφγανιστάν ή Ιράκ, γ) χρηματοδότηση για υποδομές σε τρίτες χώρες για διαχείριση της παράνομης μετανάστευσης και δ) διάλογος με τρίτες χώρες για αποφυγής των ανθρωπιστικών τραγωδιών της παράνομης μετανάστευσης (λόγω επικινδυνότητα μεθόδων μετανάστευσης).
- **Δουβλίνο II:** Ο κανονισμός Δουβλίνο II (ή Κανονισμός 343/2002) είναι ένα νομικό κείμενο που θεσπίστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και καθορίζει την χώρα η οποία θα είναι υπεύθυνη για να δώσει άσυλο στον αιτούντα πρόσφυγα. Σύμφωνα με τον Κανονισμό Δουβλίνο-II ένας μετανάστης δικαιούται να ζητήσει άσυλο στην Ευρωπαϊκή χώρα στην οποία θα εισέλθει την πρώτη φορά. Μετανάστες οι οποίοι εισέρχονται στην Ελλάδα και κατόπιν μεταβαίνουν σε άλλη χώρα για να αιτηθούν άσυλο θα πρέπει σύμφωνα με τον κανονισμό Δουβλίνο II να επιστρέφονται πίσω στην Ελλάδα.

## 2.2 Πολιτικές για τη μετανάστευση: νομοθεσία και ενσωμάτωση στην Ελληνική Επικράτεια

Ξεκινώντας από το θεμέλιο Νόμο του κράτους, μπορεί να ειπωθεί πως το Σύνταγμα (1975/1986/2001) αναγνωρίζει συγκεκριμένα δικαιώματα στους αλλοδαπούς που κατοικούν στη χώρα: το οικογενειακό άσυλο, την ελευθερία της έκφρασης, την προστασία των δικαιωμάτων των εργαζομένων, το σεβασμό της αξίας του ανθρώπου.

Επιπλέον κατοχυρώνει ρητά (άρθρο 5 παρ.2) την απαγόρευση των διακρίσεων μεταξύ ημεδαπών και αλλοδαπών. Διακρίσεις μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών προκύπτουν σε θέματα όπως το δικαίωμα για ελεύθερη συνάθροιση (άρθρο 11) και το δικαίωμα της ελεύθερης σύστασης συλλόγου (άρθρο 12).

Όσον αφορά στο νομοθετικό πλαίσιο για τον έλεγχο ή τη διαχείριση μεταναστευτικών εισροών στην Ελλάδα, αυτό ήταν σχεδόν ανύπαρκτο στην αρχή της δεκαετίας του 1990. Τα θέματα μετανάστευσης ρυθμίζονταν από το Ν.4310/1929, αναθεωρημένο το 1948, ο οποίος αφορούσε στους πρόσφυγες που προέκυψαν με τη Μικρασιατική καταστροφή.

Ο πρώτος νόμος που προσπάθησε να ρυθμίσει τα θέματα της μετανάστευσης ήταν ο 1975/1991 («Είσοδος, έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων και άλλες διατάξεις») (Τριανταφυλλίδου, 2005). Στόχος της τότε μεταναστευτικής πολιτικής ήταν ο περιορισμός της μετανάστευσης (νόμιμης και παράνομης), η οποία θεωρήθηκε επιβλαβής για την ελληνική κοινωνία και οικονομία, για αυτό οι ρυθμίσεις του Ν. 1975/1991 ήταν τόσο αυστηρές που καθιστούσαν σχεδόν αδύνατη τη νόμιμη είσοδο των μεταναστών. (Τριανταφυλλίδου, 2005) Η έμφαση που δίδεται στην κατασταλτική πολιτική και στον κοινωνικό έλεγχο αναδεικνύει τη βασική φιλοσοφία που είναι η προσωρινότητα της παραμονής του αλλοδαπού στη χώρα μας, πράγμα που καθιστά δυσμενή τη θέση του και ενισχύει την εξάρτηση από την εργασία όσο και από τον εργοδότη του (Λαμπριανίδης 2001, Γεωργούλας, 2001).

Μετά από αρκετά χρόνια μαζικής παράνομης μετανάστευσης, το 1997 και με τα προεδρικά διατάγματα 358/1997 και 359/1997, τέθηκε σε εφαρμογή το πρώτο πρόγραμμα νομιμοποίησης των παράνομων μεταναστών. Συνολικά 371.641 μετανάστες κατέθεσαν αίτηση για να λάβουν τη λευκή κάρτα (κάρτα διαμονής περιορισμένης διάρκειας-6 μηνών), η οποία δόθηκε σε όλους σχεδόν τους υποψήφιους. Μόνο 212.860 αλλοδαποί πέρασαν ωστόσο στη δεύτερη φάση του προγράμματος, υποβάλλοντας αίτηση για την πράσινη κάρτα (προσωρινή κάρτα διαμονής, με διάρκεια 1, 2 ή 5 ετών). Η

συμβολή του συγκεκριμένου προγράμματος στην ομαλοποίηση του μεταναστευτικού φαινομένου στην Ελλάδα θεωρήθηκε ουσιαστική.

Ο νέος νόμος για τους μετανάστες (Ν.2910/2001, «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις») συγκέντρωσε 368.000 αιτήσεις (Τριανταφυλλίδου, 2005). Ο νόμος αυτός είχε διττό στόχο. Αφενός να προχωρήσει στην πραγματοποίηση ενός δεύτερου προγράμματος νομιμοποίησης για να αντιμετωπίσει βραχυπρόθεσμα το φαινόμενο της παράνομης μετανάστευσης στη χώρα αφετέρου να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για μια μεσοπρόθεσμη ρύθμιση του φαινομένου, συμπεριλαμβάνοντας στις διατάξεις του τόσο θέματα ελέγχου των συνόρων όσο και τις προϋποθέσεις για την είσοδο αλλοδαπών στην Ελλάδα με σκοπό την εργασία ή τις σπουδές καθώς και θέματα πολιτογράφησης. (Τριανταφυλλίδου, 2005)

Άλλες διατάξεις του παραπάνω νόμου αφορούν στα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών και τη δυνατότητα πρόσβασης των ανήλικων στην εκπαίδευση. Σημαντικό μέρος του αναφέρεται στους περιορισμούς-ανάκληση άδειας και παραμονής και στις απελάσεις των ανεπιθύμητων αλλοδαπών. Σχετικά με τους «μη νόμιμα εισερχόμενους αλλοδαπούς» στη χώρα μας, προβλέπονται και πάλι αυστηρές πειθαρχικές κυρώσεις, ποινές, απελάσεις κλπ..

Ο Ν. 2910/2001 εισήγαγε μικρές αλλαγές και νεωτερισμούς στα θέματα της μεταναστευτικής πολιτικής. Θεσμοθετήθηκε η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων στο Υπουργείο Εσωτερικών από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, ενώ παραχωρήθηκε στους Δήμους η εξουσία για την έκδοση αδειών εργασίας και διαμονής.

Λόγω της ύπαρξης διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών (νόμιμοι και παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες ομογενείς και πρόσφυγες), θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί ένας ενιαίος τρόπος ρύθμισης των ζητημάτων σχετικά με τους αλλοδαπούς.

Αναφορικά με τους παλιννοστούντες ομογενείς Ποντίους και τους Βορειοηπειρώτες, ισχύει πιο ευνοϊκό καθεστώς και αποκτούν άδεια παραμονής και εργασίας καθώς και την ελληνική ιθαγένεια χωρίς ιδιαίτερες διατυπώσεις, αν αποδείξουν ότι έχουν ελληνική καταγωγή (Κασιμάτη, 2003, Γεωργούλας, 2003).

Ας σημειωθεί επίσης ότι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ προσφύγων και οικονομικών μεταναστών. Το πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής για τους πρόσφυγες ορίζεται από τα άρθρα 24, 25 του Ν. 1975/1991, όπως αυτά συμπληρώθηκαν από τα άρθρα 1 και 2 του Ν. 2452/1996 σε συμφωνία με τις διεθνείς συμβάσεις για το

καθεστώς των προσφύγων. Έτσι, οι χαρακτηρισμένοι ως πρόσφυγες απολαμβάνουν αυξημένα προνόμια σε σχέση με τους λοιπούς αλλοδαπούς (παροχή άμεσων μέτρων βοήθειας και προστασίας, έκδοση ταξιδιωτικού εγγράφου, εθελοντικός επαναπατρισμός, δικαίωμα επανασύνδεσης με τις οικογένειές τους μετά τον χαρακτηρισμό, προτεραιότητα στο δικαίωμα εργασίας κλπ) (Γεωργούλας, 2003).

Με το Ν. 3202/2004, αυξήθηκε η διάρκεια ισχύος της άδειας διαμονής στα 2 συνεχή χρόνια. Έτσι ελαττώθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και διευκολύνθηκαν οι μετανάστες. Στις 23 Αυγούστου 2005 η κυβέρνηση ψήφισε ένα νέο νόμο (3386), για τα θέματα της μετανάστευσης, ο οποίος ενσωμάτωσε στην εθνική έννομη τάξη τις Οδηγίες 2003/86/ΕΚ (σχετικά με το δικαίωμα της οικογενειακής επανένωσης) και 2003/109/ΕΚ (σχετικά με το καθεστώς των επί μακρός διαμενόντων). Ο Ν.3386/2005<sup>6</sup> τροποποιήθηκε στην πορεία από τους Ν. 3448/2006, 3536/2007 και 3613/2007.

Τα βασικότερα σημεία του τροποποιηθέντα νόμου είναι τα εξής:

- ✚ Για να πληροί κάποιος τις προϋποθέσεις δικαιώματος διαμονής θα πρέπει να είναι κάτοχος ισχύοντος διαβατηρίου ή άλλου ταξιδιωτικού εγγράφου που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, να μη συντρέχει κίνδυνος για τη δημόσια τάξη και ασφάλεια, να μην αποτελεί κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, να διαθέτει πλήρη ασφάλιση ασθένειας, για το σύνολο των κινδύνων που καλύπτονται για τους ημεδαπούς και να διαθέτει πόρους για την κάλυψη των εξόδων επιστροφής του στη χώρα προέλευσης.<sup>7</sup>
- ✚ Η είσοδος υπηκόου τρίτης χώρας στην Ελλάδα για απασχόληση με σχέση εξαρτημένης εργασίας σε συγκεκριμένο εργοδότη και για ορισμένο είδος απασχόλησης, επιτρέπεται εφόσον τού έχει χορηγηθεί η αντίστοιχη θεώρηση εισόδου (visa). Μετά την πάροδο 1 έτους από τη χορήγηση άδειας διαμονής για εξαρτημένη εργασία, επιτρέπεται η ανανέωση της άδειας διαμονής (διετούς διάρκειας) για την παροχή υπηρεσιών ή έργου, εφόσον ο υπήκοος τρίτης χώρας έχει εκπληρώσει τις φορολογικές υποχρεώσεις και έχει πραγματοποιήσει ελάχιστο αριθμό ημερομισθίων στον οικείο ασφαλιστικό φορέα. Για την μετατροπή της άδειας διαμονής για εξαρτημένη εργασία, σε άδεια διαμονής για άσκηση ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας, απαιτείται η παρέλευση τριετίας από την έναρξη ισχύος της αρχικής άδειας διαμονής.<sup>8</sup> Όσον αφορά στα άτομα που

<sup>6</sup> Ν.3386/2005 ( ΦΕΚ Α 212)

<sup>7</sup> Βλ άρθρο 10, «Γενικές προϋποθέσεις δικαιώματος διαμονής»

<sup>8</sup> Προστέθηκε με το άρθρο 6, παρ.4 του ν.3536/2007

απασχολούνται σε εποχιακή εργασία, έχουν το δικαίωμα παραμονής και εργασίας για το χρονικό διάστημα των 6 μηνών, ανά ημερολογιακό έτος.<sup>9</sup>

- ✚ Ο υπήκοος τρίτης χώρας που κατοικεί νόμιμα στην Ελλάδα επί δύο τουλάχιστον έτη δικαιούται να ζητήσει την είσοδο και διαμονή στη χώρα μελών της οικογένειάς του.
- ✚ Ο ενήλικος υπήκοος τρίτης χώρας που διαμένει νόμιμα κατά τα πέντε τελευταία έτη στην Ελλάδα μπορεί να αποκτήσει την ιδιότητα του επί μακρόν διαμένοντος<sup>10</sup>.
- ✚ «Υπήκοος τρίτης χώρας, στον οποίο δεν εγκρίθηκε η χορήγηση άδειας διαμονής ή η ανανέωσή της, καθώς και στην περίπτωση ανάκλησης της άδειας, υποχρεούται να εγκαταλείψει το ελληνικό έδαφος χωρίς άλλες διατυπώσεις εντός τριάντα ημερών από την επίδοση της σχετικής απόφασης.<sup>11</sup> Εξαιρούνται από την επιβολή προστίμων οι ανήλικοι και όσοι έχουν την ιδιότητα του ομογενούς.<sup>12</sup>
- ✚ Η διοικητική απέλαση αλλοδαπού επιτρέπεται εφόσον: α. Έχει καταδικασθεί τελεσίδικα σε ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον ενός έτους ή, ανεξαρτήτως ποινής, για εγκλήματα προσβολής του πολιτεύματος, προδοσίας της Χώρας, εγκλήματα σχετικά με την εμπορία και διακίνηση ναρκωτικών... δ. Η παρουσία του στο ελληνικό έδαφος είναι επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία και αρνείται να συμμορφωθεί προς τα μέτρα που καθορίζονται από τις ιατρικές αρχές για την προστασία της, αν και του έχει παρασχεθεί η απαραίτητη πληροφόρηση.<sup>13</sup>

## 2.3 Ζητήματα ασφάλισης και υγείας των οικονομικών μεταναστών

### 2.3.1 Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), η «υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν συνίσταται μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»<sup>14</sup>. Ασφαλώς ο ορισμός είναι αρκετά ευρύς, ώστε να περιλαμβάνει την κοινωνική πρόοδο και την ευημερία ως

<sup>9</sup> Βλ. άρθρο 14 «Διαδικασία μετάκλησης υπηκόου τρίτης χώρας για εργασία», άρθρο 15 «Χορήγηση και ανανέωση άδειας διαμονής για εξαρτημένη εργασία», άρθρο 16 «Εποχιακή εργασία υπηκόων τρίτων χωρών».

<sup>10</sup> Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2003/109/ΕΚ της 25ης Νοεμβρίου 2003 σχετικά με το καθεστώς υπηκόων τρίτων χωρών οι οποίοι είναι επί μακρόν διαμένοντες.

<sup>11</sup> Αντικαταστάθηκε με το άρθρο 14, παρ.2 του ν.3536/2007

<sup>12</sup> Βλ. άρθρο 73 «Υποχρεώσεις».

<sup>13</sup> Βλ. άρθρο 76 «Προϋποθέσεις και διαδικασία διοικητικής απέλασης».

<sup>14</sup> Προοίμιο της Σύμβασης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας όπως υιοθετήθηκε το 1946 στη Νέα Υόρκη.

συστατικά της έννοιας, αναγνωρίζοντας έτσι ότι ο μακροχρόνια άνεργος ή αυτός που βιώνει μια κατάσταση φτώχειας δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα υγιής.

Η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα όλων (άρθρο 21 του Συντάγματος). Σε απόσπασμα της παρ.1 του άρθρου 1 του προεδρικού διατάγματος 95/2000 με τίτλο "Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" αναφέρεται ότι αποστολή του εν λόγω Υπουργείου είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής που περιλαμβάνει:

- 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 και
- την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (Καψάλης 2003).

«Δικαιούχοι των κοινωνικών δικαιωμάτων της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας είναι κατά κανόνα οι Έλληνες πολίτες (άρθρ. 21 παρ. 3 Σ.), ενώ η υποχρέωση του Κράτους να μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση καλύπτει όλους τους εργαζομένους (άρθρ. 22 παρ. 5 Σ.). Δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και σε συγκεκριμένες προνοιακές παροχές απονέμεται βάσει νόμου και στους μόνιμα και νόμιμα διαμένοντες στην ελληνική επικράτεια αλλοδαπούς (βλ. άρθρ. 71 παρ. 2 ν. 3386/2005, άρθρ. 12 παρ. 1 στοιχ. δ Π) 150/2006).

### **2.3.2 Οικονομικοί μετανάστες ( νόμιμοι)**

Στον ισχύοντα νόμο 2910/2001, και συγκεκριμένα στο άρθρο 39 παρ.1 του κεφαλαίου για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών, αναφέρεται ότι «οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαλίζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ιδίων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους ημεδαπούς». Επομένως, οι αλλοδαποί εκείνοι που έχουν εισέλθει στη χώρα και παραμένουν νόμιμα, εφόσον απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα, έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να ασφαλίζονται στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες και δικαιούνται τις ίδιες παροχές.

Προκειμένου να τους χορηγηθεί η άδεια παραμονής, πρέπει να συντρέχουν κάποιες προϋποθέσεις, μεταξύ των οποίων να είναι ασφαλισμένοι για την κάλυψη εξόδων

νοσηλείας, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης και για την κάλυψη εργατικού ατυχήματος ή να έχουν ήδη υποβάλει σχετική αίτηση.

Επίσης, απαιτείται να είναι υγιείς, γεγονός που αποδεικνύεται με το πιστοποιητικό υγείας, που εκδίδεται από κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα ή Κέντρα Υγείας ή Θεραπευτήρια και Ιατρεία του ΙΚΑ. Τα έξοδα για τις εξετάσεις που απαιτούνται για την έκδοση του πιστοποιητικού βαρύνουν τον ενδιαφερόμενο αλλοδαπό (άρθρ.21 και 26 Ν. 2910/2001).

Επίσης, οι αλλοδαποί που κατοικούν νόμιμα στην Ελλάδα, για 2 τουλάχιστον χρόνια, έχουν τη δυνατότητα να ζητήσουν την είσοδο και εγκατάσταση των μελών της οικογένειάς τους στη χώρα (σύζυγος, άγαμα τέκνα κάτω των 18 ετών). Στην περίπτωση αυτή, τα μέλη της οικογένειάς του έχουν το δικαίωμα να ασφαλιστούν έμμεσα στον ασφαλιστικό φορέα του αλλοδαπού (άρθρ. 28 Ν. 2910/2001).

Για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σ' αυτή την κατηγορία, απαιτείται η προσκόμιση βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει βιβλιάριο υγείας, υποχρεούνται να πληρώσουν τη δαπάνη της νοσηλείας τους. Κατ'εξάιρεση, γίνονται δεκτά για νοσηλεία μόνο επείγοντα περιστατικά και μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους. Για εισαγωγή στο νοσοκομείο τακτικού περιστατικού, προκαταβάλλεται υποχρεωτικά το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας.

### **2.3.3 Παλιννοστούντες - Ομογενείς**

Αναφορικά με τους παλιννοστούντες ομογενείς Ποντίους και Βορειοηπειρώτες, ισχύει ευνοϊκότερο καθεστώς. Η πολιτική, σε σχέση με τα ζητήματα υγείας τους, επικεντρώνεται στα εξής :

- Στη δυνατότητα κοινωνικής ασφάλισης στον ΟΓΑ (για ανασφάλιστους υπερήλικες, άρθρο 48, Ν. 2084/1992) και την ύπαρξη ειδικού λογαριασμού αυτασφάλισης στο ΙΚΑ (άρθρο 36, Ν. 1902/1990).
- Στο δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής-νοσοκομειακής περίθαλψης (Υ.Α. Α3β/Φ15/720/7/2/1990, Υπουργείο Υγείας).
- Στη χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από το Υπ. Εργασίας (Υ.Α. 33155/3012/1985) και βοηθημάτων επαναπατριsmού από το Υπ. Υγείας (Υ.Α. ΦΕΚ 242, τ. Β', 26/41988).

Οι παλιννοστούντες ομογενείς αποκτούν την ελληνική ιθαγένεια αν αποδείξουν ότι έχουν ελληνική καταγωγή. Μετά την απόκτηση της ιθαγένειας, έχουν τα ίδια

δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους Έλληνες πολίτες. Στην περίπτωση που δεν μπορούν να αποδείξουν την ελληνική καταγωγή τους, εξομοιώνονται με τους παράνομους αλλοδαπούς.

#### **2.3.4 Αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες**

Οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες εξομοιώνονται με τους Έλληνες πολίτες ως προς τα δικαιώματα σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης, δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον τους έχει δοθεί το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα ή το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

#### **2.3.5 Οι μη νόμιμοι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες**

Τόσο στον προηγούμενο νόμο (1975/91, άρθρο 31, παρ. 2) όσο και στο νεότερο (2910/2001, άρθρο 51, παρ. 1) υπάρχει διάταξη σύμφωνα με την οποία *«τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο ελληνικό έδαφος αν δεν είναι κάτοχος άδειας παραμονής ή δεν έχει θεώρηση εισόδου ή γενικά δεν αποδεικνύει ότι παραμένει νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία».*

Όπως γίνεται φανερό, οι αλλοδαποί που ευρίσκονται παράνομα στη χώρα μας, στερούνται ασφαλιστικών δικαιωμάτων. Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι διευθυντές των κλινικών και θεραπευτηρίων υποχρεούνται να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και αναχώρηση αλλοδαπών, που νοσηλεύονται στα ιδρύματα αυτά (Ν. 2910 άρθρο 54).

Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να αναφερθούν μερικά **νομοθετικά κενά** που αφορούν τους αλλοδαπούς χωρίς άδεια παραμονής, που έχουν ωστόσο καταθέσει αίτηση για ανανέωση άδειας καθώς και τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

1. Στην 1<sup>η</sup> περίπτωση, οι αλλοδαποί χωρίς άδεια παραμονής, δε μπορούν να εκδώσουν ή να ανανεώσουν βιβλιάρια υγείας για τους ίδιους ή τα προστατευόμενα μέλη τους και να λάβουν τις παροχές ή τα επιδόματα που δικαιούνται μέχρι την έκδοση της νέας άδειας. Λόγω των σημαντικών καθυστερήσεων που σημειώνονται στην έκδοση αδειών παραμονής, προτείνεται να παραμένουν γι'αυτό το διάστημα νόμιμα στη χώρα και να καλύπτονται από τη



«βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών έκδοσης άδειας παραμονής», με την οποία θα μπορούν να κάνουν χρήση όλων αυτών των δικαιωμάτων.

2. Στη 2<sup>η</sup> περίπτωση, ενώ η άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρ. 37 παρ. 4 α του Ν.2910/2001) χορηγείται κυρίως όταν υπάρχουν σοβαροί λόγοι υγείας του αιτούντος, δεν προβλέπεται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Η πρόβλεψη αυτή επιβάλλεται και για λόγους ίσης μεταχείρισης με τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρ.8 παρ.3 του Π.Δ. 61/1999), που χορηγείται στους αλλοδαπούς, των οποίων η αίτηση ασύλου έχει απορριφθεί. (Προτάσεις του Συνηγόρου του Πολίτη επί της τροποποίησης του Ν.2910/2001).

Εξαίρεση της 2<sup>ης</sup> περίπτωσης είναι αυτή των ασθενών με λοίμωξη από τον ιό HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα. Πρόκειται για την περίπτωση Ε του άρθρου 11 του Ν.2955/2001: *"Σε αλλοδαπούς οικονομικούς μετανάστες που έχουν μολυνθεί από τη λοίμωξη HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα, εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και δεν μπορεί στη χώρα προέλευσής τους ή και επιστροφής τους να χορηγηθεί αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή, χορηγείται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτικά περίθαλψη. Για το διάστημα που διαρκεί η θεραπευτική αγωγή, οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες δικαιούνται προσωρινής άδειας παραμονής και εργασίας*». Με αυτόν τον τρόπο αφενός εξασφαλίζεται η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών αφετέρου διαφυλάσσεται η δημόσια υγεία (Καψάλης, 2003).

Ειδικότερα, δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του HIV ως προϋπόθεση εξόδου ή εισόδου, ανεξάρτητα από την χώρα προορισμού ή προέλευσης. Το ίδιο ισχύει για την παροχή άδειας παραμονής και την απέλαση ή την άρνηση παροχής ασύλου ή άλλη δυσμενή μεταχείριση εις βάρος κάποιου ατόμου που έχει προσβληθεί από τον ιό ανεξαρτήτως χώρας προέλευσης. Τέλος, οι εξετάσεις και η χορήγηση AZT πρέπει να είναι δωρεάν, χωρίς διάκριση λόγω χρώματος, φύλου, θρησκείας, και να παρέχονται ακόμη και σε μετανάστες που δεν έχουν την ελληνική υπηκοότητα.

Τέλος, συναφής είναι και η επονομαζόμενη "Διακήρυξη της Αθήνας", με τίτλο *"Πρόσβαση σε νέες θεραπείες για μετανάστες, εθνικές μειονότητες και λοιπούς μετακινούμενους πληθυσμούς με HIV/AIDS που διαβιούν στην Ευρώπη"*. Η διακήρυξη αυτή βασίζεται στις εισηγήσεις του Ευρωπαϊκού Σεμιναρίου που διοργανώθηκε από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα AIDS & Mobility και το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

στην Αθήνα (25-27 Ιουνίου 1999) και περιλαμβάνει τις γενικές αρχές που διέπουν το συγκεκριμένο θέμα (Καψάλης, 2003).

## **2.4 Βασικοί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί: Προϋποθέσεις ασφάλισης και παροχές στους αλλοδαπούς**

### **2.4.1 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)**

Ως δικαιούχοι περίθαλψης υπηρεσιών υγείας από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ θεωρούνται όσοι παρέχουν εξαρτημένη εργασία ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη (άμεσα ασφαλισμένοι), καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους (έμμεσα ασφαλισμένοι), οι συνταξιούχοι του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς και τα εξαρτημένα εξ'αυτών μέλη (έμμεσα ασφαλισμένοι) και κατά περίπτωση οι ασφαλισμένοι ή συνταξιούχοι άλλων ταμείων (ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ κλπ) *ανεξάρτητα από την υπηκοότητα ή ιθαγένειά τους.*

Με την υποχρεωτική ασφάλιση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, το σύνολο των ασφαλισμένων άρα και οι αλλοδαποί εργαζόμενοι αποκτούν άμεσα δικαιώματα, όπως η Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η Νοσοκομειακή περίθαλψη, διάφορα επιδόματα και φυσικά σύνταξη μετά τη συμπλήρωση των νομίμων χρόνων υποχρεωτικής απασχόλησής τους. Παράλληλα, είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν εισφορές στο Ίδρυμα, το ποσοστό των οποίων εξαρτάται από την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Οι υπηρεσίες που του παρέχονται είναι δωρεάν, εκτός από την φαρμακευτική περίθαλψη, όπου οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν στο κόστος (25%), αν και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν κατηγορίες ασφαλισμένων όπου εξαιρούνται αυτής της επιπρόσθετης δαπάνης.

Το ΙΚΑ παρέχει:

- Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσω των ιατρείων του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ (τα οποία λειτουργούν επί 12ωρο) και των ιδιωτικά ιατρείων των συμβεβλημένων ιατρών, όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί. Επίσης μέσω του θεσμού του οικογενειακού ιατρού ή του αγροτικού ιατρού σε αγροτικές περιοχές. Επιπροσθέτως σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή επείγουσας φροντίδας οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ μπορούν να επισκέπτονται δωρεάν τα κέντρα υγείας.
- Επιπροσθέτως παρέχεται κάθε είδος εργαστηριακής και απεικονιστικής εξέτασης κρίνεται αναγκαία όπως αίματος, ακτινογραφίες, αξονικές, μαγνητικές και λοιπά ή ειδικές θεραπείες (όπως φυσικοθεραπείες) σε εργαστήρια του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ ή σε συμβεβλημένα με το ΙΚΑ - ΕΤΑΜ εργαστήρια, χωρίς καμία οικονομική

επιβάρυνση των ασφαλισμένων. Σε περίπτωση παραπομπής του ασφαλισμένου σε συμβεβλημένα εργαστήρια χορηγείται σχετικός κατάλογος από τη μονάδα υγείας πλην των μαγνητικών τομογραφιών.

- Δίνεται το δικαίωμα συμμετοχής σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής.
- Προβλέπεται απόδοση της δαπάνης, σύμφωνα με την κρατική διατίμηση, για την αμοιβή που κατέβαλλαν σε ιδιώτη ιατρό για επίσκεψη και φάρμακα που χορηγήθηκαν, καθώς και για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων σε μη συμβεβλημένα με το ΙΚΑ εργαστήρια, σε περιπτώσεις έκτακτης και επείγουσας ασθένειας.
- Σε επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας οι ασφαλισμένοι και τα μέλη των οικογενειών τους έχουν δικαίωμα να νοσηλευτούν στα κρατικά Νοσοκομεία όλης της χώρας. στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές αλλά και σε Ιδρύματα και ιδιωτικές κλινικές για την περίθαλψη χρονίως πασχόντων (πληροφορίες παρέχονται από τις Μονάδες Υγείας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ).

#### **2.4.2 Ταμείο Επαγγελματιών & Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ-ΟΑΕΕ)**

Με το Ν.2676/99 συστάθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), στο οποίο εντάχθηκαν τα Ταμεία Τ.Ε.Β.Ε – Τ.Α.Ε. – Τ.Σ.Α. Η ασφάλιση στο Τ.Ε.Β.Ε. είναι υποχρεωτική και ασφαλίζονται όλοι οι Επαγγελματίες και Βιοτέχνες που έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους και ασκούν επάγγελμα, ανεξάρτητα με τη μορφή λειτουργίας της επιχείρησης, ατομική ή εταιρεία (ομόρρυθμη, ετερόρρυθμη, Α.Ε, Ε.Π.Ε.). Επίσης στην ασφάλιση του ΤΕΒΕ υπάγονται και διάφορες άλλες κατηγορίες επαγγελματιών όπως ξενοδόχοι, εκτελωνιστές, καθώς και απασχολούμενοι με σύμβαση έργου σε φορείς του Δημοσίου Τομέα.

Οι ασφαλισμένοι αλλοδαποί στο ΤΕΒΕ έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους Έλληνες ασφαλισμένους. Για την εγγραφή τους στο ΤΕΒΕ, εκτός των δικαιολογητικών που απαιτούνται για τους Έλληνες πολίτες, οι ομογενείς της Αλβανίας (Βορειοηπειρώτες) πρέπει να προσκομίσουν φωτοαντίγραφο ειδικού δελτίου ταυτότητας σε ισχύ και οι αλλοδαποί εκτός χωρών της Ε.Ε., με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διακρατικές συμβάσεις, πρέπει να προσκομίσουν φωτοαντίγραφο άδειας παραμονής σε ισχύ ή βεβαίωση έκδοσης αυτής.

Το Τ.Ε.Β.Ε. παρέχει:

- Ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη στους άμεσα ασφαλισμένους και τα προστατευόμενα μέλη τους από ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι συμβάλλονται με το Ταμείο με σύμβαση μίσθωσης έργου και παρέχουν τις υπηρεσίες τους, χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων. Επιπλέον παρέχεται κάθε είδος μικροβιολογικής, ακτινολογικής εξέτασης ή ειδικής θεραπείας που συστήνεται ως αναγκαία. Για τις παραπάνω εξετάσεις και θεραπείες έχουν συμβληθεί με το Τ.Ε.Β.Ε. εργαστήρια, νοσοκομεία ή κλινικές, όπου υποχρεωτικά εκτελούνται σ' αυτά με συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 25% της τιμής του κρατικού τιμολογίου.
- Το ΤΕΒΕ παρέχει στους ασφαλισμένους του με συμμετοχή 25% όλα τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα (αμαξίδια χειροκίνητα, συμπτωκνωτές οξυγόνου, ακουστικά βαρηκοΐας κλπ) και χωρίς συμμετοχή κάποια αναλώσιμα υλικά σε άτομα που πάσχουν από σοβαρά χρόνια νοσήματα (παραπληγικοί-τετραπληγικοί, πάσχοντες από νεοπλάσματα κ.α.).
- Νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία παρέχεται μέσω συμβεβλημένων με το ΤΕΒΕ κρατικών νοσοκομείων, ιδιωτικών κλινικών και άλλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
- Φαρμακευτική περίθαλψη, μέσω συμβεβλημένων φαρμακείων με συμμετοχή του ασφαλισμένου στη δαπάνη από 25% μέχρι 0% σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Στους επιδοματούχους του ΕΚΑΣ, παρέχονται φάρμακα με ποσοστό 10% αντί του 25% που προαναφέρθηκε.

#### **2.4.3 Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)**

Ο ΟΓΑ ιδρύθηκε με το νόμο 4169/61 με σκοπό καταρχήν τη χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος – χηρείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Στη συνέχεια διευρύνθηκε η ασφαλιστική του προστασία με προσθήκη παροχών, όπως φαρμακευτική περίθαλψη, συντάξεις αναπηρίας κ.α. Το 1998 ο ΟΓΑ μετατράπηκε σε Ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών (νόμος 2458/97) και παρέχει ένα ευρύ φάσμα ασφαλιστικής προστασίας.

Στην ασφάλιση του ΟΓΑ υπάγονται υποχρεωτικά οι αγρότες, οι αυτοτελώς δηλ. προσωπικά απασχολούμενοι, συστηματικά και κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα στην αγροτική οικονομία (ιδιοκτήτες και εκμεταλλευτές αγροκτημάτων, κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι, μελισσοκόμοι κ.λπ.) καθώς και οι αλιείς που δεν υπάγονται στην ασφάλιση άλλου φορέα. Επίσης, υπάγονται οι αγρεργάτες, (οι απασχολούμενοι κατά κύριο

βιοποριστικό επάγγελμα με ημερομίσθιο ή μισθό, σε οποιαδήποτε παραγωγική αγροτική εργασία).

Στον κλάδο κύριας ασφάλισης αγροτών του ΟΓΑ μπορούν να ασφαλιστούν και οι αλλοδαποί που απασχολούνται στην αγροτική οικονομία και έχουν λάβει άδεια άσκησης εργασίας, εφόσον βέβαια απασχολούνται συστηματικά κατά κύριο επάγγελμα και όχι περιστασιακά και αντλούν το βιοπορισμό τους από την απασχόληση αυτή.

Με βάση τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν.2639/98,<sup>15</sup> όλοι οι αγρεργάτες-αλλοδαποί ασφαλίζονται πλέον στον ΟΓΑ, ανεξάρτητα από την περιοχή που παρέχουν την εργασία τους. Όπως αναφέρεται στην εγκύκλιο 1/1999 του ΟΓΑ σχετικά με θέματα ασφάλισης των αγρεργατών-αλλοδαπών: *οι απασχολούμενοι (αγρεργάτες γης και ποιμένες) κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα, με ημερομίσθιο ή μισθό, σε είδος ή σε χρήμα, σε οποιαδήποτε αγροτική παραγωγική εργασία και εφόσον προσκομίσουν δικαιολογητικό από το οποίο πιστοποιείται η νομιμότητα της παραμονής τους στη χώρα μας, μπορούν να απευθυνθούν στους ανταποκριτές του ΟΓΑ και να ζητήσουν την εγγραφή τους στα Μητρώα του Κλάδου .*

Με το Ν.3232/2004 μεταπήδησαν στον ΟΓΑ ακόμη 200.000 αγρεργάτες που ασφαλιζόνταν στο ΙΚΑ, όπως: οι μισθωτοί ανειδίκευτοι εργάτες απασχολούμενοι στην ζωική παραγωγή, αποκλειστικά και μόνο με την περιποίηση, εκτροφή και φροντίδα σε επιχειρήσεις ή εκμεταλλεύσεις (π.χ. βουστάσια, χοιροτροφεία, πτηνοτροφεία). Οι ανειδίκευτοι εργάτες απασχολούμενοι αποκλειστικά και μόνο με τη σπορά, φύτευση, περιποίηση, συλλογή προϊόντων γης σε επιχειρήσεις ή εκμεταλλεύσεις φυτικής παραγωγής (υδατοκαλλιέργειες, ανθοκομικές εκμεταλλεύσεις, φυτώρια). Οι αλιεργάτες που απασχολούνται στην παράκτια και μέση αλιεία καθώς και οι μετακλητοί αλλοδαποί με εισόδο στη χώρα μετά την 1/1/2004.

Ο ΟΓΑ παρέχει στους ασφαλισμένους του, άνευ συμμετοχής:

- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των Αγροτικών Ιατρείων, των Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων των Κρατικών Νοσοκομείων και των Συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ θεραπευτηρίων κοινωφελούς χαρακτήρα. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις απαραίτητες ιατρικές φροντίδες, μικροβιολογικές, παρακλινικές και λοιπές εξετάσεις και θεραπείες, χορήγηση συνταγών φαρμάκων, χορήγηση φαρμάκων για αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, διενέργεια ειδικών εξετάσεων σε ιδιωτικά εργαστήρια.

<sup>15</sup> Βλέπε την Εγκύκλιο 1/1999 του ΟΓΑ.

- Πλήρη νοσοκομειακή περίθαλψη στα Κρατικά Νοσοκομεία, τα Θεραπευτήρια του ΙΚΑ και τις συμβεβλημένες με τον ΟΓΑ Ιδιωτικές Κλινικές και Θεραπευτήρια.
- Βοηθητικά θεραπευτικά μέσα και όργανα παροδικής χρήσης, προθέσεις για μετεγχειρητικές καταστάσεις, ορθοπεδικά είδη, μηχανήματα και τεχνητά μέλη και συσκευές οξυγονοθεραπείας.
- Πλήρη φαρμακευτική περίθαλψη με συμμετοχή 25%, με εξαίρεση φάρμακα για την αντιμετώπιση και θεραπεία ορισμένων χρόνιων παθήσεων, στα οποία η συμμετοχή είναι 10% ή χορηγούνται δωρεάν.

Συμπερασματικά, οι αλλοδαποί ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ έχουν ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους Έλληνες ασφαλισμένους.

#### **2.4.4 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)**

Με το Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α' 2/3/2011, αρ. 17 και αρ. 18) συστήθηκε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία **Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες ο κλάδος υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι κλάδοι υγείας του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ καθώς και ο ΟΠΑΔ. Κύριος σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (αρ. 30 του Ν. 3918/2011), άρα και των νόμιμα διαμένοντων αλλοδαπών που είναι ασφαλισμένοι στους παραπάνω φορείς.

Η επίσημη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ξεκίνησε την 1/1/2012 και εξυπηρετεί περίπου 9 εκατομμύρια ασφαλισμένους Έλληνες και αλλοδαπούς μέσω της παροχής υπηρεσιών σε είδος και χρήμα. Σε έγγραφο της αρμόδιας διεύθυνσης του ΕΟΠΥΥ (Δελτίο Τύπου, 29/12/2011), αναφέρονται όσα πρέπει να γνωρίζουν οι ασφαλισμένοι για το θέμα της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας.

Για ιατρική εξέταση, συνταγογράφηση και αναγραφή εξετάσεων μπορούν να εξυπηρετούνται από τις Υπηρεσίες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πολυϊατρεία, ιατρεία, πρώην ΙΚΑ – ΕΤΑΜ) καθώς και από τους σχηματισμούς του ΕΣΥ (εξωτερικά ιατρεία κρατικών νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας, αγροτικά ιατρεία). Επίσης μπορούν να απευθύνονται στους συνεργαζόμενους (συμβεβλημένους) με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς καθώς και στους

ιδιώτες ιατρούς που έχουν πιστοποιηθεί μόνο για συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπομπή παρακλινικών εξετάσεων και μόνο ηλεκτρονικά. Όταν ο ασφαλισμένος απευθύνεται σε πιστοποιημένο ιδιώτη γιατρό το κόστος της επίσκεψης βαρύνει τον ασφαλισμένο και δεν αποδίδεται από τον Φορέα.

Για τη διενέργεια παρακλινικών – διαγνωστικών εξετάσεων οι ασφαλισμένοι απευθύνονται στις υγειονομικές δομές του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας ΙΚΑ – ΕΤΑΜ), στα εργαστήρια των σχηματισμών του ΕΣΥ (εξωτερικά ιατρεία κρατικών νοσοκομείων – Κέντρα Υγείας) και στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικούς παρόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι ασφαλισμένοι (άμεσα και έμμεσα) συμμετέχουν στη δαπάνη των εξετάσεων με ποσοστό 15% όταν αυτές πραγματοποιούνται σε συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους.

Δεν προβλέπεται συμμετοχή των ασφαλισμένων όταν:

- Οι εξετάσεις εκτελούνται εντός των δομών του Οργανισμού ή των σχηματισμών του ΕΣΥ.
- Οι εξετάσεις αφορούν προμεταμοσχευτικό ή μεταμοσχευτικό έλεγχο και εκτελούνται σε εξουσιοδοτημένα κέντρα που λειτουργούν σε κρατικά νοσοκομεία ή ΝΠΙΔ κοινωφελούς χαρακτήρα.

Επίσης δεν προβλέπεται συμμετοχή για τη διενέργεια εξετάσεων που γίνονται στο πλαίσιο της προληπτικής ιατρικής με τους όρους και τις προϋποθέσεις που καθορίζονται στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Οργανισμού. Παραπεμπτικά που εκδίδονται ηλεκτρονικά ή χειρόγραφα και αφορούν εξετάσεις προληπτικής ιατρικής με μηδενική συμμετοχή, ο παραγγέλλων ιατρός θα πρέπει να αναγράφει επί του παραπεμπτικού ότι πρόκειται για εξετάσεις που διενεργούνται στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου, σύμφωνα με τον ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ και θα αναγράφονται στο βιβλιάριο ασθενείας. Η δαπάνη για διενέργεια εξετάσεων σε μη συμβεβλημένους φορείς βαρύνει τον ασφαλισμένο και δεν αποδίδεται από τον ΕΟΠΥΥ.

Για νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ εξυπηρετούνται από όλα τα κρατικά νοσοκομεία και τις συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικές κλινικές. Για την εισαγωγή του ασθενούς σε συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική απαιτείται ιατρική γνωμάτευση από το θεράποντα ιατρό στην οποία θα αιτιολογείται η ανάγκη για νοσηλεία. Η εισαγωγή θα αναγγέλλεται ηλεκτρονικά από τη νοσηλευτική μονάδα που υποδέχεται τον ασθενή. Η έξοδος του ασθενούς από τη νοσηλευτική μονάδα αναγγέλλεται άμεσα με την ίδια διαδικασία που αναγγέλλεται και η είσοδος.

Ο έλεγχος της ασφαλιστικής ικανότητας του ασθενούς προκύπτει από το βιβλιάριο ασθενείας και αποκλειστικά υπόχρεος και υπεύθυνος αυτού του ελέγχου είναι η νοσηλευτική μονάδα που υποδέχεται τον ασθενή. Για νοσοκομειακή περίθαλψη που πραγματοποιείται σε μη συμβεβλημένη νοσηλευτική μονάδα, η δαπάνη βαρύνει αποκλειστικά και μόνο τον ασφαλισμένο χωρίς δικαίωμα αναζήτησης αυτής από τον φορέα.

## **2.5 Ζητήματα κοινωνικής προστασίας των αλλοδαπών**

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

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

Σε αυτές τις 2 κατηγορίες παρέχεται απόφαση οικονομικής αδυναμίας από τις κατά τόπους Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών, με βάση την οποία εκδίδεται βιβλιάριο περίθαλψης ανασφάλιστων, με το οποίο καλύπτεται η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη σε νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ. Απόφαση οικονομικής αδυναμίας μπορεί να εκδοθεί και για κάλυψη άλλων αναγκών, όπως εισαγωγή σε παιδικούς σταθμούς, σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, στο Γηροκομείο Αθηνών καθώς και για την κάλυψη νοσηλίων εξωτερικού, σε περίπτωση που δεν μπορεί να γίνει θεραπεία στην Ελλάδα. Όσον αφορά στους ομογενείς, το βιβλιάριο περίθαλψης πρέπει να



συνοδεύεται υποχρεωτικά από το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας ομογενούς (εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με αριθμ. Υ4α/οικ.8992/13-7-2000)<sup>16</sup>.

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

Επιπλέον, υπάρχει ειδική πρόβλεψη για την παροχή επιδόματος μητρότητας σε γυναίκες, που ευρίσκονται νόμιμα στη χώρα και έχουν πιστοποιητικό οικονομικής αδυναμίας (Ν.Δ.57/1973), λόγω του ότι αδυνατούν να αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα τις βασικές βιοτικές τους ανάγκες.

Οι πολιτικοί πρόσφυγες απολαμβάνουν όλων των επιδομάτων, όπως και οι Έλληνες πολίτες με τους οποίους εξομοιώνονται ως προς τα δικαιώματα σε παροχές κοινωνικής πρόνοιας.

## **2.6 Μέτρα για τον έλεγχο της παράνομης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους αλλοδαπούς**

Τα τελευταία χρόνια, οι μετακινήσεις μεταναστών προς την Ελλάδα και το μεγάλο ποσοστό παράνομων εισόδων αποτέλεσε μεγάλο πλήγμα για το ΕΣΥ, το οποίο ήταν στη φάση ανασυγκρότησής του. Οι νοσηλείες τους που κατά το 90% τα πρώτα χρόνια επιβάρυναν εξ ολοκλήρου τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, έθεσαν εκτός ελέγχου πολλά προγράμματα αναμόρφωσης, ανάπτυξης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Γαϊτανίδου, 2000).

Το έλλειμμα που αφήνουν οι μετανάστες στα νοσοκομεία είναι απόρροια της έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης. Είναι ενδεικτικό ότι σε διάστημα 3 μόλις μηνών (τους πρώτους μήνες του 2000) το συνολικό κόστος των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων μεταναστών άγγιξε τα 341 εκ. δρχ.

Για το μεγαλύτερο ποσοστό των αλλοδαπών έως τον Ιούλιο του 2000 ίσχυαν σε γενικές γραμμές τα εξής: Βάσει της σχετικής νομοθεσίας κάθε αλλοδαπός

<sup>16</sup> Βλέπε την Εγκύκλιο Υ4α/οικ.8992/13-7-2000 του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας.

νοσηλεύομενος που ανήκε στην κατηγορία του «τουρίστα» δικαιούνταν δωρεάν νοσηλευτικής φροντίδας, εάν είχε διαβατήριο με σφραγίδες από τις οποίες προέκυπτε ότι δεν είχε παρέλθει διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών από την είσοδο του αλλοδαπού στην επικράτεια. Εάν το διάστημα των 3 μηνών είχε παρέλθει ο ασθενής είχε το δικαίωμα να απευθυνθεί στην Πρεσβεία ή το Προξενείο της χώρας του και να ζητήσει βεβαίωση οικονομικής αδυναμίας και ως εκ τούτου το νοσοκομείο παρακαλούνταν να του προσφέρει ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα. Στην πράξη, πολύ δύσκολα οι προξενικές αρχές απέρριπταν αυτό το αίτημα, αφού δεν υποχρεώνονταν στην καταβολή κάποιου ποσού, ενώ δεν είχαν την δυνατότητα να ελέγξουν τη πραγματική οικονομική κατάσταση ενός ασθενούς που είχε ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης (Γαϊτανίδου, 2000).

Στο πλαίσιο ανάπτυξης συνεργασίας με άλλες χώρες στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα υπέγραψε διακρατικές συμφωνίες (διμερείς) με 9 χώρες: Τσεχία, Σλοβακία, Αλβανία, Βουλγαρία, Ρουμανία, Αρμενία, Κύπρος, Ουγγαρία, Μάλτα. Βέβαια το πρόβλημα των μεταναστών και της νοσηλείας τους δεν είναι το ίδιο από όλες αυτές τις χώρες, αλλά γεωπολιτικοί λόγοι και λόγοι στρατηγικής επέβαλλαν τη σύναψη συμφωνιών και με αυτές. Η ισχύς των διακρατικών συμφωνιών ποικίλει και ο χρονικός ορίζοντας που τίθεται είναι από 2 έως 5 έτη (Γαϊτανίδου, 2000).

Ωστόσο, οι νοσηλείες που καταγράφονται στα ελληνικά νοσοκομεία ξεπερνούν κατά πολύ το ποσοστό εκείνο που προβλεπόταν την περίοδο των διαβουλεύσεων. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι είχαν δημιουργηθεί παράνομα δίκτυα και παρεχόταν περίθαλψη από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε αλλοδαπούς ασθενείς εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, που δεν διέθεταν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα και δεν καλύπτονταν από τις σχετικές συμφωνίες (Γαϊτανίδου, 2000).

Πολλοί αλλοδαποί, που είχαν έρθει στην Ελλάδα με τουριστική βίζα ή που βρίσκονταν παράνομα στη χώρα, εισάγονταν ως επείγοντα περιστατικά για δωρεάν περίθαλψη στα νοσοκομεία, ενώ η κατάστασή τους δεν ενέπνεε κανένα κίνδυνο για τη ζωή τους. Με αυτή τη διαδικασία επίσης, μεγάλος αριθμός αλλοδαπών γυναικών χρησιμοποιούσε τις μαιευτικές κλινικές των νοσοκομείων για τοκετό. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι "το 80% και πλέον των κλινών ορισμένων μαιευτικών κλινικών Νοσοκομείων του ΕΣΥ καταλαμβάνονται από αλλοδαπές που εισήχθησαν ως 'επείγοντα' περιστατικά για δωρεάν νοσηλεία, ενώ είτε έχουν αφιχθεί στη χώρα μας λίγα μόλις εικοσιτετράωρα πριν τη γέννα με τουριστική βίζα, είτε δεν διαθέτουν τα απαιτούμενα

νομιμοποιητικά έγγραφα και συχνά βρίσκονται παράνομα στη χώρα μας" (Καψάλης, 2003).

Επιπλέον, εντοπίστηκαν πλαστά βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας καθώς και βιβλιάρια ασφαλιστικών φορέων με τα οποία παρεχόταν δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη από νοσοκομεία του ΕΣΥ. Σε 2 μόνο Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις εντοπίστηκαν περίπου 150 πλαστά βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας. (εφ. Πρώτο Θέμα, 20/3/2011:34-35).

Μελέτη του Υπουργείου Υγείας αποδεικνύει ότι το κόστος της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μη νόμιμων μεταναστών στα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα για τα έτη 2009-2010 ξεπερνά το ποσό των 270 εκατ. ευρώ (εφ. Πρώτο Θέμα, 20/3/2011:34-35).

Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι το κόστος περίθαλψης των μεταναστών της Υπατίας, σε 15 νοσοκομεία της Αττικής, στα πρόσφατα γεγονότα στις αρχές του 2011, σύμφωνα με τον Υπουργό Υγείας έφτασε τις 59.500 ευρώ, ενώ ισόποση εκτιμάται η δαπάνη του ΕΚΑΒ (πληρώματα, οχήματα, καύσιμα, υπερωρίες), που επί 44 ημέρες βρίσκονταν επί ποδός προκειμένου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες φροντίδας των απεργών πείνας. Το υπουργείο Υγείας δημοσίευσε αναλυτικά στοιχεία για το κόστος νοσηλείας των μεταναστών-απεργών πείνας βάσει των οποίων οι δαπάνες περίθαλψης τους ανέρχονται σε: 14.644 ευρώ για το νοσοκομείο «Ελπίς», 7.324 ευρώ για το νοσοκομείο «Αγία Όλγα», 2.419 για το νοσοκομείο «Σισμανόγλειο», 1.540 ευρώ για το Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, 5.930 ευρώ για το νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», 5.877 ευρώ για το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», 5.760 ευρώ για το νοσοκομείο «Γεννηματάς», 4.732 ευρώ για το νοσοκομείο «Λαϊκό», 3.200 ευρώ για το «Ιπποκράτειο» νοσοκομείο, 3.040 ευρώ για το «Σπηλιοπούλειο» νοσοκομείο, 1.496 ευρώ για το «Αμαλία Φλέμινγκ», 1.393 για την Πολυκλινική, 1.100 ευρώ για το νοσοκομείο «Σωτηρία», 777 ευρώ για το νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» και 262 ευρώ για το νοσοκομείο «Παμμακάριστος» (εφ. Πρώτο Θέμα, 20/3/2011:34-35).

Για την εξάλειψη των φαινομένων παράνομης παροχής δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, εκδόθηκε εγκύκλιος (αριθμ. Υ4α/οικ.8992/13-7-2000) από το Υπουργείο Υγείας, με οδηγίες για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης σε κάθε κατηγορία αλλοδαπών.

Οι διατάξεις της εγκυκλίου αυτής θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

- Για την είσοδο αλλοδαπών, εκτός χωρών μελών της ΕΕ, για νοσηλεία στη χώρα μας, σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ, στις περιπτώσεις όπου έχει υπογραφεί διακρατική

συμφωνία με τη χώρα από την οποία προέρχονται, απαιτείται έκδοση εγκριτικής απόφασης του Υπουργού Υγείας.

- Δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στους ομογενείς και στους υπηκόους των χωρών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, στους οποίους έχει χορηγηθεί βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας. Σημειώνεται ότι δεν προβλέπεται η έκδοση αυτού του βιβλιαρίου σε άλλες κατηγορίες αλλοδαπών και όταν προσκομίζεται θεωρείται πλαστό ή ότι έχει εκδοθεί παράνομα. Οι παροχές αυτές δίνονται δωρεάν και στους αναγνωρισμένους πολιτικούς πρόσφυγες.
- Στους αλλοδαπούς, οι οποίοι βρίσκονται προσωρινά στην χώρα (τουρίστες), δεν παρέχεται δωρεάν περίθαλψη ακόμη και στην περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εκτός αν προέρχονται από τις χώρες του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη. Η νοσηλεία τους σε όλες τις περιπτώσεις (τακτικό ή έκτακτο περιστατικό) πραγματοποιείται κανονικά και τηρείται η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων. Στα τακτικά περιστατικά απαιτείται να προκαταβάλλεται το 50% του εκτιμώμενου κόστους περίθαλψης και νοσηλείας, διαφορετικά ο ασθενής δεν γίνεται δεκτός στο νοσοκομείο
- Με βάση την εγκύκλιο αναφέρεται ρητά ότι δικαιούνται φαρμακευτικής περίθαλψης *μόνον οι κάτοχοι των βιβλιαρίων ασφαλιστικών φορέων, οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες και οι κάτοχοι βιβλιαρίων οικονομικής αδυναμίας.*
- Στους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στη χώρα μας παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες *«αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους».*

Πρέπει να σημειωθεί ότι παρά τις αυστηρές ρυθμίσεις τόσο του Ν. 2910/2001 (αρθρ. 54) αλλά και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τον περιορισμό των παράνομων και παράτυπων διαδικασιών, στην πράξη υπάρχει ελαστική εφαρμογή των διατάξεων αυτών. Για παράδειγμα οι αλλοδαποί που στερούνται νομιμοποιητικών εγγράφων νόμιμης παραμονής στη χώρα, όταν απευθύνονται σε κάποιο νοσοκομείο, ανεξαρτήτως του επείγοντος ή όχι του περιστατικού, συνήθως εξυπηρετούνται χωρίς να αντιμετωπίζουν πρόβλημα (ενημέρωση της Αστυνομικής Υπηρεσίας ή της Υπηρεσίας Αλλοδαπών και Μετανάστευσης) (Κοτσώνη, 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

### 3.1 Μεθοδολογία: Η αναζήτηση στοιχείων κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης των μεταναστών

Για την απεικόνιση των κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών των αλλοδαπών χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα από την απογραφή πληθυσμού του 2001, επειδή θεωρείται ότι ο αριθμός αλλοδαπών υποεκτιμάται στην Έρευνα Εργατικού Δυναμικού (ΕΕΔ) της ΕΣΥΕ<sup>17</sup>. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν και δεδομένα από το ΙΚΑ.

### 3.2 Πληθυσμός των αλλοδαπών

Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο συνολικός πληθυσμός των αλλοδαπών ήταν 762.191 άτομα, εκ των οποίων το 45% ήταν γυναίκες. Ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας (Ελληνες και αλλοδαποί) ήταν 10.934.097 άτομα, δηλαδή οι αλλοδαποί αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 7% του γενικού πληθυσμού. Κατά την απογραφή του 1991 είχαν καταγραφεί 167.276 αλλοδαποί, οι οποίοι αντιπροσώπευαν μόλις το 1,6% του γενικού πληθυσμού, ενώ το 1981 το ποσοστό αυτό ήταν 1,7%. Με άλλα λόγια, ο αριθμός των αλλοδαπών σε σχέση με τον αριθμό του γενικού πληθυσμού αυξάνεται δραματικά μέσα σε μια δεκαετία.

Δημογραφικές μελέτες επισημαίνουν ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα μιας θετικής καθαρής μετανάστευσης παρά την αρνητική φυσική αύξηση του γηγενούς πληθυσμού (Μπάγκαβος, 2003).

Έτσι, δημιουργούνται 2 διαφορετικές πυραμίδες ηλικιών του πληθυσμού μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών, γεγονός που θα επηρεάσει, βραχυπρόθεσμα αρνητικά, το σύστημα υγείας και πρόνοιας (Κασιμάτη, 2003).

### 3.3 Ηλικία

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3, η ηλικιακή κατανομή Ελλήνων και αλλοδαπών διαφοροποιείται. Για παράδειγμα, το ποσοστό των αλλοδαπών ηλικίας 60-69 ετών είναι 3,2% έναντι 12% των Ελλήνων. Ακόμη, το ποσοστό αλλοδαπών στην ομάδα ηλικίας 5-9 ετών είναι 5,6% έναντι 4,9% των Ελλήνων. Επομένως, οι απαιτήσεις των δυο πληθυσμών ως προς το σύστημα υγείας και πρόνοιας είναι δομικά διαφορετικές.

<sup>17</sup> Η Απογραφή του 2001 κατάγραψε περίπου 2,4 φορές περισσότερους αλλοδαπούς από τις ΕΕΔ.

Εξάλλου, τα έξοδα και τα έσοδα για κάθε πληθυσμιακή ομάδα έχουν άμεση σχέση με την ηλικιακή κατανομή του κάθε πληθυσμού (π.χ. βοήθεια στο σπίτι, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, παιδιατρική φροντίδα).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

*Πληθυσμός ανάλογα την ομάδα ηλικίας και την υπηκοότητα, 2001.*

Ηλικίες (έτη)	Σύνολο πληθυσμού	Έλληνες	Αλλοδαποί	Σύνολο πληθυσμού	Έλληνες	Αλλοδαποί
Σύνολο χώρας	10.934.097	10.171.906	762.191	-	-	-
0-4	530.743	492.309	38.434	4,9%	4,8%	5,0%
5-9	546.303	503.489	42.814	5,0%	4,9%	5,6%
10-14	586.597	540.755	45.842	5,4%	5,3%	6,0%
15-19	725.715	666.080	59.635	6,6%	6,5%	7,8%
20-24	1.674.091	1.473.137	200.954	15,3%	14,5%	26,4%
30-39	1.650.393	1.475.104	175.289	15,1%	14,5%	23,0%
40-49	1.489.598	1.379.619	109.979	13,6%	13,6%	14,4%
50-59	1.233.903	1.185.400	48.503	11,3%	11,7%	6,4%
60-69	1.241.968	1.217.943	24.025	11,4%	12,0%	3,2%
70-79	883.210	870.930	12.280	8,1%	8,6%	1,6%
>80	371.576	367.140	4.436	3,4%	3,6%	0,6%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18ης Μαρτίου 2001.

#### 3.4 Λόγοι μετανάστευσης και οικογενειακή κατάσταση

Περισσότεροι από τους μισούς αλλοδαπούς (54%) εγκαταστάθηκαν στη χώρα μας για λόγους εργασίας (Πίνακας 4). Αρκετοί ήλθαν λόγω επανένωσης με την οικογένεια τους (13%), ενώ λίγοι μόνο για λόγους «επαναπατρισμού-παλιννόστησης» (6,8%).<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Δυστυχώς, δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε σε τι αντιστοιχεί η απάντηση «Άλλος λόγος». Ορισμένοι, κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της απογραφής του 2001, επέλεξαν την απάντηση «Άλλος λόγος». Με άλλα λόγια, δεν πρόκειται για την ομαδοποίηση διαφόρων απαντήσεων, αλλά απλά, λόγω τυποποίησης του ερωτηματολογίου, δεν υπήρχε δυνατότητα για τους ερωτώμενους να προσδιορίσουν την απάντησή τους.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα, φύλο και κύριο λόγο εγκατάστασης στην Ελλάδα.

Σύνολο αλλοδαπών								
	Σύνολο	Εργασία	Επαναπα- τρισμός	Επανε- νωση οικογέ- νειας	Σπουδές	Αναζήτηση ασύλου	Πρόσφυγας	Άλλος λόγος
<b>Σύνολο της χώρας</b>	762.191	413.214	51.694	99.968	20.787	9.980	2.368	164.180
<b>%</b>	100,0%	54,2%	6,8%	13,1%	2,7%	1,3%	0,3%	21,5%
<b>Αλβανία</b>	438.036	240.656	11.869	69.949	8.263	927	35	106.337
<b>Βουλγαρία</b>	35.104	27.504	397	2.624	441	158	43	3.937

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18ης Μαρτίου 2001.

Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση (Πίνακας 5), διαπιστώνουμε ότι περίπου το 60% των αλλοδαπών που εγκαταστάθηκε στην Ελλάδα για εργασία ζουν μαζί με την οικογένειά τους. Οι γυναίκες ζουν με την οικογένειά τους σε μεγαλύτερο βαθμό έναντι των ανδρών (73% έναντι 50% αντίστοιχα).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Αλλοδαποί κατά φύλο, οικογενειακή κατάσταση (αλλοδαποί που δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα για εργασία).

	Σύνολο	%	Άρρενες	%	Θήλειες	%
<b>Σύνολο χώρας</b>	<b>413.241</b>	<b>100%</b>	<b>244.643</b>	<b>100%</b>	<b>168.598</b>	<b>100%</b>
<b>Με οικογένεια</b>	249.085	60,3%	125.792	51,4%	123.293	73,1%
<b>Χωρίς οικογένεια</b>	164.156	39,7%	118.851	48,6%	45.305	26,9%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18ης Μαρτίου 2001.

### 3.5 Χρόνος παραμονής

Το 40% των αλλοδαπών, κατά την περίοδο της απογραφής, κατοικούσε ήδη στην Ελλάδα για περισσότερα από 5 χρόνια (Πίνακας 6). Διαπιστώνουμε επίσης ότι ο χρόνος παραμονής διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ αλλοδαπών διαφορετικής υπηκοότητας. Σχεδόν το 48% των Αλβανών έμεινε πάνω από 5 έτη έναντι μόνο του 23% των Βουλγάρων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6**

*Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα, φύλο και χρόνο παραμονής στην Ελλάδα, (αλλοδαποί που δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν για εργασία).*

Χρόνος	Σύνολο	%	Αλβανία	%	Βουλγαρία	%
Σύνολο	413.241	100,00%	240.671	100,00%	27.506	100,00%
1 έτος	50.595	12,24%	19.967	8,30%	4.828	17,55%
1 - 5 έτη	193.341	46,79%	105.541	43,85%	16.247	59,07%
5 έτη και άνω	169.305	40,97%	115.163	47,85%	6.431	23,38%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18ης Μαρτίου 2001.

### 3.6 Γεωγραφική διάσταση

Η γεωγραφική διάσταση της περιοχής εγκατάστασης των αλλοδαπών (Πίνακας 7) αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή επειδή οι κάτοικοι που ζουν σε αγροτικές περιοχές χρησιμοποιούν λιγότερο το σύστημα υγείας απ'ότι οι κάτοικοι των πόλεων.

Όπως υποστηρίζεται, οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών πρέπει να αρρωστήσουν σοβαρά για να επισκεφτούν τον ιατρό. Επίσης, πιθανολογείται ότι πηγαίνουν πιο σπανία να συμβουλευτούν έναν ιατρό για προληπτικούς λόγους. Δεν έχουμε υπόψη μας δεδομένα που να διερευνούν τις συμπεριφορές των Ελλήνων ως προς την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον τόπο παραμονής πλην αυτή των Κυριόπουλου, Γκρέγκορ και Οικονόμου (2002)<sup>19</sup>, ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι η ύπαρξη ιατρών ή νοσοκομείων σε μικρή απόσταση συμβάλει στην αύξηση της ζήτησης/κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας (Coca, 1995 & 1998).

<sup>19</sup> Η μοναδική ελληνική έρευνα που αφορά την χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι η μελέτη των: Γ. Κυριόπουλου, Σ. Γκρέγκορ, Χ. Οικονόμου. 2002. *Υγεία και υπηρεσίες Υγείας στο Ελληνικό πληθυσμό*, ΕΣΔΥ, Αθήνα.



## ΠΙΝΑΚΑΣ 7

*Αλλοδαποί κατά περιοχή που δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα για εργασία.*

	Σύνολο	σε %	Άρρενες	σε %	Θήλειες	σε %
Σύνολο χώρας	413.241	100%	244.643	100%	168.598	100%
Αστικές περιοχές	324.966	78,6%	185.237	75,7%	139.729	82,9%
Αγροτικές περιοχές	88.275	27,2%	59.406	32,1%	28.869	20,7%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

Αξίζει να τονιστεί ότι η πλειοψηφία των αλλοδαπών που ζουν στη χώρα μας (78%) κατοικεί σε αστικές περιοχές.

Στον πίνακα 8 παρατίθενται στοιχεία σύμφωνα με την μεγαλύτερη κατανομή των μεταναστών ανά νόμο της χώρας σε σχέση με τον συνολικό μεταναστευτικό πληθυσμό.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 8

*Κατανομή μεταναστών ανά Νομό σε σχέση με το συνολικό μεταναστευτικό πληθυσμό*

Νομός	Ποσοστό των μεταναστών στο συνολικό μεταναστευτικό πληθυσμό
Αθηνών	35%
Θεσσαλονίκης	8,6%
Αν. Αττικής	5,4%
Πειραιώς	5,0%
Αχαΐας	2,3%
Δωδεκανήσου	2,3%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

### 3.7 Επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού και των απασχολουμένων

Το 87,4% των αλλοδαπών έχει αποκτήσει απολυτήριο 3-ταξιας Μέσης Εκπαίδευσης, ως ανώτερο πτυχίο (δηλ. πήγε στο σχολείο μέχρι και το γυμνάσιο ή διέκοψε νωρίτερα) έναντι 83% του συνόλου του πληθυσμού της χώρας (Πίνακες 9 & 10). Στους πίνακες 11 & 12, παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο. Γενικά, οι

διαφορές ανάμεσα στους αλλοδαπούς και το σύνολο του πληθυσμού δεν είναι ουσιαστικές.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 9

*Αλλοδαποί κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των βαθμίδων.*

Αλλοδαποί	Σύνολο (N)	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο (%)	Άρρενες	Θήλεις
Μεταπτυχιακός τίτλος ή Διδακτορικό	4799	2771	2028	0.6%	0.7%	0.6%
Πτυχίο Ανωτάτων Σχολών	54647	24034	30613	7.2%	5.8%	8.8%
Πτυχίο Ανώτερης Τεχν.Επαγ. Εκπαίδευσης	15985	6619	9366	2.1%	1.6%	2.7%
Πτυχιούχοι μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	20659	8445	12214	2.7%	2.0%	3.5%
Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης	200324	101848	98476	26.3%	24.5%	28.4%
Πτυχιούχοι ΤΕΑ και ΤΕΣ	22710	14498	8212	3.0%	3.5%	2.4%
Απολυτήριο 3-ταξιας Μέσης Εκπαίδευσης	128137	75295	52842	16.8%	18.1%	15.2%
Απολυτήριο Δημοτικού	166937	101130	65807	21.9%	24.3%	19.0%
Φοιτούν στο Δημοτικό	56707	29892	26815	7.4%	7.2%	7.7%
Εγκατέλειψαν το Δημοτικό και δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση	91286	51020	40266	12.0%	12.3%	11.6%
Σύνολο	762191	415552	346639	100.0%	100.0%	100.0%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

Η διάσταση αυτή μας ενδιαφέρει επειδή το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με το εισόδημα και την χρήση του συστήματος υγείας. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης και το εισόδημα, τόσο λιγότερο τα άτομα χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα υγείας (Κυριόπουλος κ.α., 2002)<sup>20</sup>.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Συνολικός πληθυσμός ηλικίας 6 ετών και άνω κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των βαθμίδων.

	Πληθυσμός			Πληθυσμός σε ποσοστό		
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες
<b>Μεταπτυχιακός ή Διδακτορικός Τίτλος</b>	82887	53781	29106	0.8%	1.1%	0.6%
<b>Πτυχίο Ανωτάτων Σχολών</b>	844542	444691	399851	8.5%	8.7%	8.3%
<b>Πτυχίο Ανώτερης Τεχν.Επαγ. Εκπαίδευσης</b>	337739	185951	151788	3.4%	3.7%	3.1%
<b>Πτυχιούχοι μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης</b>	362605	159484	203121	3.7%	3.1%	4.2%
<b>Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης</b>	2300727	1087257	1213470	23.2%	21.4%	25.1%
<b>Πτυχιούχοι ΤΕΛ και ΤΕΣ</b>	398491	304183	94308	4.0%	6.0%	1.9%
<b>Έως Απολυτήριο 3-ταξιας Μέσης Εκπαίδευσης</b>	1159432	636332	523100	11.7%	12.5%	10.8%
<b>Απολυτήριο Δημοτικού</b>	3139901	1530622	1609279	31.6%	30.1%	33.3%
<b>Φοιτούν στο Δημοτικό</b>	654322	338427	315895	6.6%	6.7%	6.5%
<b>Εγκατέλειψαν το Δημοτικό και δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση</b>	644699	345631	299068	6.5%	6.8%	6.2%
<b>Σύνολο</b>	9925345	5086359	4838986	100.0%	100.0%	100.0%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

<sup>20</sup> Αυτό το θέμα αφορά τόσο στους Έλληνες όσο και στους αλλοδαπούς και επισημαίνεται στη μελέτη των Γ. Κυριόπουλου, Σ. Γκρέγκορν, Χ. Οικονόμου. 2002 όπ.π.. Ωστόσο, άλλες μελέτες διεθνώς καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα: Mormiche P. (1993), «Les disparités de recours aux soins en 1991», *Economie et statistiques* No 285, pp. 45-52, Mormiche P. (1995), «L'accès aux soins», *Economie et statistiques* No 282, pp. 3-19.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Αλλοδαποί κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης (Μέσης-Ανώτερης/Ανώτατης).

	Αλλοδαποί (N)			Αλλοδαποί (%)		
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις
Έως Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης	666101	373683	292418	87.4%	89.9%	84.4%
Πάνω από Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης	96090	41869	54221	12.6%	10.1%	15.6%
<b>Σύνολο</b>	<b>762191</b>	<b>415552</b>	<b>346639</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Συνολικός Πληθυσμός ηλικίας 6 ετών και άνω κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης (Μέσης-Ανώτερης/Ανώτατης).

	Πληθυσμός (N)			Πληθυσμός (%)		
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις
Έως Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης	8297572	4242452	4055120	80,6%	83,4%	77,8%
Πάνω από Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης	1627773	843907	783866	19,4%	16,6%	22,2%
<b>Σύνολο</b>	<b>10296798</b>	<b>5086359</b>	<b>5210439</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

### 3.8 Απασχόληση

Στην απογραφή του 2001, η ΕΣΥΕ αναφέρει 4.102.091 απασχολούμενους εκ των οποίων οι 391.674 είναι αλλοδαποί, δηλαδή 9,5% του συνολικού εργατικού δυναμικού (226.301 κατάγονται από την Αλβανία). Ο συνολικός αριθμός των μισθωτών είναι 2.678.226 άτομα (65% του συνόλου), εκ των οποίων οι 348.455 αλλοδαποί (13% του

συνόλου των μισθωτών, Πίνακας 13). Οι γυναίκες αποτελούν το 30,9% του αλλοδαπού εργατικού δυναμικού (120.903), ενώ το ποσοστό Ελληνίδων εργαζομένων κυμαίνεται στο 37,3% (1.384.167).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 13

*Απασχολούμενοι και μισθωτοί κατά υπηκοότητα.*

	<b>Απασχολούμενοι</b>	<b>Μισθωτοί</b>
<b>Σύνολο</b>	4.102.091	2.678.226
<b>Έλληνες</b>	3.710.417	2.329.771
<b>Αλλοδαποί</b>	391.674	348.455

**Πηγή:** ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

Ο λόγος απασχολουμένων προς το συνολικό πληθυσμό των αλλοδαπών είναι 51,4% (391.674/762.191), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Ελλήνων είναι 36,5%. Το ποσοστό απασχόλησης των αλλοδαπών (αριθμός απασχολουμένων προς την εργάσιμη ηλικία 15-64 ετών) είναι 64,4% (391.674/608.416), ενώ το αντίστοιχο των Ελλήνων είναι 54,6% (3.710.417/6.793.242). Παρατηρούμε ότι ο βαθμός ένταξης των αλλοδαπών στην αγορά εργασίας είναι υψηλότερος σε σχέση με αυτόν των Ελλήνων.

### 3.9 Μερική απασχόληση

Αν θεωρήσουμε ότι οι 230 ημέρες εργασίας και άνω (46 εβδομάδες και 5 ημέρες ανά εβδομάδα) συνιστούν την πλήρη απασχόληση, διαπιστώνουμε ότι ο αριθμός ημερών εργασίας των αλλοδαπών είναι χαμηλότερος συγκριτικά με αυτόν των Ελλήνων. Ο σημαντικά πιο χαμηλός μέσος όρος που παρατηρείται στα οικοδομοτεχνικά έργα πιθανόν να οφείλεται στη μη δήλωση των πραγματικών ημερών εργασίας (Πίνακας 14).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 14

*Μέσος όρος ημερών εργασίας ανά ασφαλισμένο, 2003.*

	<b>Ελληνική</b>	<b>Αλβανική</b>
<b>Κοινές επιχειρήσεις</b>	211,4	182,6
<b>Οικοδομοτεχνικά έργα</b>	104	104,3

**Πηγή:** ΙΚΑ Ετήσια στοιχεία απασχόλησης, έτος 2003.

### 3.10 Ανεργία και ποσοστό ανεργίας

Ένα σημείο που πρέπει να επισημάνουμε είναι ότι οι αλλοδαποί χαρακτηρίζονται από χαμηλό ποσοστό ανεργίας. Το σύνολο του εργατικού δυναμικού (απασχολούμενοι και άνεργοι) για τους αλλοδαπούς ήταν 413.267 άτομα (391.674 ενεργοί και 21.953 άνεργοι) το 2001. Το ποσοστό ανεργίας των αλλοδαπών αντιστοιχεί στο 5,22%.

Το σύνολο του εργατικού δυναμικού (Σ.Ε.Δ., απασχολούμενοι και άνεργοι) ήταν 5.128.849 άτομα (4.615.470 ενεργοί και 513.379 άνεργοι). Ο αριθμός των ανέργων ήταν 513.379 άτομα, εκ των οποίων οι 247.395 ζητούσαν εργασία για πρώτη φορά. Το συνολικό ποσοστό ανεργίας ήταν 10% (Πίνακας 14).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 15

*Απασχόληση, ανεργία, ποσοστό ανεργίας των αλλοδαπών και των Ελλήνων.*

	Αλλοδαποί	Έλληνες	Σύνολο
<b>Ενεργοί</b>	391.674	4.223.796	4.615.470
<b>Άνεργοι</b>	21.953	491.426	513.379
<b>Σ.Ε.Δ.</b>	413.627	4.715.222	5.128.849
<b>Ποσοστό ανεργίας</b>	5,3%	10,4%	10,0%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

### 3.11 Θέση στο επάγγελμα

Η «θέση στο επάγγελμα» είναι μια κατηγορία που διαχωρίζει τους απασχολούμενους σε εργοδότες, αυτοαπασχολούμενους, μισθωτούς και συμβοηθόντα, μη αμειβόμενα, μέλη νοικοκυριού.

Το 89% των αλλοδαπών είναι μισθωτοί (Πίνακας 16), έναντι μόνον του 62,8% των Ελλήνων. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι το 11,7% των Ελληνίδων είναι συμβοηθόντα και μη αμειβόμενα μέλη νοικοκυριού, έναντι μόνο του 4,6% των αλλοδαπών γυναικών.

Όσον αφορά στις 2 άλλες κατηγορίες τα ποσοστά διαφοροποιούνται σημαντικά: σχεδόν 19% των Ελλήνων είναι αυτοαπασχολούμενοι χωρίς προσωπικό έναντι 6,5% των αλλοδαπών. Επίσης, το ποσοστό των Ελλήνων εργοδοτών είναι 12,8% έναντι μόλις 2,8% των αλλοδαπών.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Απασχολούμενοι κατά φύλο και θέση στο επάγγελμα.

Υπηκοότητα	Φύλο	Σύνολο	Θέση στο επάγγελμα			
			Εργοδότες	Αυτοαπασχολούμενοι	Μισθωτοί	Συμβοηθούντα & μη αμοιβόμενα μέλη νοικοκυριού
Αλλοδαπή	Σύνολο	391.674	11.152	25.507	348.455	6.560
	Άρρενες	270.771	8.069	17.274	244.376	1.052
	Θήλειες	120.903	3.083	8.233	104.079	5.508
	Σύνολο(%)	100%	2,85%	6,51%	88,97%	1,67%
	Άρρενες(%)	100%	2,98%	6,38%	90,25%	0,39%
	Θήλειες(%)	100%	2,55%	6,81%	86,08%	4,56%
Ελληνική	Σύνολο	3.710.417	475.327	698.417	2.329.771	206.902
	Άρρενες	2.326.250	352.166	533.763	1.395.922	44.410
	Θήλειες	1.384.167	123.161	164.654	933.860	162.492
	Σύνολο(%)	100%	12,81%	18,82%	62,79%	5,58%
	Άρρενες(%)	100%	15,14%	22,95%	60,01%	1,91%
	Θήλειες(%)	100%	8,90%	11,90%	67,47%	11,74%
Σύνολο	Σύνολο	4.102.091	486.479	723.924	2.678.226	213.462
	Άρρενες	2.597.021	360.235	537.551	1.640.287	45.462
	Θήλειες	1.505.070	126.244	172.887	1.037.939	168.000

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

### 3.12 Δραστηριότητα ανά οικονομικό κλάδο

Από στοιχεία του ΙΚΑ, οι 172.311 απασχολούμενοι αλλοδαποί υπεραντιπροσωπεύονται σε ορισμένους κλάδους σε σχέση με το σύνολο των απασχολουμένων στους συγκεκριμένους κλάδους, ενώ υποαντιπροσωπεύονται σε άλλους. Εργάζονται κυρίως:

- στη **γεωργία** (18,3% του συνόλου και 1.772 εγγεγραμμένοι στο ΙΚΑ),
- στην **αλιεία**. (40% του συνόλου και 2.092 εγγεγραμμένοι στο ΙΚΑ),

- στις **κατασκευές** (13,8% του συνόλου και 8.970 εγγεγραμμένοι στο ΙΚΑ),
- στα **ξενοδοχεία και τα εστιατόρια** (20% του συνόλου και 40.041 εγγεγραμμένοι στο ΙΚΑ),
- στην **παροχή υπηρεσιών** (70% του συνόλου και 18.247 εγγεγραμμένοι στο ΙΚΑ) και στα **ιδιωτικά νοικοκυριά** που απασχολούν οικιακό προσωπικό.

### 3.13 Επάγγελμα

Το 78,7% των αλλοδαπών απασχολούνται σε 2 κύριες κατηγορίες επαγγελματιών (Πίνακας 17): τεχνίτες, χειριστές μεταφορικών μέσων, ανειδίκευτοι εργάτες και μικροεπαγγελματίες (68,3%) και απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές (10,4%).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17**

*Σύνολο των απασχολούμενων και αλλοδαποί κατά ομάδες ατομικών επαγγελματιών.*

Ομάδες ατομικών επαγγελματιών	Σύνολο απασχολούμενων			
	Σύνολο (N)	%	Αλλοδαποί (N)	%
Μέλη των βουλευόμενων σωμάτων, ανώτερα διοικητικά και διευθ/κά στελέχη του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα	363.581	8,9%	9212	2,4%
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα	493.749	12,0%	12.681	3,2%
Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	322.443	7,9%	7.281	1,9%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	390.934	9,5%	8.525	2,2%
<b>Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές</b>	551.539	13,4%	40.902	<b>10,4%</b>
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς	533.646	13,0%	26.974	6,9%
<b>Τεχνίτες, χειριστές μεταφορικών μέσων, ανειδίκευτοι εργάτες και μικροεπαγγελματίες</b>	1.270.367	15,1%	267.521	<b>68,3%</b>
998/999 Δήλωσαν ανεπαρκώς ή ασαφώς το επάγγελμά τους	175.832	4,3%	18.578	4,7%
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΟΣ</b>	<b>4.102.091</b>	<b>100%</b>	<b>391.674</b>	<b>100%</b>

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.



Αντίθετα, οι δυο αυτές κατηγορίες συγκεντρώνουν αντίστοιχα μόνο 15,1% και 13,4% του συνόλου των απασχολουμένων. Επομένως, η κατανομή των επαγγελματιών στο σύνολο του πληθυσμού είναι πολύ πιο διάσπαρτη.

Η σχεδόν αποκλειστική απασχόληση των αλλοδαπών στις παραπάνω κατηγορίες επιβεβαιώνει τις προηγούμενες επισημάνσεις σχετικά με την ένταξή τους στην αγορά εργασίας. Επίσης, στους αλλοδαπούς αναμένονται περισσότερα εργατικά ατυχήματα (άρα χρήση του συστήματος υγείας), ασθένειες και ενδεχόμενη ανικανότητα να συνεχίσουν να εργάζονται πέραν της ηλικίας των 60 χρόνων λόγω σωματικής καταπόνησης επειδή συγκεντρώνονται σε οικονομικούς κλάδους όπου τα ατυχήματα και η σωματική φθορά παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα.

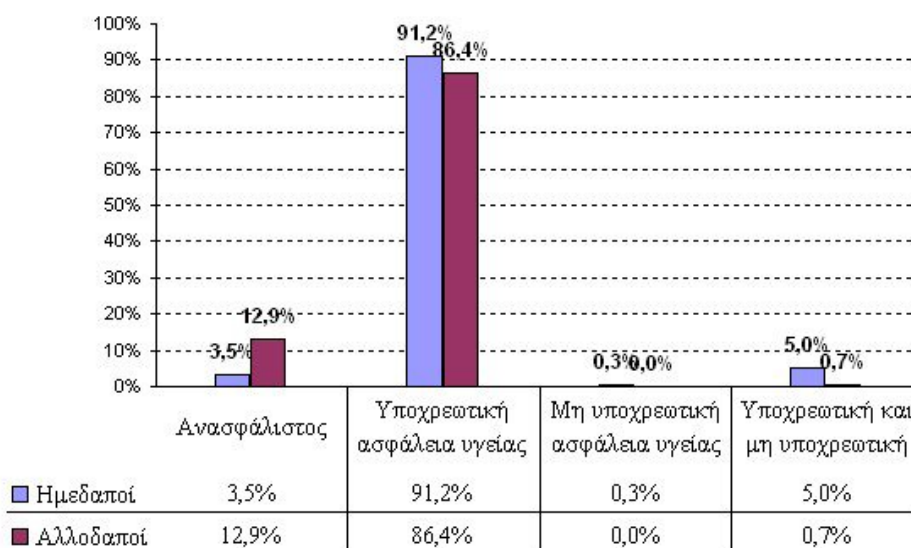
### 3.14 Ασφάλιση μεταναστών

Οι μετανάστες έχουν υποχρεωτική ασφάλιση σε ποσοστό 86,4% έναντι 91,2% των ημεδαπών, ενώ είναι ανασφάλιστοι κατά 12,9% έναντι 3,5% αντίστοιχα. Ως εκ τούτου, βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση στην ασφάλιση κυρίως διότι απασχολούνται σε δραστηριότητες όπου υπερέχει η μαύρη εργασία, όπως οι αγροτικές καλλιέργειες, οικιακοί βοηθοί, φύλαξη γερόντων και παιδιών και γενικά όπου είναι πιο εύκολη η εισφοροδιαφυγή.

#### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης ημεδαπών και αλλοδαπών

#### Ασφάλιση Υγείας



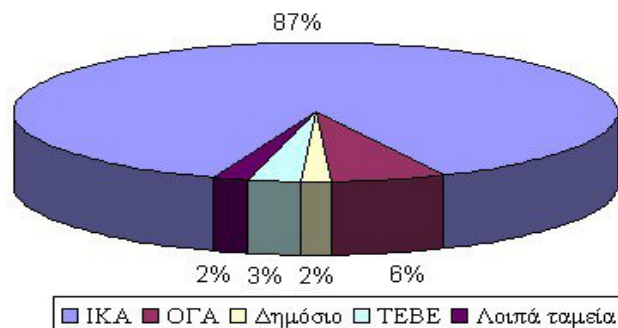
Πηγή: ΕΣΥΕ., Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004-2005

Κάτωθι παρατίθενται σχηματικά οι κυριότεροι ασφαλιστικοί φορείς των μεταναστών, με κυρίαρχο το Ι.Κ.Α σε ποσοστό 87% .

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

Ασφαλιστική κάλυψη αλλοδαπών βάσει φορέα

Οργανισμός Ασφάλισης Μεταναστών



Πηγή: ΕΣΥΕ., Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004-2005

### 3.15 Το προφίλ υγείας των μεταναστών

Οι περισσότερες ερευνητικές προσπάθειες από Έλληνες μελετητές, έχουν εστιάσει κυρίως στον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων, όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στο πληθυσμό των μεταναστών, ενώ αρκετές σχετίζονται και με τη ψυχική υγεία των μεταναστών. Αντίθετα ελάχιστες είναι οι μελέτες αναφορικά με το επίπεδο γενικής υγείας των αλλοδαπών αλλά και των ιδιαίτερων επιδημιολογικών γνωρισμάτων των εθνοτικών ομάδων που διαμένουν στη χώρα.

Στη παρούσα ενότητα θα γίνει προσπάθεια αποτύπωσης των ευρημάτων των μελετών που έχουν διεξαχθεί από το 1995 έως σήμερα. Αναφορικά λοιπόν με τα αποτελέσματα των ερευνών για τα λοιμώδη νοσήματα (Kanavaki et al., 2005, Κωνσταντινίδης κ.α., 2000, Παιωνίδης κ.α., 1995), διαφαίνεται μια ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών με φυματίωση. Επιπλέον δε, εντοπίζεται σταδιακή αύξηση της αντοχής του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στις 1<sup>ης</sup> γραμμής αντιφυματικά φάρμακα, με αιχμή το 2000, ακολούθως δε σταδιακή κάμψη, διαγράφοντας παράλληλη τροχιά με αυτή του μεταναστευτικού κύματος.

Αντίστοιχα είναι τα αποτελέσματα των μελετών σχετικά με τη μόλυνση από τον ιό της Ηπατίτιδας Β στους αλλοδαπούς. Συγκεκριμένα διαπιστώνεται ότι ενώ στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της Ηπατίτιδας Β μειώνεται διαχρονικά ως αποτέλεσμα των

μέτρων πρόληψης, οι μετανάστες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά (Pantazis et al., 2008). Εντοπίζεται μάλιστα πολύ υψηλό ποσοστό κρουσμάτων σε μετανάστες που προέρχονται από την Αλβανία και την Ασία σύμφωνα με τη μελέτη των Ρούσσου κ.α. (2001) που διεξήχθη στην περιοχή της Αττικής, αλλά και την ανασκόπηση των Γαλανάκη κ.α. (1998) όπου έδειξε ότι τα παιδιά αλβανικής υπηκοότητας που διέμεναν στην Ελλάδα κατά την εξαετία 1990-1995 νοσηλεύονταν κυρίως για ηπατίτιδα Β. Σύμφωνα δε, 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 σημαντικά υψηλότερα αυτών που παρατηρούνται στο γηγενή πληθυσμό.

Υψηλός είναι και ο αριθμός κρουσμάτων HIV λοίμωξης. Στη μελέτη των Nikolopoulos et al. (2005) σχετικά με το ποσοστό και τα χαρακτηριστικά των μεταναστών φορέων του ιού HIV στην Ελλάδα, αναφέρουν ότι οι αλλοδαποί αντιπροσωπεύουν το 11,9% του συνόλου των περιστατικών HIV(+) που έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο 1983-2003 στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου για την υγεία των μεταναστών είναι αυτοί που σχετίζονται με τον τύπο και τις συνθήκες εργασίας. Οι αλλοδαποί κατέχουν την πρώτη θέση στη λίστα των θυμάτων από εργατικά ατυχήματα, με 50% αυξημένη πιθανότητα ατυχήματος. Με βάση τα στοιχεία της Επιθεώρησης Εργασίας, ο αριθμός των μεταναστών που πεθαίνει σε εργατικά ατυχήματα, κυρίως στις κατασκευές και στη μεταποίηση, αυξήθηκε από 20 περιστατικά το 2000, σε 39 το 2001 και 40 το 2002, κυρίως λόγω της φύσης των εργασιών που κάνουν οι μετανάστες, τα περιορισμένα μέτρα ασφάλειας από την πλευρά των εργοδοτών και τη χαμηλή ειδίκευση των μεταναστών (εφ. Ελευθεροτυπία, 18/1/04). Σύμφωνα δε με στοιχεία του ΙΚΑ για το 2005, η συχνότητα των ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζόμενους (καταγωγής εκτός Ε.Ε.) είναι μεγαλύτερη καθώς καταγράφηκαν 11 ατυχήματα ανά 1000 εργαζόμενους έναντι 7 που αντιστοιχούσαν στο σύνολο των εργαζομένων (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν, 2005β).

Τα παραπάνω υποστηρίζονται από μελέτες, όπως των Alexe et al (2003), οι οποίοι, εξετάζοντας 4.326 καταγεγραμμένες κακώσεις ατυχημάτων στον αγροτικό τομέα την περίοδο 1996-2000, διαπίστωσαν ότι μία από τις πιο ευπαθείς ομάδες είναι οι μετανάστες που συνήθως υπέφεραν από βαριές και πολλαπλές κακώσεις λόγω πτώσεων από ύψος και τραυματισμούς κυρίως στα άνω άκρα, λόγω του χειρισμού μηχανημάτων.

Τα δεδομένα σχετικά με την ψυχική υγεία των μεταναστών είναι περιορισμένα. Οι υπάρχουσες μελέτες επικεντρώνονται σε ζητήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των αλλοδαπών, ενώ μερικές από αυτές σχετίζονται με τη φύση των ψυχικών διαταραχών που

παρουσιάζουν οι μετανάστες. Πιο συγκεκριμένα από μελέτη των Ντάλλα κ.α. (2004) σχετικά με την ομαλή προσαρμογή των μεταναστών και παλιννοστούντων στην Ελλάδα προκύπτει ότι οι Αλβανοί μετανάστες βιώνουν μεγαλύτερη ανασφάλεια, ενώ οι εκδηλώσεις έντονου άγχους (με διαταραχές ύπνου) είναι συχνότερες σε σχέση με γηγενείς και Ελληνοπόντιους. Ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση των προβλημάτων υγείας αναδεικνύονται ο διαχωρισμός και η κοινωνική περιθωριοποίηση που συνδέονται σε μεγάλο βαθμό και με το καθεστώς «παράνομης» παραμονής στις χώρα και που οδηγούν στη πλημμελή ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ξеноφοβία, ο ρατσισμός, η γλώσσικος περιορισμός, η διαφορετική κουλτούρα και η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται οι μετανάστες, αποτελούν μερικούς ακόμα επιβαρυντικούς παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και ψυχοκοινωνικής μειονεξίας των μεταναστών, όπως υποστηρίζει ο Σ. Μπουφίδης (1999). Μάλιστα σε παρουσίαση στοιχείων από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των Γιατρών Χωρίς Σύνορα για το διάστημα 1997-1999, σε σύνολο 240 περιστατικών, οι κύριες διαταραχές που παρουσίασαν οι μετανάστες αφορούσαν σε ψυχοσωματικές διαταραχές (45%), σε διαταραχές διάθεσης (14%) και σε αγχώδεις συνδρομές (29%) (Μπουφίδης, 1999). Παρόμοια είναι και τα στοιχεία από το Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου για το διάστημα 2000 έως 2004, όπου έδειξαν ότι το 33% των μεταναστών έπασχε από συναισθηματικές διαταραχές, το 31% από ψυχωσικές καταστάσεις και το 28% από άγχος.

Επίσης μέρος των ερευνών επικεντρώνεται στην προσαρμογή και την ψυχική υγεία των ανήλικων μεταναστών (παιδιών-εφήβων), καταδεικνύοντας τη μετανάστευση ως επιβαρυντικό παράγοντα για τη σχολική προσαρμογή των αλλοδαπών παιδιών, χωρίς όμως να αποτελεί σημαντική παράμετρος επιβάρυνσης της ψυχικής τους υγείας.

Συγκεκριμένα σε μελέτη των Μόττη-Στεφανίδη κ.α. (2008), σε δείγμα 1.035 μαθητών (Ελλήνων γηγενών, Αλβανών, Παλιννοστούντων Ποντίων), διαπιστώνεται ότι η μετανάστευση αποτελεί παράγοντα αύξησης της πιθανότητας σχολικής αποτυχίας των εφήβων, όχι όμως και της πιθανότητας επιβάρυνσης της ψυχικής τους υγείας. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και η έρευνα των Kolaitis et al (2003) για τη σχολική απόδοση και τη ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε ομάδα παιδιών ελληνικής καταγωγής από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Παρόλο λοιπόν που διαπιστώθηκαν χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις στα παιδιά των μεταναστών, δεν καταγράφηκε σημαντική διαφοροποίηση σχετικά με τη ψυχική κατάσταση τους σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας.

Αντίστοιχα με τα παραπάνω ευρήματα και τα αποτελέσματα από τη μελέτη των Anagnostopoulos et al (1994) όπου προκύπτει ότι ο βαθμός χρήσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών από οικογένειες μεταναστών με ανήλικα τέκνα, αλλά και η συχνότητα και ο τύπος των ψυχιατρικών διαγνώσεων που αφορούν σε παιδιά δεν αλλάζει σημαντικά μεταξύ του γηγενούς και του αλλοδαπού πληθυσμού. Παρ'ολ'αυτά, παρατηρήθηκε ότι το 91% των παιδιών των μεταναστών έλαβαν ψυχοκοινωνική διάγνωση έναντι 49% των γηγενών.

Βέβαια υπάρχουν μελέτες όπως αυτή των Μπεζεβένγκη κ.α. (2008), για τον επιπολιτισμό και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των μεταναστών στην Ελλάδα, που υποστηρίζουν ότι η μετανάστευση βιώνεται από τους μετανάστες περισσότερο ως ευκαιρία και λιγότερο ως απώλεια.

Από την ανασκόπηση των ερευνών, διαπιστώνεται η ανάγκη για στοχευμένες μελέτες τόσο επιδημιολογικές, όσο και ψυχοκοινωνικές, προκειμένου να διερευνηθεί το προφίλ και τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα. Οι μελέτες αυτές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των μεταναστευτικών ομάδων, ανάλογα και με τη χώρα καταγωγής, το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο, τη θρησκεία, το καθεστώς και τη διάρκεια παραμονής καθώς και το βαθμό ενσωμάτωσης.

Από τις ελάχιστες έρευνες που προσφέρουν στοιχεία σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες είναι η EU-SILC (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν 2005(a)). Από τα στοιχεία της έρευνας προκύπτει ότι οι αλλοδαποί χρησιμοποίησαν σε μικρότερη συχνότητα τις υπηρεσίες υγείας σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας (31,3% έναντι 45,4% των Ελλήνων), ενώ σε παρόμοιους πληθυσμούς (στατιστική προσαρμογή για ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης) η διαφορά αυτή μειώνεται. Επιπλέον, «η παρουσία παιδιών στα νοικοκυριά φαίνεται να αυξάνει τη χρήση Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας ανάμεσα στους αλλοδαπούς» (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν 2005(a)).

### **3.16 Συμπεράσματα**

Από τα στοιχεία που παρατέθηκαν παραπάνω, προκύπτει ότι οι περισσότεροι αλλοδαποί είναι νεότεροι των 40 χρόνων (73,8%), έγγαμοι, έχουν μέσο και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (αλλά όχι χαμηλότερο σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού), είναι μισθωτοί και απασχολούνται σε συγκεκριμένους κλάδους και επαγγέλματα (τεχνίτες, ανειδίκευτοι

εργάτες και μικροεπαγγελματίες), ενώ σε ποσοστό 40% ζουν στην Ελλάδα για περισσότερα από 5 χρόνια.

Η ηλικιακή σύνθεση του μεταναστευτικού πληθυσμού είναι τέτοια που δεν αναμένεται συχνή χρήση του συστήματος υγείας, ωστόσο απασχολούνται σε οικονομικούς κλάδους και επαγγέλματα που αυξάνουν τη σωματική φθορά και καταπόνηση, ενώ παράλληλα ενισχύουν την πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, ατυχημάτων και τραυματισμών. Επιπλέον, μακροπρόθεσμα οι αλλοδαποί αναμένεται να χρησιμοποιήσουν το σύστημα υγείας και πρόνοιας τόσο για λόγους που σχετίζονται με τις συνθήκες διαβίωσης τους, όσο και για λόγους που εξαρτώνται από τη φύση και το είδος της εργασίας τους. Συνεπώς, δεν πρέπει να περιμένουμε ότι η συνεισφορά των αλλοδαπών στο σύστημα υγείας και πρόνοιας, μέσω των ασφαλιστικών τους εισφορών, θα είναι σημαντικά μεγαλύτερες από τις δαπάνες υγείας.

Ωστόσο, η έλλειψη δεδομένων δεν μας επιτρέπει να «ποσοτικοποιήσουμε» την χρήση και την συνεισφορά των αλλοδαπών στο σύστημα υγείας και πρόνοιας. Ιδιαίτερα όταν η έλλειψη δεδομένων συνοδεύεται από περιορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα και απουσία μελετών που να καταδεικνύουν το επίπεδο υγείας των αλλοδαπών στο σύνολο του πληθυσμού τους, αλλά και να προσδιορίζουν τα προβλήματα υγείας των μεταναστών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

### 4.1 Μεθοδολογία και αναζήτηση στοιχείων

Αναζητήθηκαν στοιχεία από 3 ασφαλιστικά ταμεία και την Ε.Σ.Υ.Ε. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν στους αλλοδαπούς εγγεγραμμένους στο ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ και τον ΟΓΑ είναι εξαιρετικά ελλιπή. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αφορούν στους δικαιούχους περίθαλψης των αλλοδαπών (συζύγους, παιδιά, ηλικιωμένους). Επίσης, τα δεδομένα σχετικά με τα έσοδα-έξοδα καθώς και άλλα έγγραφα (συνταγές, παραπεμπτικά κλπ) δεν ταξινομούνται ανά υπηκοότητα.

Ακόμη, δεν υπάρχουν στοιχεία σε σχέση με τις παροχές σε είδος και τα δεδομένα αφορούν στο σύνολο των δικαιούχων. Πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι, αν και οι παροχές που προσφέρουν οι 3 κύριοι ασφαλιστικοί φορείς (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ) στους αλλοδαπούς είναι σχεδόν οι ίδιες με αυτές που προσφέρονται και στους Έλληνες (βλ. Κεφάλαιο 2), δεν είναι δυνατόν να διαχωρίσουμε τις δαπάνες των Ελλήνων από τις δαπάνες των αλλοδαπών.

Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή παράθεσης στοιχείων από τα συγκεκριμένα ασφαλιστικά ταμεία είναι δύο: α) γιατί από τη απογραφή του 2001 προέκυψε ότι οι κύριοι φορείς ασφάλισης των αλλοδαπών είναι το ΙΚΑ (47,2%), ο ΟΓΑ (26,0%) και το ΤΕΒΕ (0,9%), ενώ σε ένα ποσοστό της τάξης του 25,8% δεν αναφέρεται φορέας κάλυψης και β) γιατί από τα δεδομένα των αιτήσεων για την πράσινη κάρτα (Καβουνίδη, 2002) αλλά και από μεταγενέστερες μελέτες (Iosifides et al., 2006), προκύπτει ότι η πολυπληθέστερη επαγγελματική κατηγορία αλλοδαπών περιλαμβάνει τους ανειδίκευτους εργάτες, τους χειρώνακτες και τους μικροεπαγγελματίες. Οι άντρες μετανάστες απασχολούνται κυρίως στον τομέα της γεωργίας και στις κατασκευές, ενώ οι γυναίκες τις περισσότερες φορές απασχολούνται ως οικιακοί βοηθοί, σε συγκεκριμένες δραστηριότητες στον τουριστικό τομέα και στον κλάδο παροχής υπηρεσιών (Kassimis and Papadopoulos, 2005).

Ο σκοπός διερεύνησης του βαθμού συμμετοχής των μεταναστών στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας, αφορά στην προσπάθεια αποτύπωσης της παρούσας κατάστασης σχετικά με το ύψος των ασφαλιστικών τους εισφορών και το βαθμό συνεισφοράς τους στο συνολικό παραγόμενο έργο του εργατικού δυναμικού (ελλήνων και αλλοδαπών), συγκριτικά με τις αντίστοιχες απολαβές τους από το υγειονομικό

σύστημα της χώρας έτσι όπως αυτές αποτυπώνονται μέσω των αντίστοιχων νομοθετικών ρυθμίσεων περί ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

## 4.2 Συνθετική παρουσίαση

### 4.2.1 ΙΚΑ

Στο ΙΚΑ, υπάρχουν στοιχεία για τον αριθμό των εγγεγραμμένων ανά υπηκοότητα, απασχόληση, ημέρες εργασίας, αποδοχές, εισφορές, ηλικία, οικονομικούς κλάδους και γεωγραφική κατανομή.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 18

*Αριθμός εγγεγραμμένων αλλοδαπών στο ΙΚΑ ανά υπηκοότητα*

<b>Γενικό σύνολο εγγεγραμμένων στα μητρώα ΙΚΑ αλλοδαπών (N)</b>	<b>242.142</b>
<b>Αλβανία</b>	130.510,
<b>Βουλγαρία</b>	16.283,
<b>Ρουμανία</b>	12.356,
<b>Πολωνία</b>	3.560
<b>Μολδαβία</b>	815
<b>Γεωργία</b>	2.403
<b>Ουκρανία</b>	2.014
<b>Τουρκία</b>	745

Πηγή: ΙΚΑ, 2003

Ο συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων σε κοινές επιχειρήσεις και οικοδομοτεχνικά έργα στο ΙΚΑ (Σεπτέμβριος 2003) είναι 1.865.575, εκ των οποίων το 87% είναι Έλληνες (1.623.433) και το 13% αλλοδαποί (242.142), εκ των οποίων το 30% είναι γυναίκες (σχεδόν 73.000). Τέλος, το 80% των αλλοδαπών που είναι εγγεγραμμένοι στο ΙΚΑ είναι μεταξύ 20 και 40 ετών, έναντι 59% περίπου των Ελλήνων.



#### **4.2.2 ΤΕΒΕ**

Στο ΤΕΒΕ υπάρχουν μόνο στοιχεία για τον αριθμό εγγεγραμμένων ανά υπηκοότητα, ηλικία, νομό και φύλο. Από τους 551.413 άμεσους ασφαλισμένους (στοιχεία της ΕΕΔ, 2002) μόνον οι 9.705 είναι αλλοδαποί (1,7% του συνόλου). Ωστόσο, 259.192 ασφαλισμένοι δεν έχουν συμπληρώσει στο αντίστοιχο έγγραφο την χώρα προέλευσής τους. Εκτιμάται ότι η μεγάλη πλειοψηφία των μη δηλωσάντων είναι Έλληνες, ωστόσο δεν μπορεί να αποκλειστεί ότι ένα ποσοστό από αυτούς είναι αλλοδαποί.

Από τους 9.705 αλλοδαπούς, οι 3.453 είναι γυναίκες (30%). Σχετικά με την χώρα προέλευσης, πιο συχνή είναι η Αλβανία, με εγγεγραμμένους 3.307 άτομα, εκ των οποίων 948 γυναίκες. Η 2<sup>η</sup> κύρια χώρα προέλευσης είναι η Μεγάλη Βρετανία, με 625 εγγεγραμμένους, εκ των οποίων 291 γυναίκες (47%). Τέλος, υπάρχει μια ομάδα χωρών που συγκεντρώνει 300 – 400 εγγεγραμμένους: Γερμανία με 390 άτομα, Κύπρος 372 άτομα, Βουλγαρία 346 άτομα, Ιταλία 339 άτομα και Συρία 300 άτομα. Σημειώνεται επίσης ότι, όπως και στο ΙΚΑ, η πλειοψηφία των αλλοδαπών (73%) είναι μεταξύ 20 και 40 ετών (Δεδομένα ΤΕΒΕ).

#### **4.2.3 ΟΓΑ**

Ο αριθμός των αλλοδαπών που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ είναι 44.689 άτομα, εκ των οποίων οι 36.562 είναι άνδρες (81,8%). Από τις γειτονικές χώρες (Αλβανία, Βουλγαρία) συγκεντρώνεται σχεδόν το 88% των ασφαλισμένων. Μόνον οι Αλβανοί αποτελούν το 79%. Επιπλέον, αν συμπεριλάβουμε τη Ρουμανία, το ποσοστό αυξάνεται στο 91%. Ο αριθμός των Πακιστανών είναι συνολικά 310, των Αιγυπτίων 212 και των Ινδών 971. Επιπλέον, το 72,2% των αλλοδαπών ασφαλισμένων στον ΟΓΑ είναι μικρότεροι από 40 ετών.

### **4.3 Ασφαλιστικές εισφορές, ημέρες εργασίας και αποδοχές των αλλοδαπών**

Οι ασφαλιστικές εισφορές εξαρτώνται από την διάρκεια της απασχόλησης (ημέρες ή ώρες εργασίας), την υπάρχουσα μαύρη αγορά και τις αποδοχές.

#### **4.3.1 Ασφαλιστικές εισφορές**

Το σύνολο των εισφορών για τις κοινές επιχειρήσεις και τα οικοδομοτεχνικά έργα, το έτος 2003, ήταν πάνω από 8 δισ. ευρώ, εκ των οποίων τα 887 εκ. προέρχονται από αλλοδαπούς. Συνολικά, οι Έλληνες συνεισφέρουν 3.414 ευρώ ετησίως έναντι 2.563 ευρώ των αλλοδαπών (πίνακας 19). Αυτή η διαφορά εξηγείται με τις διαφορετικές

εισπραχθείσες αμοιβές, οι οποίες οφείλονται εν μέρει στο διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης και την αρχαιότητα στην εργασία.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 19

*Ετήσιες εισφορές σε κοινές επιχειρήσεις και οικοδομοτεχνικά έργα.*

Υπηκοότητα	Εισφορές (€)	Μισθωτοί (N)	Εισφορές / Μισθωτοί (€/άτομο)
<b>Σύνολο (Έλληνες και αλλοδαποί)</b>	8.058.997.403	2.445.828	3.295
<b>Ελληνική</b>	7.171.961.455	2.100.758	3.414
<b>Αλλοδαπή</b>	887.035.949	346.070	2.563

Πηγή: ΙΚΑ, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών & Στατιστικής. 2003

Από τον πίνακα 20 (λόγος του συνόλου των εισφορών προς το σύνολο των αποδοχών), φαίνεται ότι οι αλλοδαποί (και ειδικότερα οι Αλβανοί) δαπανούν περισσότερα χρήματα από τους Έλληνες για την κοινωνική ασφάλιση ανάλογα με το επίπεδο του μισθού τους. Οι κοινωνικές εισφορές των Ελλήνων αντιπροσωπεύουν το 37,8% των αποδοχών τους έναντι του 43,1% για τους αλλοδαπούς.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 20

*Σύνολο εισφορών / Σύνολο αποδοχών (%)*

Υπηκοότητα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
<b>Ελληνική</b>	37.3%	38.8%	37.8%
<b>Αλλοδαπή</b>	43.5%	42.3%	43.1%
<b>Αλβανική</b>	45.1%	44.0%	44.8%
<b>Σύνολο (Έλληνες και Αλλοδαποί)</b>	37.6%	39.0%	38.2%

Πηγή: ΙΚΑ, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών & Στατιστικής. Έτος 2003

Αυτό εξηγείται, στην περίπτωση των οικοδομοτεχνικών έργων, από τον τρόπο αμοιβής του 13<sup>ου</sup> και 14<sup>ου</sup> μισθού. Αφού οι εργαζόμενοι δεν μένουν πολύ χρόνο στον ίδιο εργοδότη, είναι το ΙΚΑ που συγκεντρώνει «εισφορές» ώστε να τις διανείμει αργότερα στους μισθωτούς την περίοδο των Χριστουγέννων, του Πάσχα και του καλοκαιριού.

### 4.3.2 Διάρκεια εργασίας

Παρατηρούμε (πίνακας 21) ότι ο αριθμός ημερών εργασίας είναι γενικά χαμηλός και διαφοροποιείται ανάλογα με την υπηκοότητα και το φύλο των ασφαλισμένων: 220 ημέρες εργασίας ετησίως – των Ελλήνων ανδρών– που αντιστοιχούν σε 44 εβδομάδες εργασίας με 5 ημέρες ανά εβδομάδα. Πρόκειται περίπου για πλήρη απασχόληση. Στις γυναίκες Αλβανίδες, αντιστοιχούν 164 μέρες εργασίας, ήτοι 47 εβδομάδες ετησίως με 3,5 ημέρες ανά εβδομάδα. Πρόκειται περίπου για μερική απασχόληση.

Αυτοί οι αριθμοί καταγράφουν το αντίθετο απ' ότι δηλώνουν οι μισθωτοί του ιδιωτικού τομέα στην Έρευνα Εργατικού Δυναμικού (ΕΕΔ), όπου ο αριθμός ωρών εργασίας ανά εβδομάδα εμφανίζεται πολύ υψηλός. Πρόκειται για ώρες και όχι για ημέρες, ωστόσο παρατηρούμε ότι το 25% περίπου των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα εργάζονται πάνω από 43 ώρες την εβδομάδα (ΕΕΔ 2002).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 21

*Αριθμός ημερών εργασίας ανά ασφαλισμένο.*

Υπηκοότητα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ελληνική	220,11	201,38	211,42
Αλλοδαπή	190,40	186,45	188,77
Αλβανική	192,46	164,51	182,59
Σύνολο	216,78	199,99	209,08

Πηγή: ΙΚΑ, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών & Στατιστικής. Ετήσια στοιχεία απασχόλησης, έτος 2003.

Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι οι Αλβανίδες φαίνεται να δουλεύουν λιγότερο απ' ό,τι οι Ελληνίδες. Εξάλλου, όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι αλλοδαπές είναι συχνά παντρεμένες. Η μικρότερη συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας συνδέεται πιθανόν με τα πιο παραδοσιακά στερεότυπα που επικρατούν ανάμεσα στους Αλβανούς όσον αφορά στον καταμερισμό της οικιακής εργασίας, αλλά και με τη αδυναμία τους να εργαστούν εξαιτίας της απουσίας συγγενικού δικτύου για την φύλαξη και την φροντίδα των ανήλικων τέκνων τους.

### 4.3.3 Αποδοχές ανά ημέρες εργασίας

Η διερεύνησή μας δείχνει ότι οι αποδοχές των αλλοδαπών ανά ημέρα εργασίας είναι αρκετά πιο χαμηλές. Αυτό ήταν αναμενόμενο επειδή οι αλλοδαποί εργάζονται σε λιγότερο ειδικευμένα επαγγέλματα.

Για να κατανοηθούν τα διαφορά επίπεδα αμοιβών (πίνακας 22), μπορούμε να πάρουμε ως σημείο αναφοράς τη σχέση ημερών εργασίας και ημερήσιας αμοιβής. Μια ημερήσια αμοιβή της τάξης των 46 ευρώ αντιστοιχεί σε μηνιαία αμοιβή των 1.000 ευρώ -καθαρό ποσό μετά κρατήσεις-, δουλεύοντας 5 ημέρες την εβδομάδα και 21,7 ημέρες τον μήνα. Μια ημερήσια αμοιβή της τάξης των 26 ευρώ αντιστοιχεί σε μηνιαία αμοιβή των 665 ευρώ -καθαρό ποσό μετά κρατήσεων-, δουλεύοντας πάντα 5 ημέρες την εβδομάδα και 21-22 ημέρες τον μήνα.

Εάν βρισκόμασταν σε καθεστώς αμετάβλητων συνθηκών, οι αλλοδαποί θα πληρώνονταν περίπου το ίδιο με τους Έλληνες. Το γεγονός ότι αμείβονται λιγότερο οφείλεται μάλλον στην διαφοροποιημένη ένταξη του μισθωτού αλλοδαπού στην οικονομία (διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, διαφορετικά επαγγέλματα, διαφορετικές αγορές εργασίας με μεγαλύτερο ή λιγότερο ανταγωνισμό μεταξύ των μισθωτών).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 22

*Σύνολο αποδοχών ανά ημέρες εργασίας, υπηκοότητα και φύλο/κοινές επιχειρήσεις.*

Υπηκοότητα	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ελληνική	46,13	35,17	41,28
Αλλοδαπή	28,87	22,00	26,07
Αλβανική	26,91	23,52	25,83
Σύνολο	44,43	34,03	39,87

Πηγή: ΙΚΑ, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών & Στατιστικής. Ετήσια στοιχεία απασχόλησης έτος 2003 κοινές επιχειρήσεις.

## 4.4 Πιθανές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας-πρόνοιας

### 4.4.1 Συνταξιούχοι και η δομή της ηλικιακής πυραμίδας

Αναφέραμε ότι το εργατικό δυναμικό των αλλοδαπών είναι 413.267 άτομα εκ των οποίων οι 391.674 είναι απασχολούμενοι. Επομένως, το θέμα είναι σε πόσα χρόνια θα πάρουν την σύνταξη τους και τι θα μπορούσε να συμβεί.

Στην απογραφή του 2001 υπήρχαν 30.148 συνταξιούχοι, εκ των οποίων οι 11.733 Αλβανοί. Βέβαια, δεν γνωρίζουμε από πού λαμβάνουν την σύνταξη τους. Παρουσιάζοντας τις διάφορες ομάδες ηλικιών συγκριτικά, είδαμε ότι το 50% των Ελλήνων είναι μικρότεροι των 40 ετών έναντι 73% των αλλοδαπών. Επίσης, η ηλικιακή κατηγορία άνω των 65 χρόνων αντιπροσωπεύει το 18% του πληθυσμού των Ελλήνων και το 3% των αλλοδαπών που κατοικούν στην Ελλάδα. Εξάλλου το 3,6% του ελληνικού πληθυσμού υπερβαίνει το όριο ηλικίας των 80 ετών.

Επομένως, η ένταξη των αλλοδαπών στην τοπική αγορά εργασίας βοηθά τη λειτουργία του συστήματος συνταξιοδότησης βραχυπρόθεσμα, υπό την έννοια ότι οι αλλοδαποί πληρώνουν τώρα περισσότερο σε αναλογία πληθυσμού για τους Έλληνες συνταξιούχους. Ωστόσο, μακροπρόθεσμα, όλοι αυτοί θα πρέπει να πάρουν σύνταξη που να αντιστοιχεί στα δικαιώματα που συσσωρεύτηκαν και στο νομικό πλαίσιο (το οποίο θα είναι μάλλον πιο αυστηρό για όλους μελλοντικά σε σχέση με το ισχύον σήμερα).

Επιπλέον, παρατηρήσαμε ότι το 40% των αλλοδαπών μένει στην Ελλάδα για περισσότερο από 5 χρόνια και είναι παντρεμένοι/ες. Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την πεποίθησή μας ότι ένα μεγάλο ποσοστό των αλλοδαπών θα κάνει χρήση του δικαιώματος στη σύνταξη. Προβλέπεται λοιπόν ότι ένας σημαντικός αριθμός των αλλοδαπών θα έχει εργαστεί αρκετά χρόνια ώστε να αποκτήσει δικαίωμα στην σύνταξη, σε 20-25 περίπου χρόνια από σήμερα (Ρομπόλης και Ρωμανίας, 2004). Βέβαια οι συντάξεις των αλλοδαπών αναμένεται να είναι σχετικά χαμηλές (δεν θα έχουν καταβάλει μεγάλο ύψους εισφορές στο ΙΚΑ –ξεκίνησαν να εργάζονται αργά στην Ελλάδα ή/και εργάζονται στην μαύρη αγορά/δεν δηλώνεται η εργασία τους και οι αμοιβές είναι χαμηλές).

Παρόλαυτά οι αλλοδαποί διαφαίνεται ότι θα βοηθήσουν στην ισορροπία του συστήματος συνταξιοδότησης για μεγάλο ακόμη χρονικό διάστημα. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα των Μαράτου-Αλιμπράντη και Γκαζόν (2005) για το βαθμό συμμετοχής των μεταναστών στο ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας. Στη συγκεκριμένη μελέτη οι ερευνητές προκειμένου να διερευνήσουν την αναλογία αλλοδαπών και Ελλήνων μιας συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας προέβησαν στον υπολογισμό ενός δείκτη. Ο δείκτης υπολογίζεται με τον εξής τρόπο: ο ένας λόγος (αριθμός Ελλήνων μιας συγκεκριμένης ομάδας ηλικίας δια του συνολικού αριθμού των Ελλήνων) δια του άλλου λόγου (αριθμός αλλοδαπών μιας συγκεκριμένης ομάδας ηλικίας δια του συνολικού αριθμού των αλλοδαπών). Εάν ο δείκτης είναι ίσος με τη μονάδα, τότε η αναλογία μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών για μια συγκεκριμένη ομάδα ηλικίας είναι πλήρης, εάν ο δείκτης είναι μεγαλύτερος από 1, τότε οι αλλοδαποί είναι αναλογικά με το πληθυσμό

τους, περισσότεροι από τους Έλληνες στην συγκεκριμένη ομάδα ηλικίας. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει ενδιαφέρον γιατί μας δίνει τη δυνατότητα να δούμε το μέγεθος της διαφοράς. Για παράδειγμα, οι αλλοδαποί ηλικίας 40-44 χρονών είναι 20% περισσότεροι από τους Έλληνες. (Ρομπόλης και Ρωμανιάς, 2004)

Στον παρακάτω πίνακα (23), παρατίθενται τα αποτελέσματα της εφαρμογής του συγκεκριμένου δείκτη.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 23

*Έλληνες, αλλοδαποί και αναλογία κατά ομάδα ηλικίας*

<b>Ομάδα Ηλικιών</b>	<b>Έλληνες</b>	<b>Αλλοδαποί</b>	<b>Δείκτης</b>
<b>Σύνολο χώρας</b>	10.171.906	762.191	1.00
<b>0-4</b>	492.309	38.434	1.04
<b>5-9</b>	503.489	42.814	1.13
<b>10-14</b>	540.755	45.842	1.13
<b>15-19</b>	666.080	59.635	1.19
<b>20-24</b>	739.608	93.511	1.69
<b>25-29</b>	733.529	107.443	1.95
<b>30-34</b>	770.794	97.596	1.69
<b>35-39</b>	704.310	77.693	1.47
<b>40-44</b>	714.854	64.530	1.20
<b>45-49</b>	664.765	45.449	0.91
<b>50-54</b>	651.400	31.038	0.64
<b>55-59</b>	534.000	17.465	0.44
<b>60-64</b>	613.902	14.056	0.31
<b>65-69</b>	604.041	9.969	0.22
<b>70-74</b>	538.783	7.669	0.19
<b>75-79</b>	332.147	4.611	0.19
<b>80-84</b>	192.701	2.515	0.17
<b>85-89</b>	113.104	1.325	0.16
<b>90-94</b>	44.517	404	0.12
<b>95-99</b>	11.796	96	0.11
<b>&gt;=100</b>	5.022	96	0.26

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18ης Μαρτίου 2001.

#### 4.4.2 Οικογένεια, παιδιά και σχολείο

Ο παραπάνω δείκτης μας έδειξε επίσης ότι οι αλλοδαποί έχουν περισσότερα παιδιά απ'ό,τι οι Έλληνες. Ωστόσο, η διαφορά για τις μικρές ηλικίες δεν είναι μεγάλη. Η απογραφή του 2001 καταγράφει μόνο 85.031 μαθητές εκ των οποίων οι 51.071 είναι από την Αλβανία, ενώ το ποσοστό αυτών που δηλώνουν σαν λόγο εγκατάστασης στην Ελλάδα τις σπουδές, δεν ξεπερνά το 2,7% του συνολικού πληθυσμού των αλλοδαπών.

Ο αριθμός μαθητών με αλλοδαπούς ή/και παλιννοστούντες γονείς και τα οποία φοιτούν στα δημόσια δημοτικά σχολεία αντιπροσωπεύει το 9,44% του συνόλου των μαθητών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση (πίνακας 24). Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο εάν το συγκρίνουμε με το σύνολο των αλλοδαπών που αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 7% του πληθυσμού των Ελλήνων και το 6,95% του γενικού πληθυσμού.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 24

*Μαθητές σε δημοσία και ιδιωτικά δημοτικά.*

	Δημόσια		Ιδιωτικά	
	Σύνολο	Θήλεις	Σύνολο	Θήλεις
<b>A.Παλιννοστούντες</b>	17.829	8.534	-	-
<b>B.Αλλοδαποί</b>	44.495	21.079	-	-
<b>Γ.Έλληνες</b>	597.820	290.285	45.655	22.150
<b>(A+B)/ (Γ+A+B)</b>	9,44%	9,25%		
<b>(A+B)/Γ</b>	10,43%	10,20%	-	-

**Πηγή:** ΕΣΥΕ, Στατιστική εκπαίδευση, Έναρξη του σχολικού έτους 1999/2000.

Δυστυχώς δεν καταγράφεται από την ΕΣΥΕ η φοίτηση αλλοδαπών μαθητών στα ιδιωτικά σχολεία. Παρατηρούμε ότι μόνο το 7% των Ελλήνων μαθητών πηγαίνουν σε ιδιωτικά σχολεία στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Έτσι, μπορούμε να αναρωτηθούμε ποια από τις δυο κατηγορίες του πληθυσμού κοστίζει περισσότερο στο σύστημα υγείας και πρόνοιας (και εκπαίδευσης), τα μικρά παιδιά ή οι ηλικιωμένοι, ώστε να κρίνουμε τι λαμβάνει και τι δίνει ο καθένας. Το ζητούμενο βέβαια στην παιδεία αφορά περισσότερο την ένταξη των αλλοδαπών στην ελληνική κοινωνία.

#### 4.4.3 Συνθήκες εργασίας και εργατικά ατυχήματα

Τα στοιχεία ανά υπηκοότητα που υπάρχουν, προς το παρόν, αφορούν μόνο στα εργατικά ατυχήματα. Η συχνότητα ατυχημάτων στους μετανάστες είναι περίπου 2 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι για τους Έλληνες (πίνακας 25). Αυτό δεν αποδεικνύει οπωσδήποτε ότι οι αλλοδαποί έχουν περισσότερα ατυχήματα από τους Έλληνες επειδή δεν απασχολούνται στον ίδιο βαθμό στους επιμέρους οικονομικούς κλάδους. Για τη συγκριτική ανάλυση και εξαγωγή πιο αξιόπιστων συμπερασμάτων θα ήταν ενδιαφέρον να υπήρχαν στοιχεία ανά οικονομικό κλάδο και επάγγελμα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25**

*Συχνότητα ατυχημάτων ανά 1.000 εργαζομένους ως προς την υπηκοότητα.*

<b>Υπηκοότητα</b>	<b>Αριθμός εργατικών</b>	<b>Αριθμός απασχολούμενων</b>	<b>Συχνότητα ατυχημάτων ανά 1.000 εργαζόμενους</b>
<b>Ελληνική</b>	14.436	1.553.018	9,3
<b>Χώρες της ΕΕ</b>	116	5.664	20,48
<b>Χώρες εκτός της ΕΕ</b>	1.928	79.050	24,39
<b>Σύνολο</b>	16.483	1.637.732	10,06

**Πηγή:** ΙΚΑ: Δελτίο εργατικών ατυχημάτων, έτος 2001.

Ένας παράγοντας που φαίνεται ότι συνδέεται με τον αριθμό των ατυχημάτων είναι και το καθεστώς απασχόλησης. Οι μισθωτοί έχουν πολύ πιο συχνά εργατικά ατυχήματα συγκριτικά με τους αυτοαπασχολούμενους και με τα συμβοηθούντα, μη αμειβόμενα μέλη της οικογένειας (Πίνακας 26).



## ΠΙΝΑΚΑΣ 26

Συχνότητα ατυχημάτων ανά 1.000 εργαζομένους ως προς το καθεστώς απασχόλησης.

	Αριθμός εργατικών ατυχημάτων	Αριθμός απασχολούμενων	Συχνότητα ατυχημάτων ανά 1.000 εργαζόμενους
Μισθωτός, μαθητευόμενος, άλλες περιπτώσεις	16.284	1.480.846	11
Αυτοαπασχολούμενος	195	125.720	1,55
Συμβοηθών και μη αμειβόμενο μέλος της οικογένειας του επιχειρηματία	5	31.166	0,16

Πηγή: ΙΚΑ: Δελτίο Εργατικών ατυχημάτων, έτος 2001, σ. 96.

### 4.5 Συμπεράσματα

Προσεγγίζοντας το ζήτημα του επιπέδου των κοινωνικών εισφορών των αλλοδαπών στο σύστημα υγείας και πρόνοιας, μπορούμε να βγάλουμε μερικά πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Κατ' αρχήν, τα δεδομένα που προέρχονται από το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ και το ΟΓΑ είναι ελλιπή. Για το λόγο αυτό δεν κατέστη εφικτό να παραθέσουμε πιο σύγχρονα οικονομικά στοιχεία σχετικά με τη θέση των αλλοδαπών στην αγορά εργασίας, αφού δεν εντοπίσαμε δημοσιευμένα στοιχεία τελευταίων ετών από τους επίσημους ασφαλιστικούς φορείς.

Από τα υπάρχοντα στοιχεία όπως αυτά παρουσιάστηκαν στις παραπάνω ενότητες, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι ο αριθμός των δηλωμένων ημερών εργασίας φαίνεται ιδιαίτερα χαμηλός. Πολύ πιθανόν να βρισκόμαστε αντιμέτωποι με το φαινόμενο όπου οι χαμηλόμισθοι προτιμούν (σε συμφωνία με τον εργοδότη) να μη δηλώνουν την αμοιβή τους, ώστε να αυξάνουν βραχυπρόθεσμα τις χρηματικές τους απολαβές, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει ότι δεν θα διαθέτουν ασφάλεια –σύνταξη– στο μέλλον. Διαπιστώσαμε επίσης ότι η ένταξη των αλλοδαπών στην τοπική αγορά εργασίας βοηθά την λειτουργία του συστήματος συνταξιοδότησης βραχυπρόθεσμα, υπό την έννοια ότι οι αλλοδαποί πληρώνουν τώρα περισσότερο σε αναλογία πληθυσμού για τους Έλληνες συνταξιούχους. Μακροπρόθεσμα, ωστόσο, οι μετανάστες θα θεμελιώσουν συνταξιοδοτικά δικαιώματα και θα πρέπει να λάβουν σύνταξη που να αντιστοιχεί στα δικαιώματα που συσσωρεύτηκαν και στο νομικό πλαίσιο της αντίστοιχης χρονικής περιόδου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

### 5.1 Γενικές Παραδοχές

Κάθε σύστημα υγείας είναι υποχρεωμένο να επιλέγει πώς θα κατανείμει τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία του πληθυσμού, στον οποίο απευθύνεται. Η επιλογή αυτή γίνεται ανάμεσα σε ανταγωνιζόμενες δραστηριότητες και ομάδες χρηστών (Ham, 1997).

Ένα σύστημα υγείας διακρίνεται ή αξιολογείται σύμφωνα με την απόδοσή του ως προς ορισμένες κύριες μεταβλητές, που είναι η *ισοτιμία*, η *αποδοτικότητα*, η *αποτελεσματικότητα* και η *κοινωνική συνοχή*. Η έννοια της ισοτιμίας ερμηνεύεται μέσα από πολλές προσεγγίσεις (ισοτιμία ως προς τις δαπάνες ανά κεφαλή, ισοτιμία ως προς τις εισροές ανά κεφαλή κ.ά.) (Ham, 1997· Mitton and Donaldson, 2004).

Ανεξάρτητα από τις προσεγγίσεις αυτές, η ισοτιμία που παράγει ένα σύστημα υγείας πρέπει να περιλαμβάνει δύο διαστάσεις, την *ισοτιμία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας* και την *ισοτιμία στην οικονομική επιβάρυνση*. Η ισοτιμία στην οικονομική επιβάρυνση εξαρτάται από τις πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή από την κοινωνική ομάδα από την οποία αντλούνται τα έσοδα του συστήματος υγείας (Ham, 1997· Mitton and Donaldson, 2003a).

Όσον αφορά στην ισοτιμία στην πρόσβαση, υπάρχουν δύο έννοιες, οι οποίες συχνά χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες. Η μία αφορά στην *ελεγχόμενη διανομή (rationing)*, δηλαδή το ποιος έχει το δικαίωμα και σε πόσες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Με την έννοια αυτή, η ελεγχόμενη διανομή απευθύνεται στη *Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας* (Ham and Coulter, 2001· Mitton and Donaldson, 2003b).

Η δεύτερη έννοια της ισοτιμίας στην πρόσβαση αφορά στις προτεραιότητες (*priority setting*), δηλαδή στην απόφαση σχετικά με τον καθορισμό κάποιου «πακέτου» υπηρεσιών που θα προσφέρει το σύστημα κατά προτεραιότητα. Με την έννοια αυτή, οι προτεραιότητες αναφέρονται στην *Προσφορά* (Λιαρόπουλος, 2004).

Η ανάπτυξη πολιτικών για την υγεία τις τελευταίες δεκαετίες έχει ως κύριο άξονα τους παραπάνω πυλώνες, αφού κανένα υγειονομικό σύστημα δεν μπορεί να υποστηρίξει όλες τις υπηρεσίες που θα ήθελε να προσφέρει. Αποτελεί δε πρόκληση για τα συστήματα υγείας σε όλες τις χώρες, ιδίως τις αναπτυγμένες καθώς το χάσμα ανάμεσα στη ζήτηση και

τους διαθέσιμους πόρους μεγαλώνει (Kaririri, 1999). Απώτερος σκοπός λοιπόν είναι η βέλτιστη δυνατή χρήση των σπάνιων πόρων (Ham and Coulter, 2001).

Με δεδομένη λοιπόν την ανεπάρκεια των πόρων αλλά και της αδυναμίας παροχής του συνόλου των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε όλοι να απολαμβάνουν την ωφέλεια τους, το σύνολο των χωρών θα πρέπει να συνυπολογίσουν και την παράμετρο «μετανάστευση» στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας και των παρεχόμενων από το σύστημα υγείας υπηρεσιών.

Η μετανάστευση συνδέεται άρρηκτα με το υγειονομικό σύστημα και τούτο γιατί αποτελεί μέρος της ενσωμάτωσης των μεταναστών στη χώρα υποδοχής. Η συνεχώς αυξανόμενη ροή μεταναστών (νόμιμων ή παράνομων) από τις χώρες της Ασίας και της Αφρικής αλλά και από τις χώρες των Βαλκανίων στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες συνεπάγεται το μετασχηματισμό πολλών ευρωπαϊκών χωρών σε πολύ-πολιτισμικές και πολύ-εθνοτικές κοινωνίες (Παππά, 2008). Η διερεύνηση της υγείας των μεταναστών αλλά και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από αυτούς, αποτελεί δείκτη κοινωνικής ένταξης ή αποκλεισμού των μεταναστών, ενώ καταδεικνύει και το βαθμό προσαρμογής της χώρας υποδοχής στα νέα κοινωνικά δεδομένα (Παππά, 2008). Η ανάδειξη της υγείας των μεταναστών ως ζήτημα αιχμής για την Ε.Ε. διαφαίνεται και από την πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για υιοθέτησης μιας ολιστικής προσέγγισης, στη διατύπωση στρατηγικής πολιτικής αναφορικά με τα ζητήματα κοινωνικών υπηρεσιών και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των μεταναστών (ΚΕΚ, 2003: 19).

Οι υπάρχουσες δομές παροχής φροντίδας υγείας στα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη όμως είναι αποτέλεσμα μιας μακράς προσαρμογής στις ανάγκες της πλειοψηφίας του γηγενούς πληθυσμού, για το λόγο αυτό είναι αναμενόμενο να αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις ανάγκες άλλων ομάδων όπως είναι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες (Watters, 2002). Αποτέλεσμα αυτού είναι η παροχή μη αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας που σε πολλές περιπτώσεις δεν καλύπτουν τις ειδικές υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών (Ingeleby, 2005). Η κατάσταση αυτή σε συνδυασμό με το κακό επίπεδο γενικής υγείας των μεταναστών (Walker et. al, 1999) μπορεί να οδηγήσει και σε αύξηση του κόστους περίθαλψης.

Αυτό διαφαίνεται και από το γεγονός ότι η τελευταία δεκαετία συνοδεύτηκε από μία ουσιαστική αύξηση των δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας –πιο αξιοσημείωτα στις Η.Π.Α.-, όπου τα συνολικά κατά κεφαλήν έξοδα, προσαρμοσμένα στον πληθωρισμό, παρουσίασαν οκταπλάσια αύξηση μόνο κατά τη διάρκεια της περιόδου 2002-2003. Στις χώρες δε, της Δυτικής Ευρώπης οι δαπάνες για το 2005 ανήλθαν σύμφωνα με στοιχεία

από το Σύστημα Στατιστικών Πληροφοριών της Π.Ο.Υ (WHOSYS), στο Ηνωμένο Βασίλειο στο 41%, στη Γερμανία στο 51% και στη Γαλλία στο 54%. Σε πολλές όμως από τις χώρες προέλευσης των μεταναστών το αντίστοιχο ποσοστό, σύμφωνα πάλι με την Π.Ο.Υ, είναι κατά πολύ μικρότερο (Αφγανιστάν 0,4%, Πακιστάν 0,7%, Ινδία 1,5%, Μαρόκο 4%, Κίνα 5%, Τουρκία 9%, ενώ οι περισσότερες χώρες της Αφρικής κάτω από το 1%). Αυτά τα μεγέθη καταδεικνύουν ότι αναφορικά με τα ποσά που ξοδεύονται για τη φροντίδα υγείας, οι διαφορές ανάμεσα στις χώρες υποδοχής και στις χώρες προέλευσης μπορούν να χαρακτηριστούν ως τεράστιες (Ingeleby, 2005).

Σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπου το ερευνητικό ενδιαφέρον για το αντίκτυπο της μετανάστευσης στο σύστημα υγείας είναι υψηλό, στην Ελλάδα η έρευνα για την πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη. Είναι σχεδόν άγνωστο ποια είναι η χρήση των δομών δευτεροβάθμιας φροντίδας από τους μετανάστες και σε ποιο βαθμό η χρήση γίνεται βάση του επιπέδου της υγείας τους (Ingeleby, 2005).

Ο αυξανόμενος αριθμός μεταναστών, η δημιουργία ενός ετερογενούς εθνικά πληθυσμού, η διαφορετική χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις διάφορες εθνοτικές ομάδες, και το κόστος των μεταναστών στο σύστημα υγείας διαμορφώνουν σταδιακά ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας του ΕΣΥ. Τίθεται λοιπόν καθαρά η αναγκαιότητα διερεύνησης του φαινομένου τόσο με ευθύνη της πολιτείας, όσο και από ανεξάρτητους φορείς και μελετητές.

## **5.2 Υγειονομικές ανάγκες μεταναστών- Η Διεθνής εμπειρία**

Τα άτομα που μεταναστεύουν, συνήθως προέρχονται από χώρες που αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις, όπως πολέμους, πολιτικές/κοινωνικές αναταραχές ή οικονομική ύφεση, οι οποίες εξαναγκάζουν τα άτομα να εγκαταλείψουν την πατρίδα τους.

Τα υγειονομικά προβλήματα των μεταναστών και των προσφύγων, έτσι όπως έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω:

- **Σωματικά προβλήματα:** έρευνες στη Μ. Βρετανία έχουν δείξει ότι 1 στους 6 μετανάστες παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα υγείας (Smaje and Le Grand, 1997; Cooper et al., 1998). Παρασιτικές ασθένειες που σχετίζονται με το γαστρεντερικό σύστημα καταγράφηκαν στο 25% των αιτούντων ασύλου στην Αυστραλία και την Βρετανία και αφορούσαν κυρίως σε άνδρες νεαρής ηλικίας (Sinnerbrink et al, 1996). Το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (*Helicobacter Pylori*)

αποτελεί συνήθη αιτία έλκους δωδεκαδακτύλου σε μετανάστες προερχόμενους από φτωχές χώρες, ενώ υψηλά ποσοστά διαβήτη, υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου παρατηρήθηκαν σε πληθυσμούς προερχόμενους από την ανατολική Ευρώπη. Στα παιδιά και τους εφήβους παρατηρήθηκε ανεπαρκής εμβολιασμός, ενώ σημαντικά είναι και τα ζητήματα υποσιτισμού, έλλειψης υγιεινής και οδοντιατρικών προβλημάτων (Burnet and Peel, 2001). Παρουσιάζονται επίσης υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Β και μηνιγγίτιδας, νοσήματα που συνδέονται άμεσα με τις χώρες προέλευσης (Καμπότζη και υποσαχάρια Αφρική) (Walker and Jaranson, 1999).

- **Ψυχικά προβλήματα:** τα 2/3 των προσφύγων και μεταναστών αντιμετωπίζουν άγχος και κατάθλιψη (Burnet and Peel, 2001). Επίσης συμπτώματα πανικού και αγοραφοβίας είναι πολύ συχνά και συνήθως αποτελούν αντιδράσεις μεταναστών τόσο στις τρέχουσες καταστάσεις όσο και σε στρεσογόνες συνθήκες του παρελθόντος. Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική τους υγεία, καθώς επίσης η εχθρότητα και ο ρατσισμός. Μεγάλο ποσοστό μεταναστών είναι άνεργοι και ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές, γεγονός που συνεπάγεται ένα αυξημένο κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης.

Οι γυναίκες και τα παιδιά αποτελούν τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και επηρεάζονται περισσότερο. Οι γυναίκες είναι κυρίως ευάλωτες στις σωματικές επιθέσεις, στη σεξουαλική κακοποίηση και την οικογενειακή βία. Είναι λιγότερο πιθανό να γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση, ενώ αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό κακή ψυχική υγεία και κατάθλιψη (Sinnerbrink et al, 1996).

Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν αναπτυξιακές δυσκολίες λόγω των πολλαπλών ρόλων που καλούνται να αναλάβουν, είναι πιο ώριμα για την ηλικία τους, ενώ σε άλλες περιπτώσεις, όπως το σχολείο, παρουσιάζουν ανωριμότητα. Επίσης συχνά παρουσιάζουν άγχος, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, αντικοινωνικότητα, ενώ καταγράφεται ότι ένα μικρό ποσοστό χρήζει ψυχιατρικής φροντίδας (Sinnerbrink et al, 1996).

### **5.3 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας - Η διεθνής εμπειρία**

Έρευνες έδειξαν ότι οι μετανάστες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν τα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, γεγονός το οποίο αποδίδεται στην ευκολία πρόσβασης αφενός και αφετέρου στην άγνοια από μέρους των μεταναστών για το σύστημα υγείας (Cots and Castells,

2007). Επίσης, τα υψηλά ποσοστά χρήσης των επειγόντων περιστατικών στη Δανία (Morredam and Kransik, 2004) από συγκεκριμένες ομάδες μεταναστών (Σομαλία, Τουρκία, πρώην Γιουγκοσλαβία) εξηγούνται από το διαφορετικό επίπεδο υγείας και τα εμπόδια στη χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει καταγραφεί μια σειρά παραμέτρων που διαμορφώνουν τη χρήση και πρόσβαση των διαφόρων εθνοτήτων στις υπηρεσίες υγείας, όπως:

- **Η έλλειψη γνώσης για το υγειονομικό σύστημα της χώρας υποδοχής.** Η απουσία ή η ανεπαρκής πληροφόρηση για τη δομή και τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, καθώς και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, εμποδίζει τους μετανάστες και τους πρόσφυγες να χρησιμοποιούν τη σωστή υπηρεσία στον κατάλληλο χρόνο (Flores and Abreu, 1998).
- **Η δυσκολία στην επικοινωνία.** Τα γλωσσικά προβλήματα αναφέρονται ως το κυριότερο εμπόδιο στη ζήτηση υπηρεσιών, κυρίως *πρωτοβάθμιας φροντίδας* (Flores and Abreu, 1998). Επίσης, τα γλωσσικά εμπόδια σχετίζονται και με την ανεπαρκή παροχή και εκπαίδευση μεταφραστών (Morredam and Kransik, 2005).
- **Τα πολιτισμικά εμπόδια.** Αυτά κυρίως σχετίζονται με τη διαφορετική κουλτούρα και τον τρόπο που προσεγγίζουν την ασθένεια οι μετανάστες και οι πρόσφυγες. Οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ εθνοτικών ομάδων υπονοούν ότι τα άτομα αντιλαμβάνονται διαφορετικά τη σωματική και ψυχική τους υγεία, γεγονός που σε μεγάλο βαθμό δικαιολογεί και τη διαφορετική χρήση υπηρεσιών υγείας.

#### **5.4 Οι υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών που διαμένουν στον Ελλάδικό χώρο**

Το ελληνικό κράτος, λόγω της ιδιαίτερης γεωπολιτικής θέσης της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο, επωμίζεται το φαινόμενο της εξαιρετικά υψηλής εισροής νόμιμων και κυρίως παράνομων μεταναστών και προσφύγων, μέσω των χερσαίων και νησιωτικών πυλών εισόδου. Η υγειονομική οπτική αυτής της πραγματικότητας, όπως προκύπτει από τις αναλύσεις των δεδομένων των παρεμβάσεων του ΚΕΕΛΠΝΟ, αλλά και των δεδομένων που προκύπτουν μέσω συνεργασιών με ΜΚΟ, αναδεικνύει πέρα από τη μέτρια κατάσταση της υγείας των ίδιων των μεταναστών, τον κίνδυνο μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων, νεοεμφανιζόμενων ή που έχουν από χρόνια εκκριθωθεί από την Ελλάδα.

Η πλειονότητα των λαθρομεταναστών (84,44%) πάσχει από την παρασιτική λοίμωξη της ελονοσίας. Ένας στους δύο (ποσοστό 47%) έχει φυματίωση, το πιο κοινό για την Αφρική και την Ασία -αλλά όπως διαφαίνεται και για την Ευρώπη- αερομεταφερόμενο αναπνευστικό νόσημα, και εξίσου υψηλό ποσοστό (35%) είναι φορείς της ηπατίτιδας Β. Επίσης, σε ποσοστό 60% οι λαθρομετανάστες διαγιγνώσκονται με τυφοειδή πυρετό, μια σοβαρή μολυσματική νόσο που μεταδίδεται μέσω της λήψης τροφής και νερού (Ενημερωτικό Δελτίο ΚΕΕΛΠΝΟ, 2011)<sup>21</sup>.

Όπως κατέδειξε ο έλεγχος του ΚΕΕΛΠΝΟ για το 2010 στη Θράκη, που αφορούσε στα κέντρα υποδοχής λαθρομεταναστών στις περιοχές Κυπρίνου και Πόρου Φερρών, ενδημούν αναπνευστικά λοιμώδη νοσήματα όπως η φυματίωση, οι μεταδοτικές δερματικές παθήσεις όπως η ψώρα αλλά και χρόνια προβλήματα υγείας όπως το AIDS.

Ιδιαίτερα σε ότι αφορά τη λοίμωξη HIV, οι επιστήμονες του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων υποστηρίζουν ότι παρουσιάζεται αύξηση στον επιπολασμό της νόσου τα τελευταία έτη. Μάλιστα, μόνο τον τελευταίο χρόνο καταγράφεται αύξηση των νέων περιστατικών μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 52,7% (Επιδημιολογικά Δεδομένα για το HIV/AIDS στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2011, ΚΕΕΛΠΟ, 2011).

Σημειώνεται δε ότι, κατά το χρονικό διάστημα 1990 έως 1997, το ποσοστό των αλλοδαπών με HIV λοίμωξη επί του συνόλου των διαγνωσθέντων περιστατικών HIV κυμάνθηκε από 3,62 έως 6,18%, ενώ αντίθετα το 2002 προσέγγισε το 20,40%. Έκτοτε, παρέμεινε σχετικά σταθερό εμφανίζοντας μικρές διακυμάνσεις μέχρι σήμερα. Οι εκτιμήσεις για τα επόμενα έτη είναι δυσοίωνες μιας που αναμένεται όπως αναφέρεται στην έκθεση το ποσοστό να αυξηθεί λόγω της συνεχώς αυξανόμενης εισροής μεταναστών (Διάγραμμα 1, Παράρτημα).

Άλλη έρευνα σχετικά με τη μετανάστευση στην Ελλάδα και το ιό HIV έδειξε ότι, για την περίοδο 1989-2003, το 21,6% των θετικών στον ιό HIV ήταν μετανάστες. Όσον αφορά στην εθνικότητα τους, το 32,4% προέρχονταν από την υποσαχάρια Αφρική, το 29,6% από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και το 15,9% από τη Δυτική Ευρώπη. Οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης αφορούν κατά 41,5% τις ετεροφυλικές σχέσεις και κατά 19% τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις (στο γηγενή πληθυσμό ισχύει το αντίστροφο). Η μετάδοση μέσω χρήσης ουσιών ανέρχεται σε ποσοστό διπλάσιο σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό (7,7% προς 3,2%). Η μέση ηλικία είναι τα 34 έτη, ενώ καταγράφηκε αύξηση

---

<sup>21</sup> Ενημερωτικό Δελτίο ΚΕΕΛΠΝΟ, με τίτλο «Μετακινούμενοι Πληθυσμοί», Μάρτιος 2011.

11% ετησίως στο ποσοστό των μεταναστών που βρίσκονται θετικοί στον ιό HIV (Nikolopoulos et.al., 2005).

Παρόμοια είναι τα στοιχεία και για τη μολυσματική ασθένεια της ελονοσίας που ενδημεί σε περισσότερες από 100 χώρες, κυρίως της υποσαχάριας Αφρικής και της Ασίας, τόπος προέλευσης πολλών μεταναστών που φιλοξενούνται στη χώρα μας. Παρόλο που στην Ελλάδα, η νόσος εκριζώθηκε το 1974, μετά από εντατικό πρόγραμμα καταπολέμησης (1946–1960), έκτοτε καταγράφονταν ετησίως περίπου 30-50 περιστατικά που σχετίζονται (στη μεγάλη τους πλειοψηφία) με ταξίδι ή παραμονή σε ενδημική για την ελονοσία χώρα. Η κατάσταση αυτή άλλαξε σημαντικά την τελευταία δεκαετία όπου βάσει των στατιστικών δεδομένων του ΚΕΕΛΠΝΟ παρουσιάζεται αυξητική τάση εμφάνισης της νόσου (Επιδημιολογικά Δεδομένα ΚΕΕΛΠΝΟ για την Ελονοσία, 2005-2009), (Διάγραμμα 2, Παράρτημα).

Το ΚΕΕΛΠΝΟ έχει καταγράψει 30 αλλοδαπούς ασθενείς με ελονοσία μόνο για το 2011. Μεταξύ των χωρών προέλευσης, η πιο συχνά αναφερόμενη ήταν το Πακιστάν (21%), ακολουθούμενη από το Μπαγκλαντές (13%), το Αφγανιστάν (10%) και τη Νιγηρία (10%). Μάλιστα, στην έκθεση επισημαίνεται ότι είναι η πρώτη φορά από τότε που εκριζώθηκε η ασθένεια από την Ελλάδα (1974) που καταγράφεται τόσο υψηλός αριθμός Ελλήνων ασθενών -27 τον αριθμό- με ελονοσία, και μάλιστα ασθενών που δεν έχουν ταξιδέψει ποτέ σε περιοχές ενδημικές για την ελονοσία (Έκθεση Επιδημιολογικής Παρατήρησης Ελονοσίας στην Ελλάδα, περίοδος 2011, ΚΕΕΛΠΝΟ, 2011).

Γενικότερα θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών, ο αυξημένος συγχρωτισμός, η ελλιπής εμβολιαστική κάλυψη και η όχι και τόσο καλή διατροφή μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία υγειονομικού κινδύνου, τόσο για την υγεία των μεταναστών όσο και για τη δημόσια υγεία των κατοίκων της Αθήνας και γενικότερα της Ελλάδας.

Αντίστοιχα προβλήματα υγείας με τους παράνομους μετανάστες παρουσιάζουν και οι πρόσφυγες και αιτούντες ασύλου. Ιδιαίτερα αν αναλογιστούμε ότι η επιδημιολογία των ασθενειών που παρουσιάζουν οι προσφύγες σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με μολυσματικές νόσους (Ηπατίτιδα Β, Φυματίωση, Ελονοσία, Σύφιλη, AIDS, Πνευμονοκοκκιάσεις), οι οποίες αποτελούν σημαντικό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία (Kemp & Rasbridge, 1999-2006), (Πίνακας 1, Παράρτημα). Το θέμα καθίσταται ακόμα πιο σύνθετο και ευρύ, ιδιαιτέρως αν λάβει κανείς υπόψη τις μεγάλες αποκλίσεις που παρουσιάζουν οι πληθυσμοί αυτοί σε εθνική καταγωγή, γεωγραφική προέλευση και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.



Το ζήτημα της αντιμετώπισης των υγειονομικών αναγκών των προσφύγων και της προσβασιμότητας τους σε υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να λάβει ιδιαίτερης προσοχής τόσο λόγω της φύσεως των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, όσο και λόγω του γεγονότος ότι σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2007) (Διάγραμμα 3, Παράρτημα) ο αριθμός αιτούντων ασύλου κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών βαίνει συνεχώς αυξανόμενος. Συγκεκριμένα η έκθεση της Eurostat (2007) εμφανίζει τον αριθμό των αιτήσεων για άσυλο στην Ελλάδα να αυξήθηκε από 12.265 το 2006 σε 25.115 το 2007, που αντιστοιχεί σε ποσοστιαία μεταβολή της τάξης του 104,7% (Πίνακας 2, Παράρτημα). Παρόλ' αυτά, το ποσοστό των θετικών απαντήσεων της χώρας μας παραμένει πολύ χαμηλό. Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι το 2006 είχαμε 91 θετικές εισηγήσεις και 10.451 αρνητικές σε σύνολο 12.265 αιτήσεων, δηλαδή λιγότερο από 1% επί των συνολικών αποφάσεων ήταν θετικές. (Διάγραμμα 4, Παράρτημα), συνεπώς δημιουργείται σημαντικό πρόβλημα προσβασιμότητας των πολιτικών προσφύγων αλλά και των αιτούντων ασύλου σε υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης για την αντιμετώπιση των υγειονομικών τους αναγκών.

Για το σύνολο των παραπάνω λόγων επιτακτική κρίθηκε η ανάγκη της άμεσης διασφάλισης και προστασίας της δημόσιας υγείας σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, γεγονός που κατέδειξε και ο Έλληνας υπουργός Υγείας κ. Ανδρέας Λοβέρδος. Έτσι από τα μέσα Ιουνίου του 2010 πέντε κινητές μονάδες του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) δραστηριοποιούνται καθημερινά στο κέντρο της πρωτεύουσας και ειδικά τις περιοχές όπου έχει συσσωρευτεί ο μεγαλύτερος όγκος μεταναστών. Οι μονάδες αυτές είναι εφοδιασμένες με ειδικό ιατρικό εξοπλισμό και στελεχώνονται από γιατρούς και άλλους επιστήμονες. Το προσωπικό του ΚΕΕΛΠΝΟ κάνει βασικές ιατρικές εξετάσεις στους μετανάστες και προχωράει σε θεραπεία όσων προβλημάτων μπορούν να αντιμετωπιστούν με πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ τα σοβαρότερα περιστατικά παραπέμπονται σε ειδικές μονάδες, με βασικότερο πυλώνα την Πολυκλινική Αθηνών στην πλατεία Ομονοίας. Παράλληλα, γίνεται στατιστική καταγραφή των νοσημάτων, ώστε οι επιστήμονες να έχουν μια όσο το δυνατό καλύτερη εικόνα της κατάστασης.

## 5.5 Η χρήση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από τους μετανάστες

Τα τελευταία χρόνια οι μετακινήσεις μεταναστών προς την Ελλάδα και το μεγάλο ποσοστό παράνομων εισόδων αποτέλεσε μεγάλο πλήγμα για το ΕΣΥ. Στη χώρα μας, τα προβλήματα στον υγειονομικό τομέα από την είσοδο των μεταναστών ήταν άμεσα και έγιναν αντιληπτά από τα πρώτα έτη.

Η απουσία κοινωνικής ασφάλισης των αλλοδαπών, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, η ελεύθερη είσοδος των μεταναστών στα νοσοκομεία, οδήγησαν στην ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας (Γαϊτανίδου, 2000). Οι νοσηλείες τους, τα πρώτα χρόνια, επιβάρυναν σχεδόν εξ ολοκλήρου τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, συντείνοντας στην επιδείνωση των υπάρχοντων προβλημάτων αναμόρφωσης, ανάπτυξης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα η επιβάρυνση των νοσοκομείων του ΕΣΥ από τις νοσηλείες των μεταναστών που μένουν σε εκκρεμότητα, ξεπέρασε κάθε προβλεπόμενο κρατικό προϋπολογισμό (Γαϊτανίδου, 2000). Το έλλειμμα που αφήνουν οι μετανάστες στα νοσοκομεία είναι απόρροια του γεγονότος ότι μεγάλο ποσοστό αυτών *δε διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.*

Παρόλο που σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2006) έχουμε μείωση της κατά μέσο όρο ετήσιας καθαρής μεταναστευτικής εισροής στην Ελλάδα από 6,2 μετανάστες ανά χίλιους κατοίκους που ήταν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1991-2001, σε 3,3 μετανάστες ανά χίλιους κατοίκους το 2005 (μείωση κατά 47%) και ενώ βάσει του σεναρίου της Eurostat μετά το 2010 στην Ελλάδα η καθαρή μετανάστευση θα αντιπροσωπεύει μόλις 1,4 μετανάστες ανά χίλιους κατοίκους. Τα υψηλά ποσοστά άτυπης, ευκαιριακής και χαμηλά αμειβόμενης εργασίας που συνεχίζουν να υφίστανται μπορούν να εξηγήσουν τόσο την απουσία ασφαλιστικής κάλυψης των μεταναστών, όσο και την αύξηση των οικονομικών οφειλών για κάλυψη νοσηλίων.

Συγκεκριμένα τα επίσημα στοιχεία της ΕΥΠΕΑ (Ειδική Υπηρεσία Ελέγχων Ασφάλισης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) για το 2011 δείχνουν ότι, ο ένας στους τρεις εργαζόμενους είναι ανασφάλιστος (έναντι 25% το 2010). Συνολικά, καταγράφηκε απασχόληση **20.567** ανασφάλιστων απασχολουμένων (**8.225** αλλοδαποί – **12.342** ημεδαποί) σε σύνολο **68.345** απασχολουμένων που καταγράφηκαν στους επιτόπιους ελέγχους.

Από τους καταγεγραμμένους ανασφάλιστους από την Ε.Υ.Π.Ε.Α., ποσοστό 40% είναι αλλοδαποί που διαφεύγουν οποιασδήποτε επίσημης καταγραφής δικαιολογώντας τη δυσαναλογία μεταξύ αδειών εργασίας και αιτήσεων νομιμοποίησης του μεγάλου αριθμού μεταναστών που εξακολουθούν να διαμένουν και να εργάζονται παράνομα στη χώρα.

Οι περισσότερες έρευνες τόσο στη χώρα μας όσο και στην Ευρώπη έχουν κυρίως εστιάσει σε ζητήματα προσβασιμότητας των μεταναστών στα διάφορα συστήματα υγείας, το βαθμό του κοινωνικού αποκλεισμού από το αγαθό της υγείας και την απόκτηση δικαιώματος στη φροντίδα υγείας. Αντιθέτως το ζήτημα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του μεταναστευτικού πληθυσμού σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και περίθαλψής τους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, αποτελεί ένα θέμα που δεν έχει εξεταστεί σε επαρκή βαθμό.

Σύμφωνα με έκθεση του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν, 2005(β)), η συλλογή στοιχείων σχετικά με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο του ΕΣΥ παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες και τα δεδομένα που προέκυψαν από πιλοτική έρευνα σε νοσοκομείο της Αττικής (που όμως δεν κατονομάζεται) συνοψίζονται στα εξής:

- Το ποσοστό των αλλοδαπών που νοσηλεύτηκαν αγγίζει το 6,2%, ποσοστό ανάλογο του συνολικού πληθυσμού (σύμφωνα με την απογραφή του 2001).
- Οι γυναίκες νοσηλεύτηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (76%) σε σχέση με τους άνδρες (24%), γεγονός το οποίο σχετίζεται με το ότι βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία σε ποσοστό 62,5%.
- Το 73% των νοσηλευόμενων αλλοδαπών ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Παρείχαν επομένως εξαρτημένη εργασία ή ήταν έμμεσα ασφαλισμένοι.
- Το 14% των μεταναστών κάλυψε από ίδιους πόρους τα έξοδα νοσηλείας, ενώ το 2% νοσηλεύτηκε με βιβλιάριο απορίας.

Σε άλλη έρευνα (Καϊτελίδου κ.α., 2003) περιγράφεται μια γενική εικόνα των νοσηλευόμενων μεταναστών. Τα κυριότερα ευρήματα είναι τα εξής:

- Το 53% ήταν ανασφάλιστοι.
- Το 80% των κλινών σε μαιευτικές κλινικές δημόσιων νοσοκομείων καλύπτονταν από αλλοδαπές.
- Το 13% των προσφύγων παρουσιάζει σοβαρά ή χρόνια προβλήματα υγείας.
- Το 25% των μεταναστών κυρίως Αλβανοί βρέθηκαν θετικοί στην Ηπατίτιδα Β..
- Μόνο το 8% των ψυχιατρικών ασθενών είχε ιστορικό πριν την άφιξη τους στην Ελλάδα. Τα κυριότερα ψυχιατρικά προβλήματα που καταγράφονται είναι αυτά των σωματόμορφων διαταραχών (45%), οι αγχώδεις διαταραχές (29%) και οι διαταραχές της διάθεσης (14%). Τα ψυχολογικά προβλήματα στα παιδιά σχετίζονται με την κοινωνικότητα, τη σχολική επίδοση, τη δυσκολία σύναψης

φιλικών σχέσεων καθώς και αισθημάτων κατωτερότητας. Απαντώνται σε ποσοστό 24% σε παιδιά μεταναστών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (13,7%).

- Το ετήσιο κόστος νοσηλείας των ανασφάλιστων μεταναστών κυμαίνεται στα 4.000.000 ευρώ.

Η αυξημένη χρήση των δημόσιων νοσοκομείων για μαιευτικής και γυναικολογικής φύσεως υπηρεσίες υγείας από το γυναικείο αλλοδαπό πληθυσμό, πιστοποιείται εκτός από τις παραπάνω έρευνες και από τα στοιχεία της ΕΣΥΕ. Συγκεκριμένα προκύπτει ότι το 20% των νεογνών έχουν αλλοδαπή μητέρα. Το 2004, οι γεννήσεις αλλοδαπών τέκνων αντιστοιχούσαν στο 15,95% του συνολικού αριθμού των γεννήσεων στην Ελλάδα, ενώ το 2007 αντιστοιχούσαν στο 18,29% με επίσης ανοδική τάση. Στο διάστημα 2004-2007 οι τοκετοί αλλοδαπών γυναικών παρουσίασαν δεκαπλάσια αύξηση (21,48%) από τον αριθμό των τοκετών των Ελληνίδων όπου η ποσοστιαία μεταβολή στο βάθος της τετραετίας ανήλθε στο 2,99% (Κοτζανάνης κ.α., 2004).

Η ΕΣΥΕ δεν διαθέτει δεδομένα για τις γεννήσεις ανάλογα με την υπηκοότητα και την ηλικία της μητέρας προ του 2004, παρ' όλα αυτά ειδική έρευνα του Εργαστηρίου Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων (ΕΔΚΑ) που πραγματοποιήθηκε το 2004-2005 έδειξε ότι οι γεννήσεις από αλλοδαπές μητέρες αποτελούν το 1/6 του συνόλου τη συγκεκριμένη διετία. Η συνεισφορά μάλιστα των Αλβανίδων είναι καθοριστική, καθώς **στις 100 γεννήσεις οι 61 προέρχονται από μητέρες με αλβανική υπηκοότητα** και μόνον οι 39 από αλλοδαπές μητέρες άλλης υπηκοότητας. Η γεννητικότητα είναι σαφώς υποδεέστερη στις Ελληνίδες. Στις 1.000 αλλοδαπές αναπαραγωγικής ηλικίας καταγράφεται ο διπλάσιος αριθμός γεννήσεων: 66 για τις αλλοδαπές και 33 για τις Ελληνίδες. Την ίδια διετία που υπάρχουν στοιχεία αντιστοιχούν κατά μέσο όρο: 2,21 παιδιά ανά γυναίκα στις αλλοδαπές με 2,54 για τις Αλβανίδες και μόνον 1,20 για τις Ελληνίδες (Κοτζανάνης κ.α., 2004).

## 5.6 Εμπειρική Έρευνα

### 5.6.1 Σκοπός:

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο την καταγραφή και διερεύνηση:

- του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς σε επίπεδο επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων του ΕΣΥ,

- του νοσολογικού φάσματος των αλλοδαπών και του ποσοστού που εισήχθησαν, καθώς και της διάρκειας και κόστους νοσηλείας τους,
- του βαθμού κάλυψης των νοσηλευτικών δαπανών μέσω ασφαλιστικού φορέα, βιβλιαρίου απορίας ή ιδιωτικής δαπάνης και
- του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς σε επίπεδο τακτικών εξωτερικών ιατρείων.

Η έρευνα φιλοδοξεί να θέσει προβληματισμούς και να επισημάνει τα σημεία «κλειδιά» που θα συνέβαλλαν στην βέλτιστη καταγραφή του φαινομένου και στον προσδιορισμό του βασικού άξονα παρατήρησης, ανάλυσης, συσχέτισης και ερμηνείας των δεδομένων.

### **5.6.2 Υλικό-Μέθοδοι:**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι μετανάστες που επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Κωνσταντοπούλειου Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας το πρώτο τρίμηνο του 2011.

Το Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας λειτούργησε για πρώτη φορά το 1923, αρχικά στον χώρο ενός σχολείου το οποίο μετατράπηκε σε Νοσοκομείο για να καλύψει τις ανάγκες των προσφύγων από τη Μικρά Ασία που ζούσαν στην περιοχή. Εξυπηρετεί μια ευρεία περιοχή με πολλούς δήμους (Ν.Ιωνία, Περισσός, Μεταμόρφωση, Ν.Φιλαδέλφεια, Ν. Χαλκηδόνα, Ν.Ηράκλειο, Αγ. Ανάργυροι, Μενίδι, Μαρούσι, Πεύκη, Γαλάτσι, Πατήσια κλπ).

Είναι δυναμικότητας τετρακοσίων (400) κλινών εκ των οποίων χρησιμοποιούνται οι 279. Διαθέτει Παθολογικό και Χειρουργικό Τομέα και καλύπτει τις βασικές ιατρικές ειδικότητες, ενώ απαρτίζεται από 14 τμήματα/κλινικές. Συγκεκριμένα, ο Παθολογικός Τομέας περιλαμβάνει 2 παθολογικές κλινικές, Καρδιολογικό τμήμα, Μονάδα Εμφραγμάτων και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ενώ ο Χειρουργικός Τομέας υποστηρίζει 2 κλινικές Γενικής Χειρουργικής, Ωτορινολαρυγγολογικό, Ουρολογικό, Αγγειοχειρουργικό, Γυναικολογικό-Μαιευτικό και Ορθοπαιδικό τμήμα. Το 2000 εντάχθηκε στη δύναμη του Νοσοκομείου η Ψυχιατρική Κλινική η οποία στεγάζεται σε ανεξάρτητο από το υπόλοιπο Νοσοκομείο κτήριο, ακολουθεί δε ανεξάρτητο πρόγραμμα εφημεριών από τις υπόλοιπες ειδικότητες.

Από το σύνολο των περιστατικών που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), απομονώθηκε ο πληθυσμός των αλλοδαπών και καταγράφηκαν

ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τον ασφαλιστικό φορέα και την εθνικότητα –μόνο για τη Γυναικολογική-Μαιευτική κλινική-, τις συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης του ΤΕΠ καθώς και της έκβασης των περιστατικών. Επίσης καταγράφηκαν οι βασικότερες αιτίες και το ποσοστό εισαγωγής ανά τομέα, ειδικότητα, φύλο και ασφαλιστική κάλυψη των νοσηλευθέντων.

Ο λόγος που αποφασίσαμε να μελετήσουμε το μεταναστευτικό πληθυσμό που προσήλθε στο ΤΕΠ, είναι γιατί το συγκεκριμένο τμήμα αποτελεί την πρώτη και κυριότερη πύλη εισόδου στις νοσοκομειακές δομές του ΕΣΥ, ενώ βάσει του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου δικαίωμα λήψης επείγουσας υγειονομικής φροντίδας έχει το σύνολο των αλλοδαπών –νόμιμων και παράνομων-.

Στοιχεία επίσης, συλλέχθηκαν και από το τμήμα Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων του νοσοκομείου αναφορικά με το ποσοστό των μεταναστών που νοσηλεύτηκαν για λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα. Υπήρξε καταγραφή βάση φύλου, ηλικίας, εθνικότητας και νοσήματος, ενώ αποτυπώθηκε και το ποσοστό επιβεβαιωμένων θετικών κρουσμάτων μεταδοτικών ασθενειών μεταξύ του ελληνικού και του μεταναστευτικού πληθυσμού.

Τέλος ζητήθηκαν και παραλήφθηκαν από το Γραφείο Κίνησης του νοσοκομείου στοιχεία σχετικά με το πλήθος των επισκέψεων, το είδος των υπηρεσιών που καταναλώθηκαν αλλά και το κόστος παροχής τους, αναφορικά με το τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα, τόσο από πολιτικούς πρόσφυγες όσο και από οικονομικούς μετανάστες.

Το συγκεκριμένο νοσοκομείο επιλέχθηκε για τη διενέργεια της παρούσας έρευνας, γιατί η χωροταξική θέση του ευνοεί την κάλυψη δήμων με υψηλό ποσοστό άθροισης μεταναστών (Αρβανιτίδης και Σκούρας, 2008). Σύμφωνα με μελέτες (Βακαλόπουλος, 2010, Ρουσάκη, 2011) αλλά και τα στοιχεία της απογραφής του 2001 στα γεωγραφικά όρια της Κεντρικής και Ανατολικής Αττικής εντοπίζεται και το μεγαλύτερο μέρος του συνόλου του μεταναστευτικού πληθυσμού της χώρας. Επιπρόσθετος λόγος αποτέλεσε το γεγονός ότι το Κωνσταντοπούλειο νοσοκομείο ανήκει στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ), που αποτελεί την υγειονομική περιφέρεια με το μεγαλύτερο ύψος μηνιαίων δαπανών για υπηρεσίες, τόσο στο σύνολο των δαπανών, όσο και στο σύνολο δαπανών για υπηρεσίες υγείας (Διάγραμμα 5, Παράρτημα). Παρουσιάζει επίσης τον υψηλότερο αριθμό εξετασθέντων τόσο επί του συνόλου, όσο και επί του αριθμού των εξετασθέντων κατά την πρωινή λειτουργία των ΤΕΠ, καθώς και τη μεγαλύτερη νοσηλευτική κίνηση σε επίπεδο εισαγωγών και νοσηλευθέντων τόσο στον παθολογικό όσο και στον χειρουργικό τομέα (Διαγράμματα 6 & 7, Παράρτημα).

Θελήσαμε λοιπόν να διερευνήσουμε κατά πόσο η παρουσία του μεταναστευτικού πληθυσμού συμβάλει και σε ποιο βαθμό στην αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

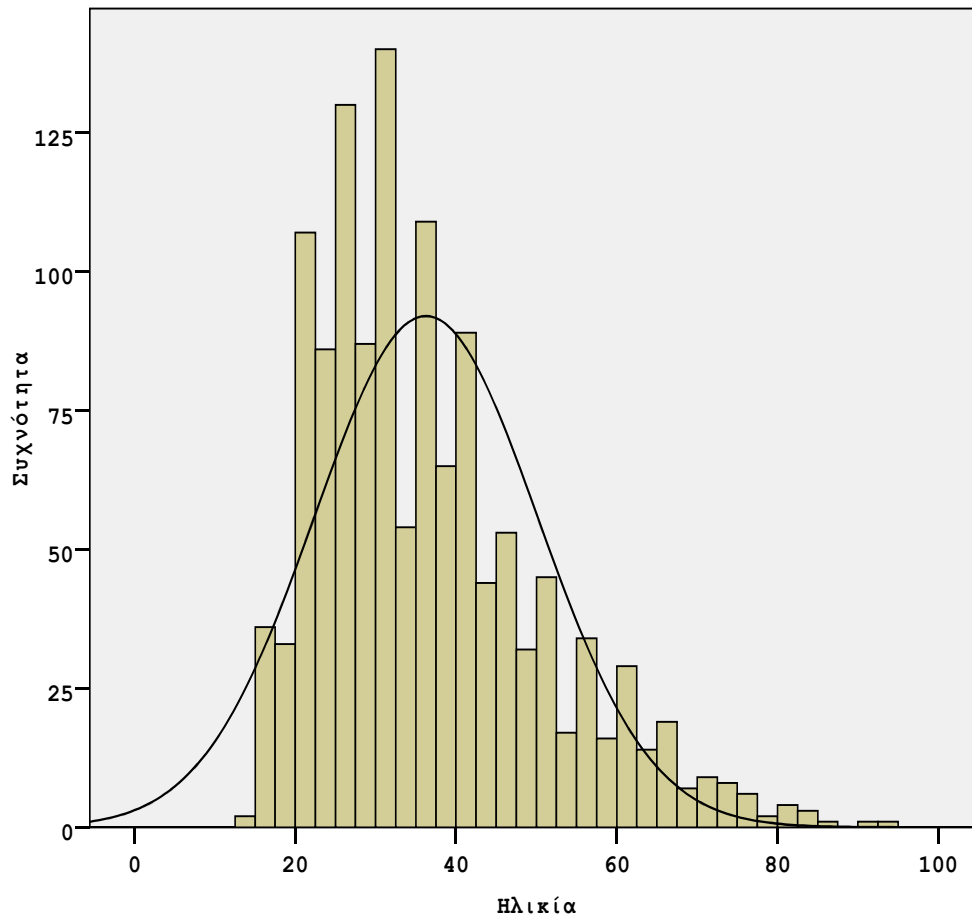
### 5.6.3 Ευρήματα της έρευνας:

#### Α. Φύλο - Ηλικία

Σε σύνολο 7.845 ασθενών που επισκέφτηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), οι 1.287 ήταν αλλοδαποί. Οι 699 (54,3%) ήταν άνδρες και οι 588 (45,7%) γυναίκες. Η μέση ηλικία τους ήταν 36,3 περίπου έτη (36,9 έτη για τους άνδρες και 35,5 έτη για τις γυναίκες).

#### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

*Ηλικιακή κατανομή αλλοδαπών ασθενών (γυναϊκών & ανδρών) που επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*



## Β. Κλινικές

Η κατανομή των ασθενών, σύμφωνα με το Τμήμα που επισκέφτηκαν, ήταν η παρακάτω:

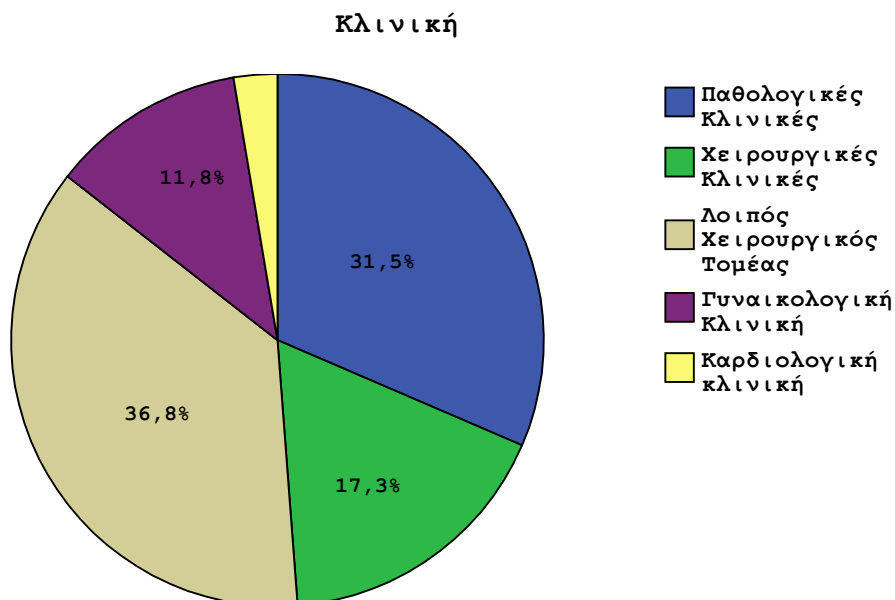
**ΠΙΝΑΚΑΣ 27**

*Κατανομή αλλοδαπών ασθενών βάσει τομέα και ειδικότητας*

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Παθολογικές Κλινικές	405	31,5	31,5
Χειρουργικές Κλινικές	223	17,3	48,8
Λοιπός Χειρουργικός Τομέας (ΩΡΑ, ΟΥΡ., ΑΓΓ/ΚΟ., ΟΡΘ.)	473	36,8	85,5
Γυναικολογική Κλινική	152	11,8	97,4
Καρδιολογική Κλινική	34	2,6	100,0
Σύνολο	1287	100,0	

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4**

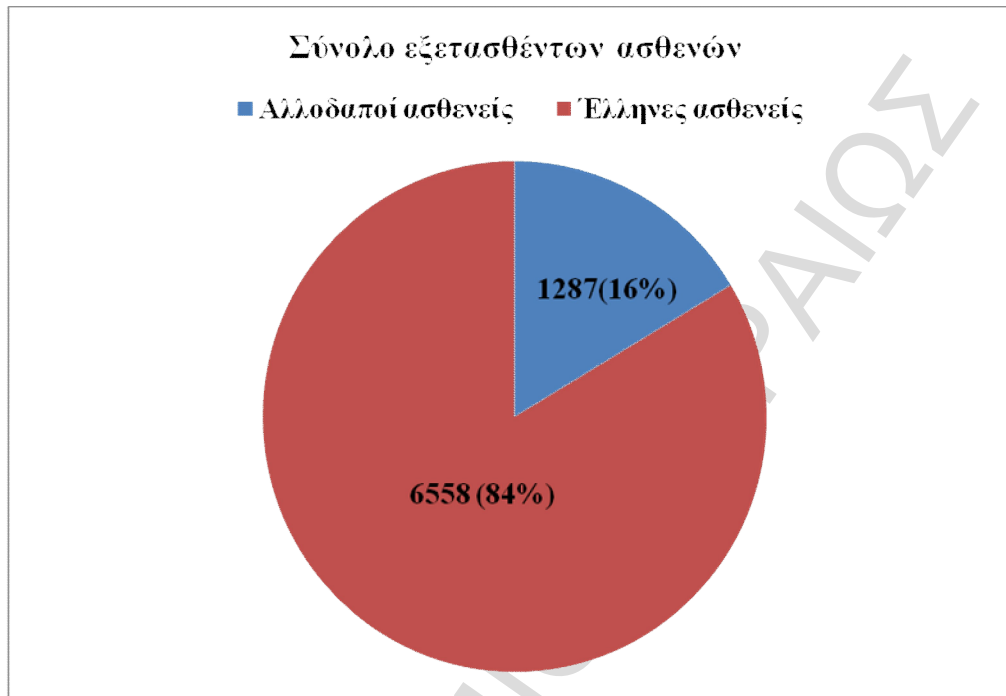
*Ποσοστιαία αναλογία αλλοδαπών ασθενών βάσει τομέα και ειδικότητας*





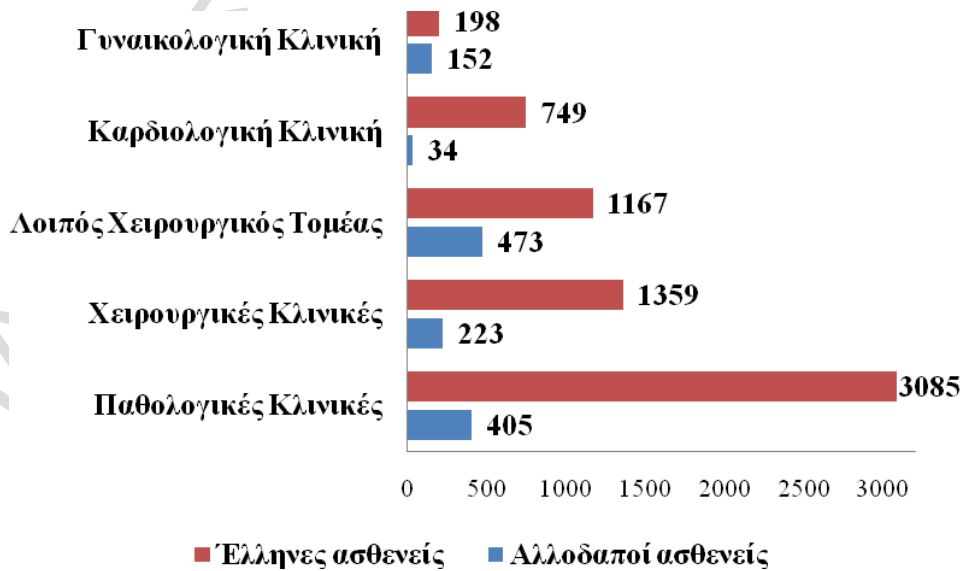
### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

Ποσοστό εξετασθέντων ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών επί του συνόλου του πληθυσμού (Έλληνες-Αλλοδαποί).



### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

Διαγραμματική αποτύπωση του αριθμού των αλλοδαπών ασθενών επί του συνόλου του πληθυσμού που επισκέφθηκαν τα διάφορα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα



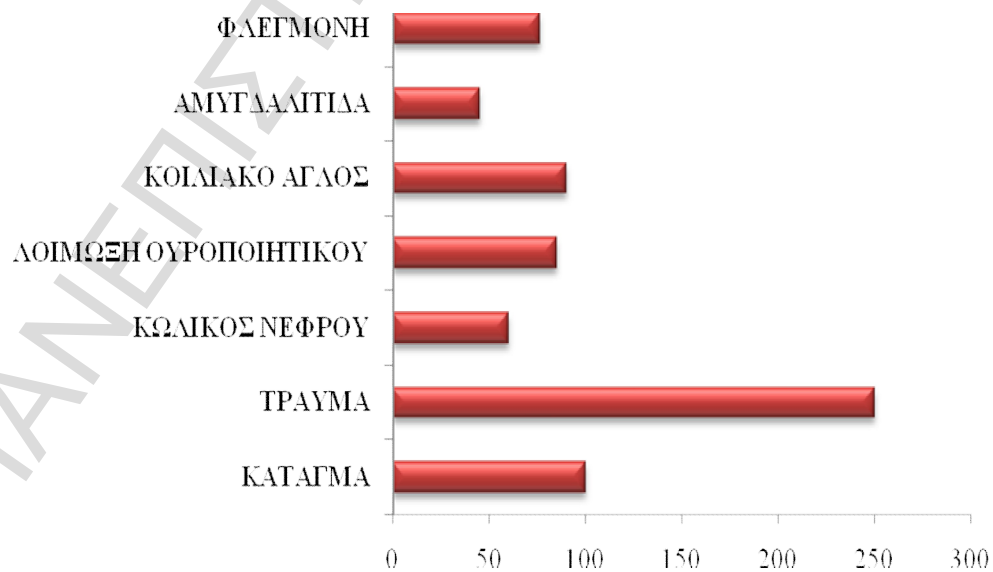
### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

Συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης του Παθολογικού Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών



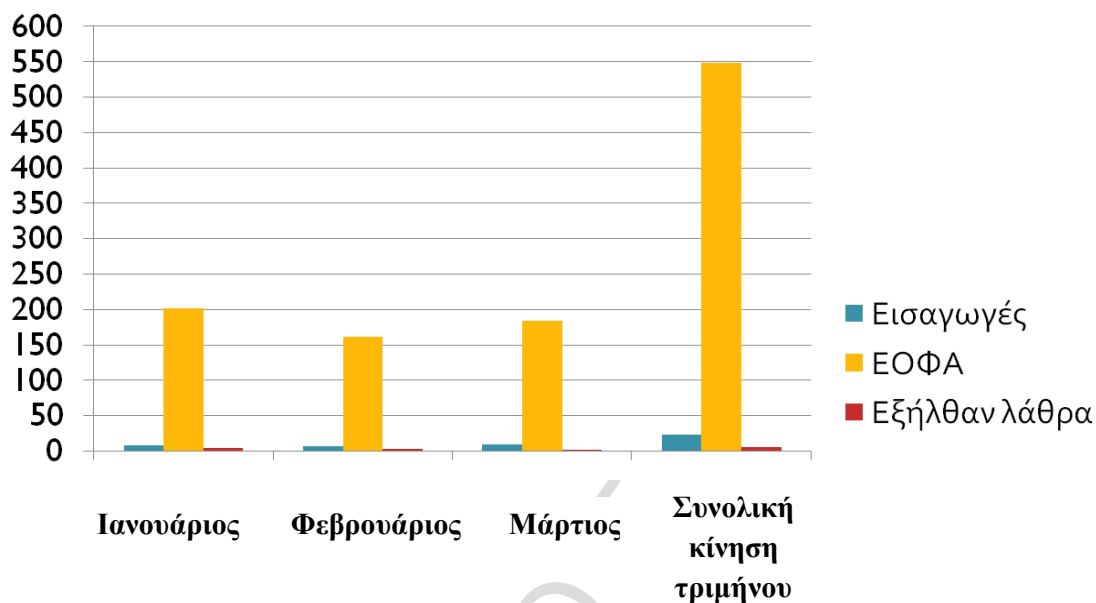
### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

Συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης του Χειρουργικού Τομέα Επειγόντων Περιστατικών



## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9

Έκβαση της χρήσης υπηρεσιών υγείας στο χώρο των επειγόντων περιστατικών από τους μετανάστες



Οι ηλικίες των ασθενών, σύμφωνα με το Τμήμα που επισκέφτηκαν, ήταν οι παρακάτω:

## ΠΙΝΑΚΑΣ 28

Ηλικιακή κατανομή αλλοδαπών ασθενών βάσει του αντίστοιχου τμήματος ΤΕΠ που επισκέφθηκαν

Κλινική	N	Μέση	Ελάχιστη	Μέγιστη
Παθολογικές Κλινικές	405	36,21	14	90
Χειρουργικές Κλινικές	223	36,18	16	78
Λοιπός Χειρουργικός Τομέας	473	37,49	14	93
Γυναικολογική Κλινική	152	30,53	16	80
Καρδιολογική Κλινική	34	45,74	22	77

Η φυλετική κατανομή των ασθενών ανάλογα με το Τμήμα που επισκέφτηκαν ήταν η ακόλουθη:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29**

*Φυλετική κατανομή των μεταναστών ανά τομέα*

ΚΛΙΝΙΚΗ		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Παθολογικές Κλινικές	Γυναίκες	156	38,5	38,5
	Άνδρες	249	61,5	100,0
	Σύνολο	405	100,0	
Χειρουργικές Κλινικές	Γυναίκες	91	40,8	40,8
	Άνδρες	132	59,2	100,0
	Σύνολο	223	100,0	
Λοιπός Χειρουργικός Τομέας	Γυναίκες	175	37,0	37,0
	Άνδρες	298	63,0	100,0
	Σύνολο	473	100,0	
Γυναικολογική Κλινική	Γυναίκες	152	100,0	100,0
Καρδιολογική Κλινική	Γυναίκες	14	41,2	41,2
	Άνδρες	20	58,8	100,0
	Σύνολο	34	100,0	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 30**

*Κατανομή των τομέων ΤΕΠ ανά φύλο*

ΦΥΛΛΟ	Κλινική	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Παθολογικές Κλινικές	156	26,5	26,5
	Χειρουργικές Κλινικές	91	15,5	42,0
	Λοιπός Χειρουργικός Τομέας	175	29,8	71,8
	Γυναικολογική Κλινική	152	25,9	97,6
	Καρδιολογική Κλινική	14	2,4	100,0
	Σύνολο	588	100,0	
ΑΝΔΡΕΣ	Παθολογικές Κλινικές	249	35,6	35,6
	Χειρουργικές Κλινικές	132	18,9	54,5
	Λοιπός Χειρουργικός Τομέας	298	42,6	97,1
	Καρδιολογική κλινική	20	2,9	100,0
	Σύνολο	699	100,0	

### Γ. Ασφάλιση

Το 22,6% των αλλοδαπών ασθενών ήταν ανασφάλιστοι. Από τους ασθενείς που διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη (77,4%), το ΙΚΑ αποτελούσε τον κύριο ασφαλιστικό φορέα (90,0%).

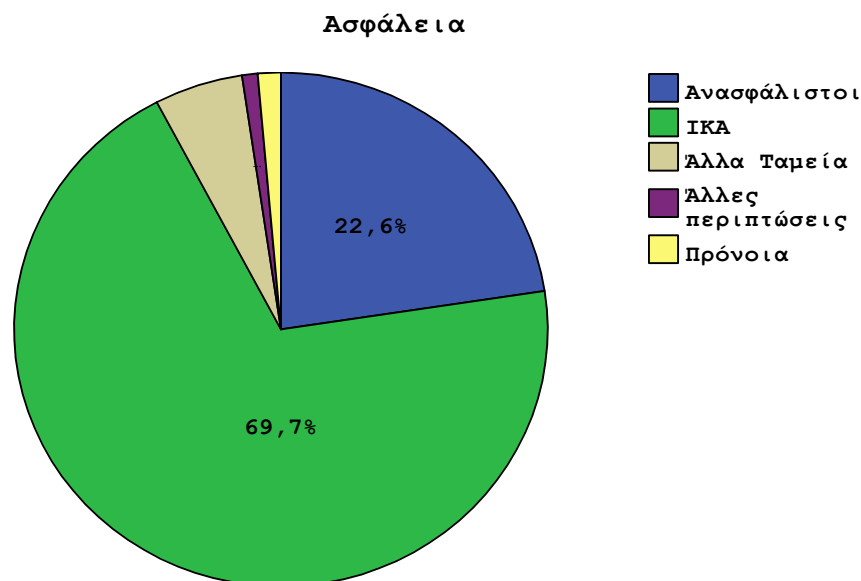
**ΠΙΝΑΚΑΣ 31**

*Συχνότητας και ποσοστού ασφάλισης των αλλοδαπών που εξετάστηκαν στο τμήμα  
επειγόντων περιστατικών*

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Ποσοστό επί των ασφαλισμένων (%)
<b>Ανασφάλιστοι</b>	291	22,6	
<b>ΙΚΑ</b>	897	69,7	90,0
<b>Άλλα Ταμεία</b>	69	5,4	6,9
<b>Άλλες περιπτώσεις</b>	12	,9	1,2
<b>Πρόνοια</b>	18	1,4	1,8
<b>Σύνολο</b>	1287	100,0	

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10**

*Ποσοστιαία αναλογία της ασφαλιστικής κάλυψης των μεταναστών που προσήλθαν στο  
τμήμα επειγόντων περιστατικών*



Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι ασφαλιστικοί φορείς:

### ΠΙΝΑΚΑΣ 32

*Ασφαλιστικοί φορείς κάλυψης των μεταναστών*

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	2	,2	,2
<b>ΙΚΑ</b>	<b>897</b>	<b>69,7</b>	69,9
<b>ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ</b>	<b>291</b>	<b>22,6</b>	92,5
ΟΑΕΕ	2	,2	92,6
ΟΓΑ	37	2,9	95,5
ΟΠΑΔ	8	,6	96,1
<b>ΠΟΛΙΤΙΚΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ</b>	<b>6</b>	<b>,5</b>	96,6
ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΙ	6	,5	97,0
<b>ΠΡΟΝΟΙΑ</b>	<b>18</b>	<b>1,4</b>	98,4
ΤΑΞΥ	1	,1	98,5
ΤΕΒΕ	17	1,3	99,8
ΤΣΜΕΔΕ	2	,2	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	1287	100,0	

#### Δ. Εισαγωγές

Ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών που εισήχθησαν στις αντίστοιχες κλινικές ήταν 102 (7,9%).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33**

*Συχνότητα και ποσοστό εισαγωγής αλλοδαπών ασθενών ανά κλινική και τομέα*

Κλινική	Εισαγωγή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Παθολογικές Κλινικές	ΟΧΙ	384	94,8	94,8
	ΝΑΙ	21	5,2	100,0
	Σύνολο	405	100,0	
Χειρουργικές Κλινικές	ΟΧΙ	210	94,2	94,2
	ΝΑΙ	13	5,8	100,0
	Σύνολο	223	100,0	
Λοιπός Χειρουργικός Τομέας	ΟΧΙ	457	96,6	96,6
	ΝΑΙ	16	3,4	100,0
	Σύνολο	473	100,0	
Γυναικολογική Κλινική	ΟΧΙ	102	67,1	67,1
	ΝΑΙ	50	32,9	100,0
	Σύνολο	152	100,0	
Καρδιολογική Κλινική	ΟΧΙ	32	94,1	94,1
	ΝΑΙ	2	5,9	100,0
	Σύνολο	34	100,0	
Σύνολο	ΟΧΙ	1185	92,1	92,1
	ΝΑΙ	102	7,9	100,0

Οι εισαγωγές στις διάφορες κλινικές ανά φύλο ήταν:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34**

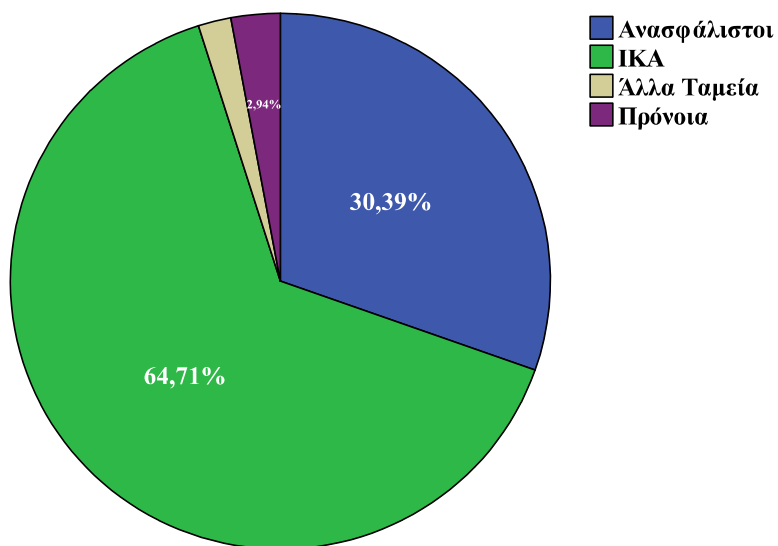
*Ποσοστιαία αναλογία και συχνότητα εισαγωγής βάσει φύλου*

ΦΥΛΟ	Κλινική	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Γυναίκες	Παθολογικές Κλινικές	5	7,8	7,8
	Χειρουργικές Κλινικές	2	3,1	10,9
	Λοιπός Χειρουργικός Τομέας	5	7,8	18,8
	Γυναικολογική Κλινική	50	78,1	96,9
	Καρδιολογική Κλινική	2	3,1	100,0
	Σύνολο		64	100,0
Άνδρες	Παθολογικές Κλινικές	16	42,1	42,1
	Χειρουργικές Κλινικές	11	28,9	71,1
	Λοιπός Χειρουργικός Τομέας	11	28,9	100,0
	Σύνολο		38	100,0

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11**

*Ποσοστιαία αναλογία της ασφαλιστικής κάλυψης των αλλοδαπών ασθενών που έκαναν εισαγωγή*

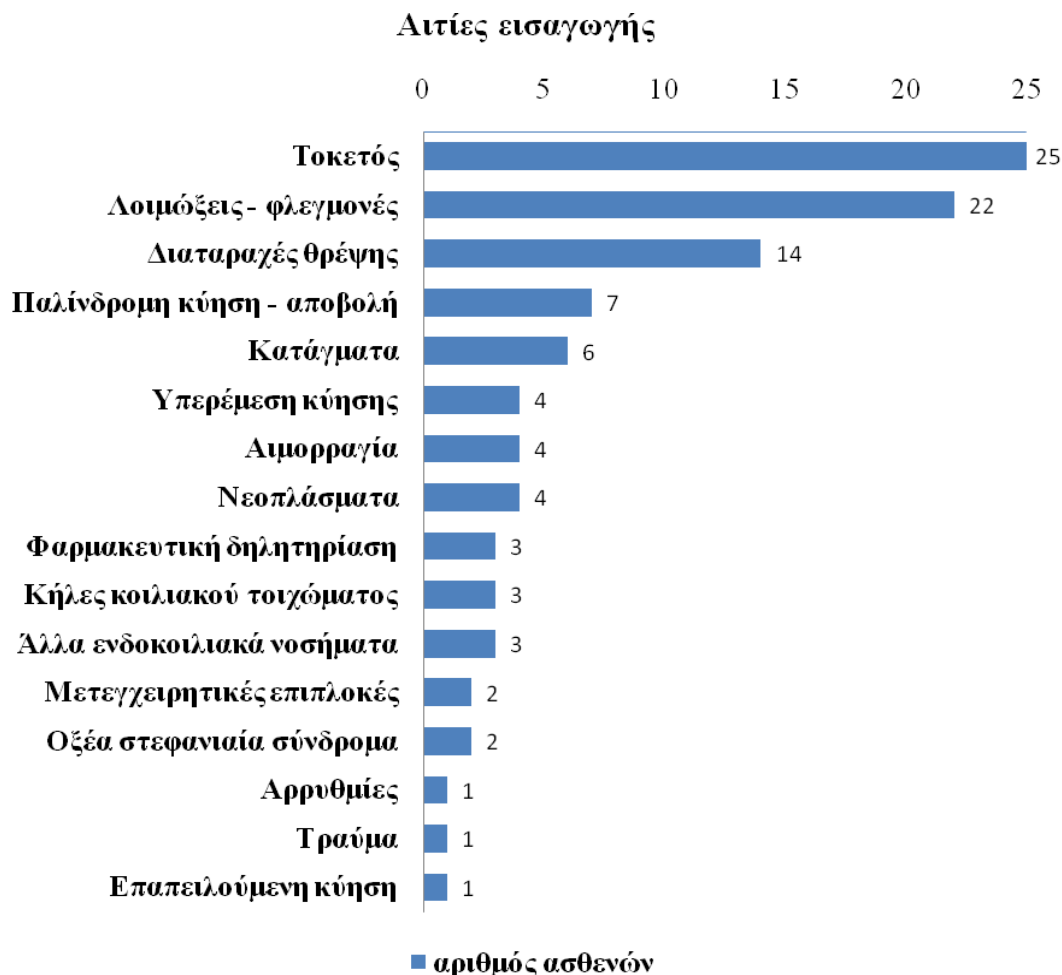
Ασφαλιστική κάλυψη εισαχθέντων ασθενών





## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12

Βασικές αιτίες εισαγωγής στα τμήματα του χειρουργικού και παθολογικού τομέα



Από το σύνολο των 102 εισαγωγών, 8 αφορούσαν σε λοιμώδη νοσήματα τα οποία επιβεβαιώθηκαν και από το ΚΕΕΛΠΝΟ, μετά από αποστολή των κατάλληλων δειγμάτων των ασθενών από το τμήμα Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα όλα τα κρούσματα αφορούσαν σε άνδρες με χώρα καταγωγής εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 34,9 έτη.

Το 50% του ποσοστού των νοσηλευομένων αυτής της κατηγορίας αφορούσε σε άτομα Πακιστανικής καταγωγής με μέσο όρο ηλικίας τα 24,5 έτη, ενώ το υπόλοιπο 38% σε Αλβανούς υπηκόους με μ.ο ηλικίας τα 43 έτη. Υπήρξε και ένας ασθενής με χώρα καταγωγής το Καζακστάν. Τέλος, καταγράφηκαν πέντε αιτίες λοιμογόνων παραγόντων υπεύθυνων για την εισαγωγή των παραπάνω ασθενών.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 35

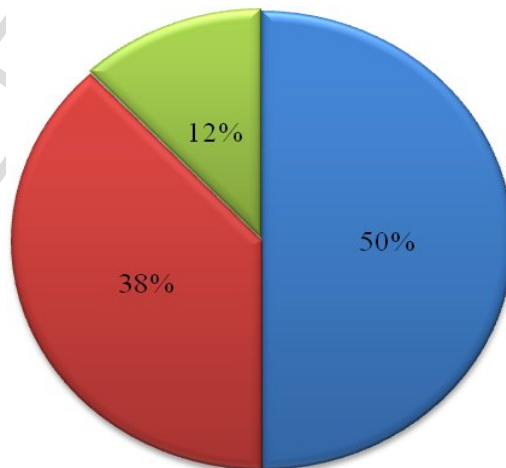
Επιβεβαιωμένα θετικά κρούσματα μολυσματικών νοσημάτων σε αλλοδαπό πληθυσμό

A/A	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΜΑ
1	Άρρεν	30	Πακιστάν	Ελονοσία
2	Άρρεν	70	Αλβανία	HIV
3	Άρρεν	25	Πακιστάν	Βρουκέλωση
4	Άρρεν	28	Πακιστάν	Σαλμονέλωση
5	Άρρεν	15	Πακιστάν	Ελονοσία
6	Άρρεν	52	Καζακιστάν	HIV
7	Άρρεν	32	Αλβανία	HIV
8	Άρρεν	27	Αλβανία	Γοννόρια

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

Εκατοστιαία αναλογία επιβεβαιωμένων θετικών κρουσμάτων από το ΚΕΕΛΠΝΟ, μεταναστών με μεταδοτικά λοιμογόνα νοσήματα ανά υπηκοότητα, για το 2011

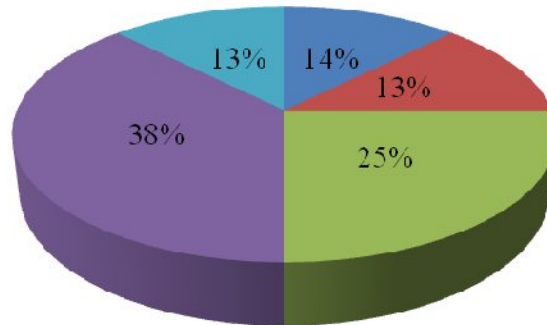
■ Πακιστάν ■ Αλβανία ■ Καζακιστάν



#### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14

Εκατοστιαία αναλογία των συχνότερα απαντώμενων λοιμωδών νοσημάτων σε αλλοδαπούς

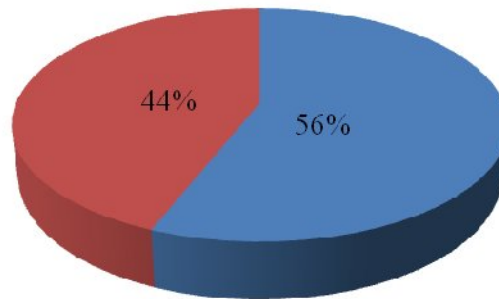
■ ΣΑΛΜΟΝΕΛΩΣΗ ■ ΒΡΟΥΚΕΛΩΣΗ ■ ΕΛΟΝΟΣΙΑ  
■ HIV ■ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ



#### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15

Εκατοστιαία αναλογία επιβεβαιωμένων θετικών κρουσμάτων από το ΚΕΕΛΠΝΟ, μεταναστών και ελληνικού πληθυσμού, για το 2011

■ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ■ ΕΛΛΗΝΕΣ



### Ε. Εθνικότητα

Η εθνικότητα καταγράφηκε μόνο στα περιστατικά της Γυναικολογικής Κλινικής και παρουσιάζεται στον επόμενο πίνακα:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36**

*Συχνότητα και ποσοστό επισκεψιμότητας του τμήματος επειγόντων περιστατικών της γυναικολογικής κλινικής βάσει της εθνικότητας*

<b>ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	<b>Χώρα Προέλευσης</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Valid Ποσοστό (%)</b>	<b>Αθροιστικό Ποσοστό (%)</b>
	Αλβανία	84	55,3	57,5
	Ρωσία	11	7,5	65,0
	Βουλγαρία	8	5,5	70,5
	Ρουμανία	7	4,8	75,3
	Γεωργία	6	4,1	79,4
	Ινδία	5	3,4	82,8
	Μολδαβία	5	3,4	86,2
	Πακιστάν	4	2,7	88,9
	Πολωνία	3	2,1	91,0
	Αρμενία	2	1,4	92,4
	Κίνα	2	1,4	93,8
	Αιθιοπία	2	1,4	95,2
	Αργεντινή	1	,7	95,9
	Μπανγκλαντές	1	,7	96,6
	Γκάμπια	1	,7	97,3
	Γκάνα	1	,7	98,0
	Καζακστάν	1	,7	98,7
	Μαρόκο	1	,7	99,4
	Ουκρανία	1	,7	100,0
Σύνολο	146	100,0	100,0	

### **Z. Δαπάνες νοσηλείας για ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους**

Βάση των επίσημων στοιχείων που δόθηκαν από το γραφείο κίνησης και το οικονομικό τμήμα του Κωνσταντοπούλειου Νοσοκομείου, από το σύνολο των 102 μεταναστών που εισήχθησαν το τρίμηνο Ιανουαρίου-Μαρτίου 2011, 19 δεν έχουν ακόμη τακτοποιήσει τις οικονομικές τους εκκρεμότητες με τον οργανισμό και το ύψος των οφειλών τους ανέρχεται σε 10.80211 ευρώ. Επίσης, τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου βαρύνει και το ποσό των 1100,00 ευρώ από τη νοσηλεία 7 πολιτικών προσφύγων, ενώ το ύψος του κόστους νοσηλείας των 11 μεταναστών, απεργών πείνας από το ίδρυμα «Υπατία» που διακομίστηκαν στο νοσοκομείο της Νέας Ιωνίας αγγίζει τα 7.342 ευρώ.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία που δόθηκαν από το νοσοκομείο στο Υπουργείο Εσωτερικών, την 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια και τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του Υπουργείου Υγείας, οι δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους ανήλθαν σε 140.613,28 ευρώ, διαμορφώθηκε δε κατά το πρώτο τρίμηνο του 2011 ως εξής:

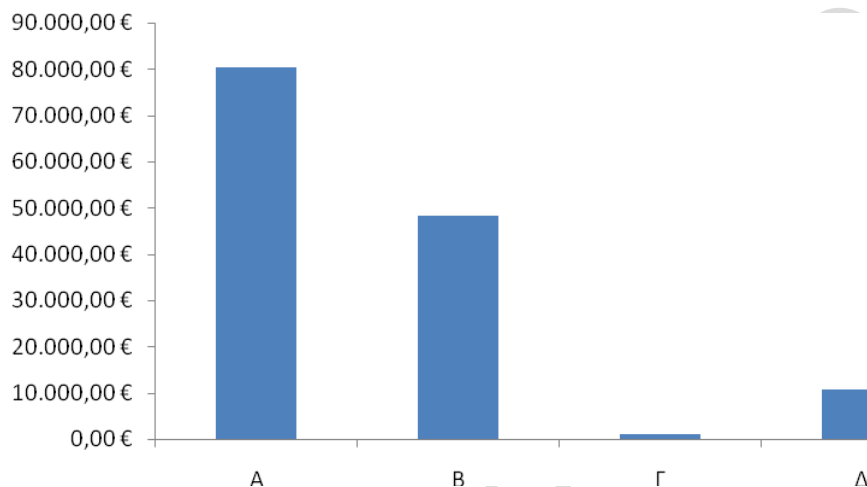
#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 37**

*Δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους, 1<sup>ος</sup>-3<sup>ος</sup> 2011*

Το σύνολο της δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων υπηκόων κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (εκτός δαπάνης φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς).	<b>80.325€</b>
Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων ανασφάλιστων που δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές προς το νοσοκομείο.	<b>48.386,17€</b>
Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των πολιτικών προσφύγων.	<b>1.100€</b>
Το σύνολο της δαπάνης των αλλοδαπών που δεν εντάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες και δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές τους στο νοσοκομείο.	<b>10.802,11€</b>

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16

Διαγραμματική απεικόνιση των δαπανών νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους  
1<sup>ο</sup> Τρίμηνο 2011



Όπου:

**A:** Το σύνολο της δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων υπηκόων κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (εκτός δαπάνης φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς).

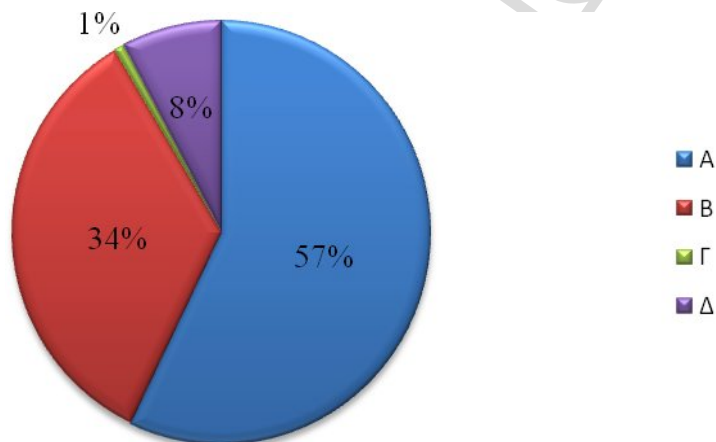
**B:** Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων ανασφάλιστων που δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές προς το νοσοκομείο.

**Γ:** Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των πολιτικών προσφύγων.

**Δ:** Το σύνολο της δαπάνης των αλλοδαπών που δεν εντάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες και δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές τους στο νοσοκομείο.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17

Εκατοστιαία αναλογία των δαπανών νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους επί του συνόλου της δαπάνης  
1<sup>ο</sup> Τρίμηνο 2011



Όπου:

- A:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου της δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων υπηκόων κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (εκτός δαπάνης φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς).
- B:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων ανασφάλιστων που δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές προς το νοσοκομείο.
- Γ:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου δαπάνης περίθαλψης των πολιτικών προσφύγων.
- Δ:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου της δαπάνης των αλλοδαπών που δεν εντάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες και δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές τους στο νοσοκομείο.

Αντίστοιχα στοιχεία για τις δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και αλλοδαπούς ανασφάλιστους υπάρχουν και για το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2010 και παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα:

### ΠΙΝΑΚΑΣ 38

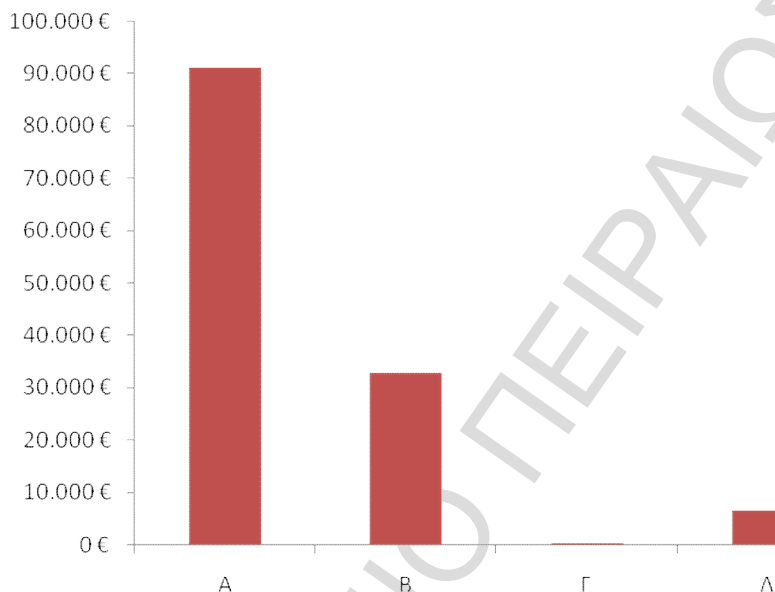
*Δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους, 1<sup>ος</sup>-3<sup>ος</sup> 2010*

Το σύνολο της δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων υπηκόων κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (εκτός δαπάνης φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς).	<b>91.263,31€</b>
Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων ανασφάλιστων που δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές προς το νοσοκομείο.	<b>32.965,67€</b>
Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των πολιτικών προσφύγων.	<b>499,60€</b>
Το σύνολο της δαπάνης των αλλοδαπών που δεν εντάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες και δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές τους στο νοσοκομείο.	<b>6.600,75€</b>



## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18

*Δαπάνες νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους για το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2010*



Όπου:

**A:** Το σύνολο της δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων υπηκόων κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (εκτός δαπάνης φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς).

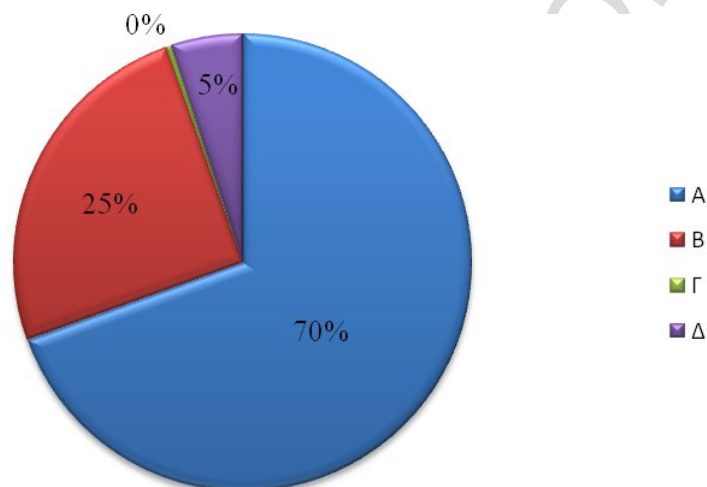
**B:** Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων ανασφάλιστων που δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές προς το νοσοκομείο.

**Γ:** Το σύνολο δαπάνης περίθαλψης των πολιτικών προσφύγων.

**Δ:** Το σύνολο της δαπάνης των αλλοδαπών που δεν εντάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες και δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές τους στο νοσοκομείο.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19

Εκατοστιαία αναλογία των δαπανών νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για Έλληνες και Αλλοδαπούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους επί του συνόλου της δαπάνης για το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2010



Όπου:

- A:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου της δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων υπηκόων κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (εκτός δαπάνης φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς).
- B:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου δαπάνης περίθαλψης των Ελλήνων ανασφάλιστων που δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές προς το νοσοκομείο.
- Γ:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου δαπάνης περίθαλψης των πολιτικών προσφύγων.
- Δ:** Εκατοστιαία αναλογία του συνόλου της δαπάνης των αλλοδαπών που δεν εντάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες και δεν έχουν εξοφλήσει τις οφειλές τους στο νοσοκομείο.

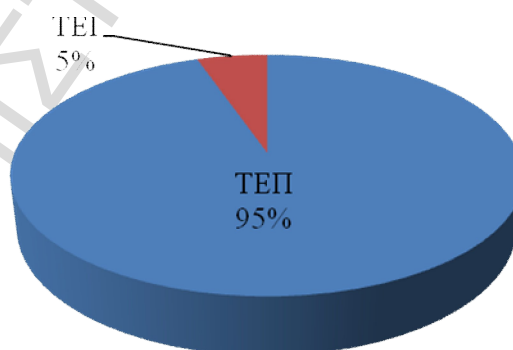
## Η. Επισκεψιμότητα στο τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ)

Σύμφωνα με στοιχεία που δόθηκαν από τη γραμματεία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) του Κωνσταντοπούλειου Νοσοκομείου, ο αριθμός των αλλοδαπών που επισκέφθηκαν τον οργανισμό σε επίπεδο τακτικού ιατρείου το πρώτο τρίμηνο του 2011 ανέρχεται σε 72 άτομα, εκ των οποίων 35 ήταν πολιτικοί πρόσφυγες, 31 διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη, ενώ μόνο 6 προέβησαν σε ιδιωτική δαπάνη.

Το ποσό χρέωσης των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων από την κατανάλωση υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας ανήλθε σε 158,13 ευρώ και αφορούσε κυρίως τη διενέργεια εργαστηριακών (104,76 ευρώ) και απεικονιστικών εξετάσεων (53,37 ευρώ) και ελάχιστα στην επίσκεψη ιατρικών ειδικοτήτων του ΤΕΙ (20,00 ευρώ). Όσον αφορά τη δαπάνη για την ιατρική αντιμετώπιση των πολιτικών προσφύγων, η οποία βαραίνει αποκλειστικά τον κρατικό προϋπολογισμό, αυτή άγγιξε τα 634,055 ευρώ, ενώ οι εισπράξεις του νοσοκομείου από για τη χρήση υπηρεσιών υγείας με αποκλειστική επιβάρυνση του εξεταζόμενου ανήλθαν σε μόλις 166,67 ευρώ.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20

*Επισκεψιμότητα μεταναστών ανάλογα με το τμήμα  
(Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών-Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων)*



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πιλοτική διερεύνηση στο Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας κατέδειξε ότι το 77,4% των αλλοδαπών που κατανάλωσαν υπηρεσίες υγείας και αναζήτησαν νοσηλευτική φροντίδα διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη, με τη συντριπτική πλειοψηφία να έχει ως κύριο ασφαλιστικό φορέα το ΙΚΑ (69,7%) – οι υπόλοιποι ασφαλιστικοί φορείς (ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΝΑΤ κλπ.) συγκεντρώνουν μόλις το 6,9%. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι οι μετανάστες που κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας είναι εργαζόμενοι που παρέχουν εξαρτημένη εργασία ή έμμεσα ασφαλισμένα μέλη από αυτούς.

Το υψηλό ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης από το ΙΚΑ, του μεταναστευτικού πληθυσμού που είχε ασφάλιση κρίνεται ως αναμενόμενο. Τόσο από τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Απογραφή 2001, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004-2005) που παρατίθενται στο κεφάλαιο 3, όσο και από τα δημοσιευμένα στοιχεία του ίδιου του ασφαλιστικού φορέα (κεφάλαιο 4) προκύπτει ότι ο κυριότερος ασφαλιστικός οργανισμός των αλλοδαπών είναι το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Η ίδια εικόνα εμφανίζεται αναφορικά και με την ασφαλιστική κάλυψη των νοσηλευθέντων αλλοδαπών όπου κατά 64,71% είναι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας ως προς τα συγκεκριμένα δεδομένα συμβαδίζουν σε μεγάλο βαθμό με τα ευρήματα της μελέτης του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών που διενεργήθηκε το 2005 από τους Μαράτου-Αλιπράντη, και Γκαζόν. Στη έκθεση αυτή το ποσοστό των νοσηλευόμενων μεταναστών είχε προσδιοριστεί σε 73% (υπάρχει μια απόκλιση της τάξης του 8,29%). Συμπερασματικά λοιπόν θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η έρευνά κατέδειξε ότι οι νόμιμα διαμένοντες και εργαζόμενοι/ες αλλοδαποί έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες και διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.

Μεγάλο όμως ήταν και το ποσοστό των ανασφάλιστων (22,6%) που επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου, ενώ ακόμη μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των ανασφάλιστων που χρειάστηκε να νοσηλευτούν (30,39%). Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην ύπαρξη μεγάλου αριθμού αλλοδαπών που βρίσκονται παράνομα στη χώρα μας και στερούνται ασφαλιστικών δικαιωμάτων. Το γεγονός δημιουργεί προβληματισμό αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου τόσο σε σχέση με τη

διαδικασία νομιμοποίησης των μεταναστών, όσο και σε σχέση με τα ζητήματα ασφαλιστικής τους κάλυψης. Τα προβλήματα θα μπορούσαν να εντοπιστούν κυρίως στα γραφειοκρατικά κωλύματα των αρμόδιων φορέων που έχουν ως αποτέλεσμα σημαντικές καθυστερήσεις και μικρότερο ποσοστό νομιμοποιήσεων από το επιθυμητό αλλά και προσδοκώμενο (Siar, 2008).

Παρόλο όμως που το ποσοστό των ανασφάλιστων μεταναστών που καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας είναι αρκετά υψηλό, εντούτοις δείχνει να βαίνει μειούμενο σε σύγκριση με αντίστοιχα ποσοστά προηγούμενων ετών. Πιο συγκεκριμένα, σε αντιπαραβολή των στοιχείων της έρευνας μας με αντίστοιχα δεδομένα της ερευνητικής εργασίας των Καϊτελίδου, Σίσκου, Νικολάου (2003), εντοπίζεται μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων νοσηλευομένων της τάξης του 22,61%. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό ανασφάλιστων που έχρηζαν νοσηλείας βάσει το στοιχείων της έρευνας του 2003 ανέρχονταν σε 53%, έναντι 30,39% της παρούσας μελέτης.

Αυτή η διαφορά θα μπορούσε να αποδοθεί στην ετήσια αύξηση απασχολούμενων αλλοδαπών τρίτων χωρών (εκτός Ε.Ε) με καθεστώς πλήρους απασχόλησης που επιτελείται συστηματικά από το 2005 και μετά σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ΕΣΥΕ. Συγκεκριμένα η αύξηση των νόμιμα εργαζόμενων μεταναστών από το 2005 μέχρι το 2009 άγγιξε το 17,69%. Τα άτομα αυτά συνεπώς καταβάλουν ασφαλιστικές εισφορές και άρα δικαιούνται και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Επιπροσθέτως συνδυαστικά με τα παραπάνω ένας άλλος παράγοντας που θα μπορούσε να εξηγήσει τη διαφοροποίηση των ευρημάτων μεταξύ των δύο ερευνών είναι και η σταδιακή μείωση από τα τέλη της δεκαετίας του '90 μέχρι σήμερα του ρυθμού αύξησης του μεταναστευτικού πληθυσμού στη χώρα, άρα και των ανασφάλιστων (ενότητα 5.5, κεφάλαιο 5).

Αναφορικά με το ποσοστό των αλλοδαπών που έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας επιδεικνύοντας βιβλιάριο απορίας ή δελτίου πολιτικού πρόσφυγα (3%) αυτό χαρακτηρίζεται μικρό. Παρόμοιο ήταν το αντίστοιχο ποσοστό και στην έκθεση του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) του 2005, όπου οι μετανάστες που έκαναν χρήση βιβλιαρίου απορίας ανέρχονταν στο 2%.

Τα ευρήματα της έρευνας καταδεικνύουν μικρού βαθμού χρήση υπηρεσιών υγείας από τη συγκεκριμένη κατηγορία μεταναστών. Η μικρή επισκεψιμότητα υπηρεσιών υγείας από πρόσφυγες θα μπορούσε να συσχετιστεί με το χαμηλό ποσοστό νόμιμων πολιτικών προσφύγων που υπάρχουν στη χώρα μας και που θεμελιώνουν δικαίωμα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός της ύπαρξης πολύ μικρού

αριθμού θετικών αποφάσεων που παρουσιάζει η Ελλάδα σχετικά με την έγκριση ασύλου ανεξαρτήτως ιθαγένειας των ενδιαφερόμενων προσώπων (ενότητα 5.5, κεφάλαιο 5). Συνεπώς τα άτομα αυτά στερούνται κάθε νόμιμου δικαιώματος περίθαλψης και αντιμετωπίζονται όπως και οι παράνομοι οικονομικοί μετανάστες εάν δεν τους παρασχεθεί το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

Εντυπωσιακό είναι δε το γεγονός ότι στη παρούσα έρευνα δεν καταγράφηκε κανένα περιστατικό αλλοδαπού οπού έκανε χρήση των επειγόντων περιστατικών καλύπτοντας τη δαπάνη ιδιωτικά. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί είτε στη χρήση πλαστών βιβλιαρίων υγείας από μετανάστες, είτε στην μη τήρηση των κανονιστικών ρυθμίσεων που διέπουν ζητήματα υγείας και πρόνοιας των μεταναστών από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, όπου στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεγγύης παρέχουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα σε αλλοδαπούς που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη (ενότητα 2.6, κεφάλαιο 2).

Η έρευνα επίσης έδειξε ότι οι αλλοδαποί άνδρες χρησιμοποιούν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις γυναίκες. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ (Απογραφή 2001), ο ανδρικός μεταναστευτικός πληθυσμός επί του συνόλου των αλλοδαπών είναι μεγαλύτερος. Παρόλο που βάσει των επίσημων στοιχείων της στατιστικής υπηρεσίας δεν υπάρχει σταθερή αναλογία μεταξύ των φύλων των μεταναστών, η υπεροχή των αλλοδαπών ανδρών, έναντι των γυναικών είναι καταφανής, με το γυναικείο μεταναστευτικό πληθυσμό να αγγίζει μόλις το 26%.

Επιπροσθέτως θα πρέπει να τονιστεί ότι οι αλλοδαποί άνδρες εντάσσονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες σε επαγγελματικές κατηγορίες οικονομικών κλάδων με μεγάλη σωματική επιβάρυνση, όπως στο χώρο των κατασκευών, της γεωργίας-κτηνοτροφίας και της μεταποιητικής βιομηχανίας, ενώ πολλοί είναι και αυτοί που απασχολούνται ως τεχνίτες, χειριστές μεταφορικών μέσων και ανειδίκευτοι εργάτες (αναλυτικά στοιχεία αναφέρονται στο κεφάλαιο 3). Αντιθέτως, οι γυναίκες απασχολούνται κυρίως ως οικιακό προσωπικό, καθώς και στον κλάδο παροχής υπηρεσιών και πώλησης, με μικρότερο ποσοστό ενασχόλησης στις προαναφερθείσες επαγγελματικές κατηγορίες (ενότητα 3.11, κεφάλαιο 3). Έτσι είναι φυσικό να αναμένονται περισσότερα εργασιακά ατυχήματα αλλά και γενικότερα προβλήματα υγείας (ασθένειες) στον ανδρικό πληθυσμό σε σχέση με το γυναικείο.

Τα κυριότερα αίτια προσέλευσης μεταναστών στα ΤΕΠ είναι: πυρετική κίνηση, βήχας, κεφαλαλγία – ζάλη, επιγαστραλγία, κοιλιακό άλγος, φλεγμονή, αναιμία κ.α.. Οι

αλλοδαποί συνεπώς προσέρχονται στα ΤΕΠ για λόγους που έχουν άμεση συσχέτιση με τη διατροφή τους, τις συνθήκες διαβίωσης και τη φύση της εργασίας τους. Επιπροσθέτως το ποσοστό φαρμακευτικών δηλητηριάσεων που καταγράφεται μαρτυρεί τα πολυάριθμα ψυχολογικά προβλήματα, που βιώνουν οι μετανάστες αλλά και το έντονο άγχος αναφορικά με τα διάφορα προβλήματα επιβίωσης που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Η συσχέτιση των προβλημάτων υγείας των αλλοδαπών με τις συνθήκες διαβίωσης, τις διατροφικές τους συνήθειες, την κουλτούρα τους κ.α., σε συνδυασμό με τον υψηλό βαθμό κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από αυτούς καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη και εφαρμογή διαπολιτισμικών μοντέλων φροντίδας υγείας, εστιασμένων στα ιδιαίτερα γνωρίσματα και τις ανάγκες αυτών των ασθενών.

Η πλειοψηφία των αλλοδαπών που προσήλθαν στα ΤΕΠ θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η έλλειψη όμως σοβαρών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης δε βοηθά στην αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών δομών αντίθετα την επιτείνει. Επίσης οι μεγάλες λίστες αναμονής για την επίσκεψη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων ΙΚΑ και η αποτυχία της ορθής και αποτελεσματικής λειτουργίας των ελάχιστων αριθμητικά κέντρων υγείας αστικού τύπου, οδηγούν σε φαινόμενα μαζικής επισκευσιμότητας των νοσοκομειακών δομών από μετανάστες. Η κατάσταση αυτή δεν έχει διαφοροποιηθεί ούτε και μετά τη σύσταση και έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ που καλύπτει πλέον το σύνολο των ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ. Η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας των εποπτευόμενων από τον ΕΟΠΥΥ φορέων, εντείνουν το ήδη οξύ πρόβλημα προσβασιμότητας των ασθενών ελλήνων και μεταναστών σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι παραπάνω λόγοι είναι ιδιαίτερα σημαντικοί και σίγουρα συμβάλλουν στην συμφόρηση των νοσοκομειακών δομών και συγκεκριμένα των ΤΕΠ. Δεν όμως οι μόνοι, από την παρούσα ερευνητική προσπάθεια φαίνεται ότι υπάρχει η τάση και από τους ίδιους τους μετανάστες να χρησιμοποιούν συστηματικά τις υπηρεσίες των ΤΕΠ για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους ακόμη και όταν αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν σε τακτική βάση. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας παρατηρούμε ότι μόνο το 5% των αλλοδαπών χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου κάνοντας χρήση προγραμματισμένου ραντεβού, το υπόλοιπο 95% απευθύνθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Η συμπεριφορά αυτή των μεταναστών αναφορικά με τα θέματα υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο του ΕΣΥ, θα μπορούσε να έχει πολλές αιτιάσεις. Η

σημαντικότερη σχετίζεται με τα θέματα της ασφάλισης (European Commission, 2008a) και της νομιμότητας (Hatziproκορίου, 2004). Το υψηλό ποσοστό ανασφάλιστων αλλά και παράνομων μεταναστών στη χώρα μας οδηγεί τις συγκεκριμένες κατηγορίες αλλοδαπών στην εκτεταμένη χρήση των ΤΕΠ. Πρώτον γιατί αποτελεί την μοναδική οργανωμένη υγειονομική δομή στην οποία και βάσει του υφιστάμενου νομικού πλαισίου έχουν δικαίωμα πρόσβασης χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα και δεύτερον γιατί με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζουν τα υγειονομικά προβλήματα τους χωρίς πολλές φορές να επιβαρύνονται από την αντίστοιχη δαπάνη, πράγμα που δεν θα ήταν εφικτό να συμβεί σε επίπεδο τακτικών εξωτερικών ιατρείων, όπου οι ανασφάλιστοι θα έπρεπε και προβούν σε ιδιωτική δαπάνη για τη λήψη ιατρικών υπηρεσιών καθώς και στην καταβολή των 5€ ως αντίτιμο για την επίσκεψη.

Ένας άλλος λόγος που θα μπορούσε να δικαιολογήσει τη διαφοροποίηση που υπάρχει σε σχέση με την επισκεψιμότητα των ΤΕΠ και ΤΕΙ είναι ότι οι μετανάστες απασχολούμενοι με μορφή εξαρτημένης εργασίας δεν είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν εργατοώρες για να προσέλθουν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, τόσο για οικονομικούς λόγους (απώλεια εισοδήματος) όσο και γιατί φοβούνται μήπως αυτό αποτελέσει λόγο απώλειας της εργασίας τους (Εκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα, 2009).

Από το σύνολο των μεταναστών που εξετάστηκαν στα ΤΕΠ, το 7,9% χρειάστηκε να νοσηλευτεί. Το ποσοστό των αλλοδαπών που εισήχθησαν και δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη ανήλθε σε 30,39%. Αναφορικά δε, με τους ανασφάλιστους νοσηλευθέντες μετανάστες –εκτός των πολιτικών προσφύγων- που έχουν οικονομικές οφειλές προς το νοσοκομείο, το ποσοστό τους ανέρχεται στο 8% για το 2011. Παρατηρούμε λοιπόν ότι υπάρχει μια αύξηση της τάξης του 2% συγκριτικά με το 2010 όπου το ποσοστό των αλλοδαπών που εμφάνιζαν οικονομικές εκκρεμότητες ανέρχονταν στο 6%.

Αναφορικά με τον τομέα (Παθολογικό–Χειρουργικό) στον οποίο νοσηλεύτηκαν, δεν παρουσιάζεται ιδιαίτερη διαφοροποίηση βάση φύλου. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες νοσηλεύτηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε χειρουργικές κλινικές. Ιδιαίτερα σημαντική όμως ήταν η διαφορά στο ποσοστό των αλλοδαπών ανδρών και γυναικών που χρειάστηκαν να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα σε σύνολο 102 εισαγωγών, το ποσοστό των ανδρών που νοσηλεύτηκε ανήλθε σε 37,25%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών ήταν 62,75% δηλαδή σχεδόν διπλάσιο, μια και καταγράφηκε μεγάλος αριθμός εισαγωγών στο γυναικολογικό τμήμα του νοσοκομείου.



Συγκεκριμένα στη Γυναικολογική Κλινική νοσηλεύτηκε το 78,1% όλων των εισαχθέντων αλλοδαπών γυναικών, κυρίως για τοκετό και δευτερευόντως για άλλης φύσεως γυναικολογικά ζητήματα. Συγκεκριμένα το 74% των γυναικών που παρέμειναν για νοσηλεία από το σύνολο των 50 που έγιναν εισαγωγή, είχαν ως αιτία εισόδου κυρίως τον τοκετό αλλά και άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με την κύηση (υπερέμεση κύησης, επαπειλούμενη κύηση, παλίνδρομη κύηση-αποβολή). Μόνο 26% των εισαχθέντων γυναικών παρουσίασαν άλλης φύσεως γυναικολογικά προβλήματα όπως αιμορραγία, νεοπλασίες ή άλλα ενδοκοιλιακά νοσήματα.

Η αυξημένη αυτή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας γυναικολογικής φύσεως στο πληθυσμό του δείγματος μας, θα μπορούσε να αποδοθεί στην διαφοροποίηση που υπάρχει αναφορικά με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας βάσει ηλικίας και φύλου και η οποία είναι έντονα ασύμμετρη. Οι αυξομειώσεις αυτές στην κατανάλωση εμφανίζονται με μία καμπύλη τύπου U. Συγκεκριμένα παρουσιάζεται μια αυξημένη κατανάλωση στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, η οποία αποδίδεται τόσο στις εγκυμοσύνες και τους τοκετούς, όσο και στα γενικότερα γυναικολογικά προβλήματα. Τα συμπεράσματα αυτά των ερευνών ταιριάζουν πλήρως με το προφίλ του γυναικείου πληθυσμού που μελετήσαμε και πρόκειται για αλλοδαπές με μέσο όρο ηλικίας τα 30,5 έτη.

Η αυξημένη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μαιευτικής φύσεως θα μπορούσε επιπροσθέτως να συνδέεται με την σημαντική αύξηση των γεννήσεων από αλλοδαπές γυναίκες που παρατηρούνται κατά την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας. Τα στοιχεία του ΕΔΚΑ (ενότητα 5.5, κεφάλαιο 5), ενισχύουν τα ευρήματα της έρευνας μας σχετικά με την αυξημένη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας αναφορικά με ζητήματα τοκετού και παρακολούθησης κύησης από τον αλλοδαπό πληθυσμό και κυρίως από γυναίκες αλβανικής καταγωγής, σε ποσοστό μάλιστα που ανέρχεται στο 55,3%. Να σημειωθεί ότι οι υπόλοιπες υπηκοότητες παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά, με καμία από αυτές να ξεπερνά σε επίπεδο εκπροσώπησης το 10%.

Από το σύνολο των εθνικοτήτων που χρησιμοποίησαν γυναικολογικής φύσεως υπηρεσίες υγείας πλην της αλβανικής, οι αμέσως επόμενες σε ποσόστωση ήταν αυτές της Βουλγαρίας, Ρωσίας, Ρουμανίας και Γεωργίας, υπηκοότητες που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά γυναικείου μεταναστευτικού πληθυσμού (Βουλγαρία, Γεωργία) (Ζουμποπούλου, 2003).

Αναφορικά τώρα με το υψηλό ποσοστό επισκεψιμότητας Γυναικολογικών-Μαιευτικών κλινικών από μετανάστριες, συγκριτικά με τον αντίστοιχο γηγενή

πληθυσμό, όπως προέκυψε και από την έρευνα μας, αυτό οφείλεται στο ότι μέχρι πρότινος οι Ελληνίδες προτιμούσαν να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, κυρίως για ζητήματα κύησης και τοκετού. Αντίθετα οι αλλοδαπές γυναίκες που είναι συνήθως χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου προτιμούν διαχρονικά τα δημόσια θεραπευτήρια, σε μια προσπάθεια ελαχιστοποίησης του κόστους.

Βέβαια το τελευταίο χρονικό διάστημα παρουσιάζεται μια σαφής στροφή των Ελληνίδων στα κρατικά μαιευτήρια έναντι των ιδιωτικών, η οποία είναι ενδεικτική της δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας. Το 2011, οι γεννήσεις στα δημόσια μαιευτήρια παρουσίασαν αύξηση της τάξης του 15% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά, ενώ αντίστοιχη μείωση εμφάνισαν οι τοκετοί στις ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες, ωστόσο, εξακολουθούν να λαμβάνουν το μεγαλύτερο κομμάτι της συγκεκριμένης πίτας (εφ. Καθημερινή, 14/1/2012).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί και το ποσοστό των αλλοδαπών στο σύνολο του γενικού πληθυσμού που πάσχει από λοιμώδη νοσήματα, που αγγίζει το 44% έναντι 56% του ελληνικού πληθυσμού. Τα μολυσματικά νοσήματα που λαμβάνουν τα υψηλότερα ποσοστά στη μελέτη είναι αυτά της λοίμωξης από HIV (38%) και της ελονοσίας (25%). Αναφορικά με την ελονοσία τα ευρήματα της παρούσας εργασίας έρχονται να επιβεβαιώσουν την δυσχερή σημερινή κατάσταση που αντιμετωπίζει η χώρα μας με τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό κρουσμάτων ελονοσίας (Επιδημιολογικά Δεδομένα ΚΕΕΛΠΝΟ για την Ελονοσία, 2005-2009 στο κεφάλαιο 5). Τα ευρήματα μας συνάδουν πλήρως με τα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ, αναφορικά και με την εθνικότητα των πασχόντων. Συγκεκριμένα οι ασθενείς που καταγράφηκαν από το τμήμα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων του προς μελέτη νοσοκομείου και έπασχαν από τη παρασιτική νόσο στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν πακιστανικής καταγωγής.

Υψηλό όμως είναι και το ποσοστό πασχόντων από HIV λοίμωξη που καταγράφηκε στην έρευνα, εύρημα που θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από τη ραγδαία αύξηση του αριθμού των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, που σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ, σχετίζονται εν μέρει με την τεράστια εισροή αλλοδαπών που δεν έχουν νόμιμα έγγραφα εισόδου και παραμονής στη χώρα μας και που στην πλειοψηφία τους έχουν χαμηλή έως ανύπαρκτη ιατροφαρμακευτική κάλυψη και υγειονομική παρακολούθηση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 7.1 Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας διπλωματικής εργασίας ανέκυψαν σημαντικές δυσκολίες αναφορικά με τη συλλογή στοιχείων σημαντικών για την ολοκλήρωση της έρευνας και τη διεξοδική διερεύνηση του θέματος που πραγματεύεται. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να αναφερθούμε επιγραμματικά στο σύνολο των παραμέτρων που αποτέλεσαν παράγοντες περιορισμού της ερευνητικής μας προσπάθειας.

Αρχικά να τονίσουμε ότι υπήρξε αδυναμία ανάκτησης δεδομένων για το μεταναστευτικό πληθυσμό από την απογραφή του 2011, η ΕΛ.ΣΤΑΤ με επίσημη ανακοίνωση της αναμένεται να δημοσιοποιήσει το σύνολο των αποτελεσμάτων της απογραφής μετά το 2<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2012. Συνεπώς δεν είναι δυνατό σε αυτή τη φάση να γνωρίζουμε πληροφορίες αναφορικά με τον όγκο του αλλοδαπού πληθυσμού που υπάρχει σήμερα στη χώρα, την ηλικιακή και φυλετική του κατανομή, τη θέση του στην απασχόληση και την ασφαλιστική του κάλυψη.

Επιπροσθέτως στο πλαίσιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης εντοπίστηκε απουσία μελετών που να καταδεικνύουν το επίπεδο υγείας των αλλοδαπών στο σύνολο του πληθυσμού τους, και να προσδιορίζουν τα προβλήματα υγείας των μεταναστών. Οι περισσότερες μελέτες έχουν περιοριστεί στην εκτίμηση επιπολασμού των λοιμωδών νοσημάτων, όπως η ηπατίτιδα, η φυματίωση και η HIV λοίμωξη, ενώ ελάχιστες μελέτες καταδεικνύουν την ανάγκη επιδημιολογικής παρακολούθησης των μεταναστών βάση των ιδιαίτερων υγειονομικών αναγκών των επιμέρους εθνοτικών ομάδων.

Έλλειψη μελετών εντοπίζεται και όσον αφορά στον καθορισμό του κόστους και του βαθμού επισκεψιμότητας και επιβάρυνσης του ΕΣΥ και ιδιαίτερα των νοσοκομείων από τους μετανάστες. Η ύπαρξη τυχόν μελετών θα βοηθούσε στη πραγματοποίησης συγκριτικής μελέτης και στην εξαγωγή συμπερασμάτων για το ύψος της δαπάνης και για το βαθμό και είδος κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τους αλλοδαπούς. Οι μελέτες που υπάρχουν έως σήμερα αφορούν μόνο στη διερεύνηση της προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις διάφορες υγειονομικές δομές και τις σχετικές δυσκολίες που τυχόν ανακύπτουν.

Τα δεδομένα που προέρχονται από το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ και το ΟΓΑ είναι ιδιαίτερα ελλιπή σ'ό,τι αφορά στη συμμετοχή των αλλοδαπών στο σύστημα υγείας και πρόνοιας.

Ειδικότερα, δεν κατέστη δυνατό να συλλεχθούν δεδομένα σχετικά με τους δικαιούχους περίθαλψης, τα έσοδα-έξοδα και τις παροχές προς αλλοδαπούς ασφαλισμένους ανά υπηκοότητα. Επιπλέον, πρέπει να σημειώσουμε ότι ο αριθμός μητρώου των αλλοδαπών που κάθε μετανάστης αποκτά από το Υπουργείο Εσωτερικών δεν καταγράφονταν μέχρι πρότινος μηχανογραφικά σε κανένα από τα τρία ασφαλιστικά ταμεία. Θα ήταν επιθυμητό, τα ασφαλιστικά ταμεία να εισάγουν συστηματικά αυτό τον αριθμό μητρώου στο σύστημα της μηχανογράφησης τους.

Σημαντική κρίνεται επίσης η αποσπασματική καταγραφή βασικών δημογραφικών δεδομένων των ασθενών που κάνουν χρήση του ΕΣΥ γενικότερα και των υπηρεσιών υγείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου ειδικότερα. Η διερεύνηση συνεπώς των διαφοροποιήσεων μεταξύ των μεταναστευτικών ομάδων, ανάλογα με τη χώρα καταγωγής, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, το καθεστώς και τη διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν μιλάμε για υγειονομικό προφίλ μεταναστών, καθίσταται δυσχερής.

Ιδιαίτερο πρόβλημα αποτέλεσε και η αδυναμία ανάκτησης δεδομένων σχετικά με την εθνικότητα των αλλοδαπών που επισκέφθηκαν τόσο το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όσο και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. Ο λόγος ήταν η μη καταγραφή της σημαντικής αυτής παραμέτρου τόσο από το ιατρικό προσωπικό στα επίσημα βιβλία καταγραφής ασθενών εφημερίας, όσο και από το διοικητικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την κίνηση ασθενών, ενώ υπάρχει δυνατότητα καταχώρησης στο πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου.

Τέλος δεν ήταν εφικτό να παρατεθούν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των μεταναστών που αναζήτησαν ψυχιατρική υποστήριξη και έχρηζαν νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου το εν λόγω διάστημα, λόγω άρνησης της κλινικής να διαθέσει οποιαδήποτε σχετική πληροφορία, με τον ισχυρισμό της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των νοσηλευόμενων.

## **7.2 Προτάσεις για την ενίσχυση και βελτίωση της μεταναστευτικής πολιτικής υγείας**

Οι πολιτικές ενσωμάτωσης των μεταναστών στη χώρα υποδοχής προσδιορίζονται και έχουν άμεση σχέση, όπως είναι φυσικό, με τη γενικότερη αντιμετώπιση του κράτους απέναντι στο μεταναστευτικό ζήτημα.

Η μεταναστευτική πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών υποδοχής μεταπολεμικά κινήθηκε σε τρεις άξονες (Μουσούρου, 2003):

- 1) Στην *ενσωμάτωση των μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής*, εξίσωση με τους ντόπιους, χορήγηση δικαιωμάτων (πολιτικών, ιθαγένειας κλπ.). Εφαρμογή δηλαδή μεταναστευτικής πολιτικής που εκφράζει την προώθηση μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας ή την αφομοίωση τους.
- 2) Στην *επιλεκτική αφομοίωση των μεταναστών*. Διαμόρφωση πολιτικών αφομοίωσης που αποβλέπουν στη διαφοροποίηση των διαφόρων εθνικών ομάδων.
- 3) Στην *απόθηση των μεταναστών*, διακοπή του μεταναστευτικού ρεύματος, μείωση του αριθμού των αλλοδαπών εργατών, προώθηση της παλιννόστησης, αντιμετώπιση των μεταναστών ως εργατικής δύναμης και εφαρμογή πολιτικών μη αφομοίωσης.

Η χώρα μας δυστυχώς δεν ακολούθησε ποτέ μια ξεκάθαρη μεταναστευτική πολιτική. Το πλαίσιο αντιμετώπισης του μεταναστευτικού ζητήματος στην Ελλάδα δε βασίζεται σε κανένα από τους παραπάνω άξονες. Αντίθετα η κύρια πρόκληση που αντιμετωπίζει η χώρα μας αναφορικά με την εφαρμογή της μεταναστευτικής πολιτικής που έχει θεσπίσει, αφορά κυρίως στην επιτυχή προσπάθεια περιορισμού της επανόδου των νομιμοποιημένων μεταναστών στην παρανομία, καθώς και στον περιορισμό της εισροής νέων παρανόμων μεταναστών, και σε πολύ μικρότερο βαθμό στην οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωση των νομίμων αλλοδαπών.

Η ενσωμάτωση των αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών είναι μια μακρά διαδικασία που απαιτεί ειδικές δράσεις, προϋποθέτει δε κοινωνικό διάλογο με όλες τις ενδιαφερόμενες πλευρές. Για την επιτυχή εφαρμογή της μεταναστευτικής πολιτικής θα πρέπει να σχεδιαστεί μια συνεκτική και συνολική στρατηγική καθώς και ένα πλαίσιο δράσης, με καθορισμένους πυλώνες και ξεκάθαρους στόχους. Προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να αναπτυχθούν προγράμματα που να αφορούν τους επιμέρους τομείς όπως τις εργασιακές σχέσεις, την κοινωνική ασφάλιση, την υγεία, την παιδεία που θα στοχεύουν στη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης, ενώ θα οδηγούν στην καλύτερη διαχείριση των θεμάτων αυτών και στην πλήρη ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία.

Στις σημερινές συνθήκες υψηλής ανεργίας, η οποία και με τις πιο αισιόδοξες προβλέψεις θα αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για αρκετά ακόμη χρόνια, και προκειμένου να περιοριστεί η ενδεχόμενη όξυνση της αντιπαλότητας στην εργασία, χρειάζεται συνεχής επαγρύπνηση, προϋπόθεση της οποίας είναι η όσο το δυνατόν ακριβής παρακολούθηση των εξελίξεων και η σωστή αξιολόγηση και διαχείριση τους.

Η εθνική μεταναστευτική πολιτική θα πρέπει να αποσκοπεί στην οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωσή των αλλοδαπών μέσω της νομιμοποίησής τους με τη διεύρυνση του θεσμικού πλαισίου καθώς και με την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της λαθρομετανάστευσης. Ενώ παράλληλα θα πρέπει να υπάρξει αποτίμηση της συμβολής των μεταναστών στην αναπτυξιακή πορεία της χώρας.

Ειδικότερα, θα πρέπει να εφαρμοστεί μια *ενιαία πολιτική ένταξης των αλλοδαπών μεταναστών*. Αυτό σημαίνει ότι η πολιτεία θα ορίσει τα κριτήρια σχετικά με την ανανέωση των αδειών διαμονής και εργασίας, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα πολιτογράφησης των μεταναστών. Τα κριτήρια αυτά θα μπορούσαν να είναι ο βαθμός γνώσης της ελληνικής γλώσσας, η διαπολιτισμική σχέση με την ελληνική κοινωνία (μικτοί γάμοι, ύπαρξη παιδιών που μεγάλωσαν στην Ελλάδα), ο χρόνος διαμονής στην Ελλάδα, ο βαθμός ενσωμάτωσης του αλλοδαπού πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό της χώρας, η οικονομική ένταξη τους.

Θα πρέπει οπωσδήποτε να αποφευχθούν φαινόμενα ανεπαρκών και ελλειμματικών διοικητικών διαδικασιών αναφορικά με την ανανέωση των αδειών, που οδηγούν στη πλημμελή ένταξη του υπάρχοντος μεταναστευτικού πληθυσμού που επιθυμεί να ενσωματωθεί στον κοινωνικό ιστό της χώρας υποδοχής. Μια μεταναστευτική πολιτική που δεν επιτρέπει τη νομιμοποίηση των μεταναστών επηρεάζει άμεσα τόσο τον αλλοδαπό πληθυσμό στερώντας του βασικά δικαιώματα και υποχρεώνοντας τον να ζει παράνομα, όσο και έμμεσα το γηγενή πληθυσμό επιτείνοντας φαινόμενα ρατσισμού και ξενοφοβίας.

Ιδιαίτερα, οι επιμέρους εφαρμοζόμενες πολιτικές στο χώρο της υγείας θα πρέπει να στοχεύουν πρωτίστως στη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης και των επιλογών της προνοιακής πολιτικής για τους αλλοδαπούς. Τέλος, κρίσιμη κρίνεται και η δυνατότητα διεύρυνσης των δικαιωμάτων πρόσβασης των μεταναστών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Ιδιαίτερα για το χώρο της υγείας και πρόνοιας θα πρέπει να υπάρξουν δομικές αλλαγές κυρίως όσον αφορά:

**1. Τον τρόπο συγκέντρωσης στατιστικών στοιχείων: Βελτίωση και προσαρμογή στα σημερινά δεδομένα**

Η ανάκτηση δεδομένων αναφορικά με το πλήθος των μεταναστών δικαιούχων περίθαλψης, τα έσοδα-έξοδα αλλά και τις παροχές προς αλλοδαπούς ασφαλισμένους ανά υπηκοότητα είναι ζωτικής σημασίας για τη σχεδίαση και εφαρμογή μια αποτελεσματικής πολιτικής προαγωγής υγείας και περίθαλψης του αλλοδαπού πληθυσμού. Για το λόγο

αυτόν θα πρέπει να δημιουργηθούν τα αντίστοιχα απογραφικά δελτία και να υπάρξει ένα ηλεκτρονικό σύστημα που να συγκεντρώνονται τα στοιχεία αυτά.

Είναι απαραίτητο επίσης, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να διερευνήσουν ποια στοιχεία μπορούν να συλλεχθούν άμεσα ώστε να δημιουργηθεί μια πρώτη βάση δεδομένων. Απαραίτητη δε, κρίνεται και η τροποποίηση των μηχανογραφικών δελτίων τουλάχιστον των τριών βασικότερων ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ, ΤΕΒΕ και ΟΓΑ ώστε να συλλέγονται περισσότερες και πιο ομοιογενείς πληροφορίες σχετικά με τους αλλοδαπούς και την χρήση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας που κάνουν.

Στη παραπάνω λογική βασίζεται και η πρόταση κατάρτισης και δημιουργίας νέων μηχανογραφικών απογραφικών δελτίων, όμοια για όλες τις μονάδες περίθαλψης του ΕΣΥ ανά τη χώρα, για την καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύονται στα Νοσοκομεία.

## **2. Τη διαμόρφωση υγειονομικής βάσης δεδομένων**

Από την όλη ανάλυση προκύπτει ότι το ζήτημα του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας κυρίως σε επίπεδο δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τους μετανάστες, αλλά και της ανάγκης νοσηλείας μέρους αυτών απαιτείται να καταγράφεται και να μελετάται συστηματικά και με συνέπεια. Επομένως, η πρόταση που διατυπώνεται αφορά στη διαμόρφωση αρχικά ενός τμήματος στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας που να λειτουργεί ως «**Παρατηρητήριο**» της περίθαλψης των μεταναστών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Το «**Παρατηρητήριο**» θα συμβάλλει ώστε να δημιουργηθεί ένα **πρότυπο βάσης δεδομένων** όπου να καταγράφονται όλα τα στοιχεία των νοσηλευόμενων μεταναστών, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους ανά φύλο, ηλικία και υπηκοότητα αλλά και τα επιδημιολογικά γνωρίσματα κάθε εθνοτικής ομάδας, ώστε να είναι εφικτές αποτελεσματικές συγκρίσεις με τον Ελληνικό πληθυσμό. Σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται οι μετανάστες σαν μία ομοιογενή ομάδα.

Τα στοιχεία πρέπει να συλλέγονται με σκοπό την παρακολούθηση των υγειονομικών εξελίξεων και όχι στα πλαίσια της γραφειοκρατικής καθημερινότητας και μόνο, μιας και τα στοιχεία που συλλέγονται κατά αυτόν τον τρόπο είναι συχνά ανεπαρκή για τους σκοπούς των ερευνητών και των πολιτικών αρχών, ενώ η τακτική δημοσιοποίηση των στατιστικών στο Ίντερνετ θα έπρεπε να είναι ο κανόνας, όχι η εξαίρεση.

**Στόχος του Παρατηρητηρίου** θα πρέπει να είναι η διαμόρφωση μίας δεξαμενής άντλησης πληροφοριών για την εκάστοτε κοινωνική ομάδα που ανήκουν οι μετανάστες,

καθώς και η ανάδειξη βασικών ζητημάτων και προβλημάτων που ανακύπτουν αναφορικά με το επίπεδο υγείας και τις υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών. Η διαμόρφωση ωστόσο μίας λειτουργικής βάσης προαπαιτεί τη συνεργασία πολλών φορέων που ασχολούνται άμεσα ή έμμεσα με το ζήτημα των μεταναστών και της περίθαλψής τους.

**Στόχος της νέας βάσης** θα είναι να εξυπηρετεί κάθε χρήστη και να απευθύνεται όχι μόνο σε φορείς, οργανισμούς ή ειδικούς σε αρμόδια ζητήματα μεταναστών, αλλά ακόμη και στον απλό πολίτη που αναζητά πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά των μεταναστών και ειδικότερα των νοσηλευομένων.

### **3. Τη φιλοσοφία προσέγγισης του φαινομένου**

Με τις αλλαγές που έχει υποστεί η ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια, τα νοσοκομεία έχουν αλλάξει κατά πολύ ύφος και χαρακτήρα, αφού δέχονται καθημερινά πλήθος μεταναστών. Το σύστημα υγείας πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες φροντίδας και περίθαλψης των αλλοδαπών. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, λοιπόν, να υπάρχει ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του προσωπικού για τα διαφορετικά κοινωνικο-πολιτιστικά δεδομένα εθνικοτήτων που εισέρχονται στην Ελλάδα. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με την ύπαρξη σεμιναρίων στα πλαίσια του νοσοκομείου προς ενημέρωση του προσωπικού.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα είναι η δυσκολία προσαρμογής των μεταναστών στα πρότυπα της χώρας μας. Η ύπαρξη διερμηνέα ή μιας ειδικής υπηρεσίας στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και εκτός νοσοκομείου θα συνέβαλε σημαντικά. Επιπλέον η βελτίωση των υποδομών στα δημόσια νοσοκομεία, με μεθόδους που ήδη χρησιμοποιούνται στο εξωτερικό (ερωτηματολόγια στη γλώσσα τους, προγράμματα αυτόματης μετάφρασης κ.τ.λ.) θα βοηθήσουν στην αποτελεσματικότερη ένταξη των μεταναστών στο σύστημα υγείας της χώρας.

Καθοριστικό ρόλο στην αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο διαδραματίζει και η σχεδόν ολοκληρωτική έλλειψη ενημέρωσης των αλλοδαπών για τις υπάρχουσες δομές υγείας. Σημαντική είναι και η δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες αναφορικά με τη χρήση της τηλεφωνικής γραμμής για την υγεία, 1535, όπου είναι και ο επίσημος τρόπος δέσμευσης ραντεβού για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Δυστυχώς, η συγκεκριμένη πλατφόρμα είναι σχεδιασμένη για να εξυπηρετεί άτομα που γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα, τουλάχιστον σε ικανοποιητικό βαθμό, μια που η διαδικασία κατοχύρωσης ραντεβού είναι μόνο στην επίσημη γλώσσα του κράτους.



Πρόσφατη μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου δείχνει ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Γιατροί του Κόσμου – Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο, 2007).

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου η προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνεται παρόλο που τυπικά διαπιστώνεται άρνηση πρόσβασης. Η παρατυπία πράγματι φαίνεται να χαρακτηρίζει τις οδούς πρόσβασης των μεταναστών στην περίθαλψη εκτός αλλά και εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Kotsionis & Hatziprokoriou, 2008).

Έτσι συχνά είναι τα παραδείγματα όπου μετανάστες "χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα" εξυπηρετούνται από τις δομές του ΕΣΥ, καθώς οι λειτουργοί υγείας αγνοώντας το "γράμμα του νόμου" διευκολύνουν την πρόσβαση των άτυπων μεταναστών στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Έτσι μια μάλλον κοινή στρατηγική μεταξύ των μεταναστών "χωρίς χαρτιά" που έχουν ανάγκη πρόσβασης σε νοσοκομείο είναι να χρησιμοποιούν τα επείγοντα. Τα στοιχεία αδημοσίευτης έρευνας σε μεγάλο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης καταμετρούν το ποσοστό των αλλοδαπών ασθενών που καταφεύγουν στα επείγοντα σε 88% μεταξύ των ανασφάλιστων, αλλά και σε 58,8% μεταξύ των ασφαλισμένων μεταναστών (Kotsionis & Hatziprokoriou, 2008). Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η ανάγκη ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού για το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τα ζητήματα υγείας και πρόνοιας των μεταναστών. Αυτό κατέδειξε και η έκθεση για την υγεία των μεταναστών, που διεξήχθη το Μάρτιο του 2009, για λογαριασμό της **MIGHEALTHNET** (Information network on good practice in health care for migrants and minorities).

Υψηστής σημασίας στην ανάπτυξη μιας επιτυχημένης προνοιακής πολιτικής αποτελεί η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας και προληπτικής ιατρικής σε ομάδες μεταναστών.

Με δεδομένο ότι οι μετακινούμενοι πληθυσμοί μεταφέρουν στον τόπο προορισμού το επιδημιολογικό πρότυπο της περιοχής προέλευσης όπως και τους πολιτισμικούς και κοινωνικούς κώδικες σχετικά με τα προβλήματα υγείας, οι κίνδυνοι εμφάνισης νέων ασθενειών αποτελούν μια σημαντική διάσταση του προβλήματος.

Το Υγειονομικό σύστημα της χώρας μας σήμερα δεν διαθέτει τις απαραίτητες υποδομές για να αντιμετωπίσει τους άμεσους κινδύνους και επιπτώσεις στην δημόσια υγεία. Τα προβλήματα υγείας όμως των πληθυσμών ο οποίοι μεταναστεύουν προς την

Ελλάδα μπορούν να προκαλέσουν πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους στο εσωτερικό της χώρας, με αποδέκτες είτε τους ίδιους τους μετανάστες, είτε τον πληθυσμό υποδοχής.

Κρίνεται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη αποτύπωσης του υγειονομικού προτύπου των μεταναστών. Η καταγραφή και αξιολόγηση των ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, βοηθά στην κατευθυνόμενη δράση α'βάθμιας και β'βάθμιας πρόληψης που επιβάλλεται τόσο για ανθρωπιστικούς λόγους όσο και για λόγους προάσπισης της Δημόσια Υγείας.

Βασικός στόχος λοιπόν θα πρέπει να είναι ο σχεδιασμός αποτελεσματικών μηχανισμών για την κατανόηση μέσω της αναλυτικής καταγραφής και αξιολόγησης των προβλημάτων υγείας των μεταναστών και η παροχή σε αυτούς υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις διεθνείς συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Σημαντικές παράμετροι για την επίτευξη των παραπάνω είναι η συντονισμένη, ταχεία και αποτελεσματική δράση των αρμόδιων αρχών, καθώς και η κινητοποίηση των τοπικών κοινοτήτων υποδοχής.

Επιπροσθέτως, σημαντικό θα ήταν να υπάρξει ενίσχυση του θεσμού των Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας και δημιουργία συντονιστικού δικτύου συνεργασίας με άλλους φορείς. Μεγάλης σημασίας κρίνεται και η συστηματική παρακολούθηση του υγειονομικού προφίλ του μεταναστευτικού πληθυσμού βάσει φύλου και υπηκοότητας. Επίσης και η δημιουργία προγραμμάτων επιμόρφωσης των στελεχών δημόσιας υγείας αλλά και του τοπικού πληθυσμού είναι επιβεβλημένη. Ενώ ύψιστης σημασίας θεωρείται η ανάπτυξη και προώθηση προγραμμάτων εμβολιασμού καθώς και η ανάπτυξη προγραμμάτων πρώιμων στοχοκατευθυνόμενων (διαγνωστικών και θεραπευτικών) παρεμβάσεων.

Οι αναμενόμενες ωφέλειες σε εθνικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών από τη ανάληψη των προαναφερθέντων δράσεων είναι μεγάλες, μιας που θα επιτευχθεί συστηματική παρακολούθηση του επιδημιολογικού προφίλ των μεταναστών (database), ανάπτυξη δραστηριοτήτων πρόληψης και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών πρόληψης από τους μετανάστες.

Η εφαρμογή των μέτρων αναβάθμισης των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα συμβάλουν στην αποτροπή του πανικού και της ξενοφοβίας στις τοπικές κοινότητες υποδοχής καθώς και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των νόμιμων και παράνομων μεταναστών

Τέλος διορθωτικές αλλαγές κρίνονται αναγκαίες και σε ζητήματα ασφάλισης μιας που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προνοιακή πολιτική. Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία η νόμιμη διαμονή των αλλοδαπών στη χώρα μας είναι συνδεδεμένη με τη νόμιμη εργασία τους. Θα πρέπει να αποσυνδεθεί για να μειωθεί η υψηλή παράνομη διαμονή που παρατηρείται σήμερα.

Επίσης θα πρέπει να εξορθολογηστούν τα κατώτερα όρια εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία για τη δικαιολόγηση της πλήρους ασφάλισης. Απόφαση που θα οδηγήσει αναπόφευκτα στην σταδιακή αύξηση των εισφορών. Τα όρια αυτά σήμερα είναι σχετικά χαμηλά, ενδεικτικά να αναφέρουμε ότι στο ΙΚΑ είναι 40 ημέρες στην οικοδομή και 50 ημέρες σε άλλες δραστηριότητες, ενώ τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ, το κράτος πληρώνει περίπου τα 2/3 της ασφάλισης.

Αρχικά, το γενναιόδωρο αυτό σύστημα ίσχυσε για να καλύψει τους Έλληνες που δεν μπορούσαν να δικαιολογούν πολλές ημέρες εργασίας. Ωστόσο, σήμερα θα μπορούσε να λειτουργήσει περισσότερο υπέρ των μεταναστών (και εν μέρει υπέρ των Ελλήνων) που δεν δηλώνουν πολλές ημέρες εργασίας (βλέπε Κεφάλαιο 3). Έτσι, δημιουργείται μια διάκριση μεταξύ ελλήνων και αλλοδαπών. Επομένως, προτείνεται να αυξηθούν σταδιακά αυτά τα κατώτατα χρονικά όρια (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν, 2005β).

Τέλος, προς την κατεύθυνση **εξασφάλισης αποτελεσματικότερης εξυπηρέτησης των μεταναστών και ευχερέστερης πρόσβασής τους στις κοινωνικές υπηρεσίες**, θετική απήχηση θα είχε η ανάπτυξη ενός πλέγματος δράσεων αναφορικά με τη δημιουργία υπηρεσιών πληροφόρησης και εξυπηρέτησης μεταναστών, οι οποίες θα λειτουργούν στο πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης. Τη δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης και διαμεσολάβησης μεταναστών. Τη δημιουργία του θεσμού του συνηγόρου του μετανάστη που θα προάγει και θα προστατεύει τα συμφέροντα και δικαιώματα των αλλοδαπών. Την εκπαίδευση και κατάρτιση εξειδικευμένων στελεχών στις νομαρχίες για την καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τον αλλοδαπό πληθυσμό. Την προαγωγή της εκπαίδευσης των μεταναστών σε γλωσσικά ζητήματα με τη δημιουργία προγραμμάτων εκμάθησης της Ελληνικής γλώσσας, που θα οδηγήσουν στη γρηγορότερη ενσωμάτωση τους αλλά και στην άρση ζητημάτων κοινωνικού αποκλεισμού που ανακύπτουν από την έλλειψη γνώσης της γλώσσας της χώρας υποδοχής.

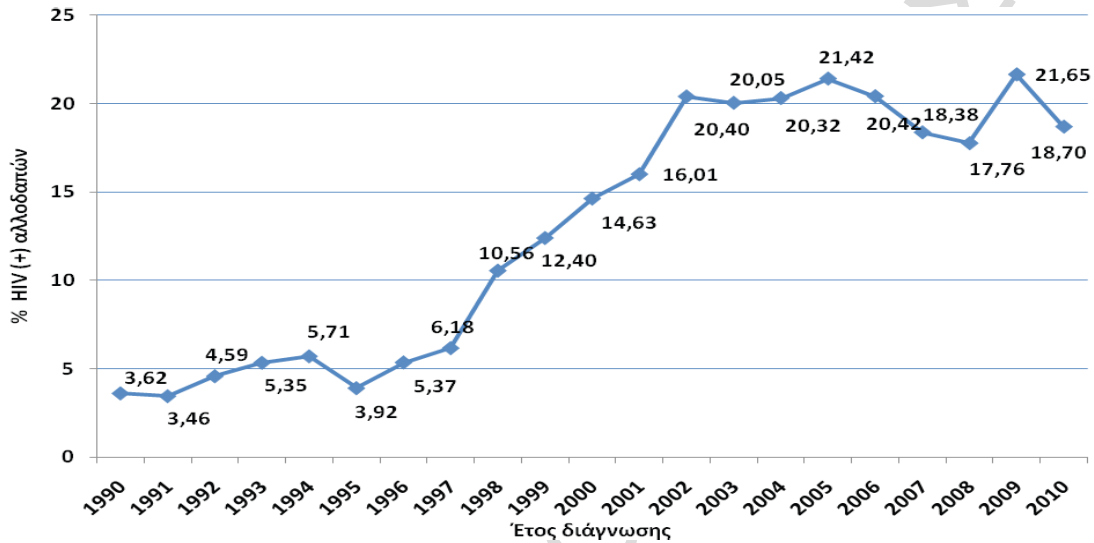
### 7.3 Ζητήματα που χρειάζεται να διερευνηθούν:

- ✚ Να προσδιοριστούν οι ανάγκες της Ελλάδας όσον αφορά το μέγεθος των μεταναστευτικών εισροών.
- ✚ Να εξεταστεί η θέση της Ελλάδας ως προς τα μεταναστευτικά ρεύματα. Πιο συγκεκριμένα, η χώρα μας θα συνεχίσει να ελκύει ή όχι οικονομικούς μετανάστες τα 10/20 επόμενα χρόνια;
- ✚ Να αποσαφηνιστεί η πολιτική που θα ακολουθηθεί από την πολιτεία όσον αφορά την μετανάστευση και από την οποία θα προσδιοριστεί και η συμμετοχή και το κόστος των ασφαλισμένων αλλοδαπών στο σύστημα υγείας και πρόνοιας.
- ✚ Με βάση τα δεδομένα που θα συγκεντρώνονται από τα Ταμεία θα πρέπει να διερευνηθεί αν τα έξοδα/έσοδα των αλλοδαπών στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης διαφέρουν κατά μέσο όρο ή όχι από αυτά των Ελλήνων, διατηρώντας όλες τις μεταβλητές ίδιες.
- ✚ Να διερευνηθεί εάν οι πρακτικές χρήσης του συστήματος υγείας και πρόνοιας από τους μετανάστες είναι διαφορετικές από αυτές των Ελλήνων, όπως για παράδειγμα η χρήση-κατανάλωση φάρμακων, οι ημέρες νοσηλείας, κλπ., με βάση τις βασικές κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο, επάγγελμα, οικονομικός κλάδος, εισόδημα).
- ✚ Να διερευνηθεί η επίδραση της μελλοντικής γήρανσης των αλλοδαπών (σε 20 χρόνια) και συνταξιοδότησης αυτών από το εθνικό σύστημα υγείας.
- ✚ Να επανεξεταστεί η προοπτική της πολιτογράφησης μέρους από τους οικονομικούς μετανάστες
- ✚ Να εξεταστεί η χρήση του συστήματος υγείας και πρόνοιας που γίνεται σήμερα από τους λαθρομετανάστες. Η πιλοτική διερεύνηση που διενεργήσαμε σ'ένα δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο έδειξε ότι μόνον 3% των αλλοδαπών που νοσηλεύτηκαν ήταν αλλοδαποί ανασφάλιστοι με βιβλιάριο απορίας.
- ✚ Να εξεταστεί εάν υπάρχουν μετανάστες που έρχονται στην Ελλάδα (μόνιμα ή όχι) αποκλειστικά για να χρησιμοποιήσουν το σύστημα υγείας (νοσοκομεία), με κρατική συμφωνία ή χωρίς (βλέπε σχετική εγκύκλιο Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).
- ✚ Να εξεταστεί εάν παρατηρείται διαφορετική χρήση του συστήματος υγείας και πρόνοιας από τους αλλοδαπούς τόσο στο πλαίσιο της ίδιας κατηγορίας (π.χ. ανειδίκευτοι εργάτες) όσο και συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

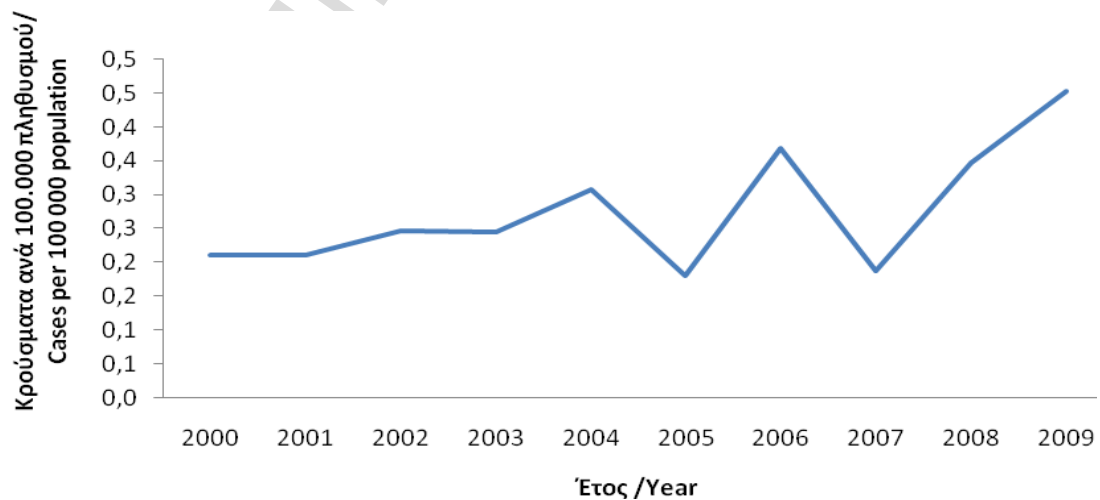
Ποσοστά αλλοδαπών με HIV λοίμωξη επί του συνόλου των διαγνωσθέντων περιπτώσεων HIV, ανά έτος.



Πηγή: Ενημερωτικό Δελτίο ΚΕΕΛΠΝΟ, Δεδομένα Επιδημιολογικής Παρατήρησης, Μάρτιος 2011

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

Διαχρονική εξέλιξη της δηλούμενης επίπτωσης της ελονοσίας στην Ελλάδα, 2000-2009



Πηγή: Επιδημιολογικά δεδομένα για την Ελονοσία στην Ελλάδα, 2005-2009, Έκθεση ΚΕΕΛΠΝΟ

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

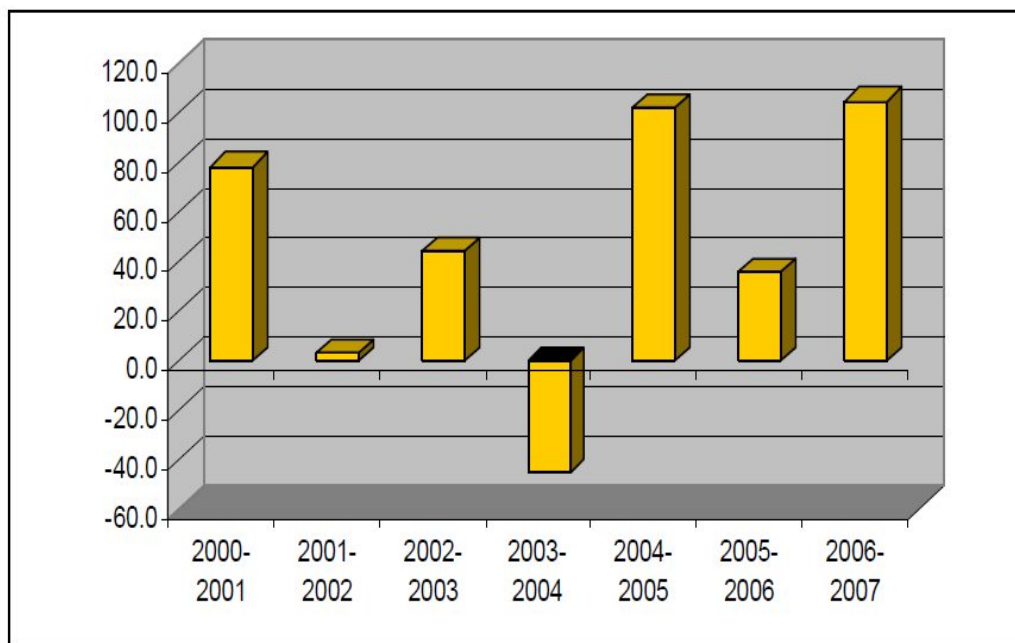
*Οι συχνότερες φυσικές ασθένειες και καταστάσεις που απαντώνται, και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, σε πρόσφυγες, παγκοσμίως.*

Υποσιτισμός	Σύφιλη
Ηπατίτιδα Β	AIDS
Φυματίωση	Διαρροϊκά Σύνδρομα
Ελονοσία	Ανοσοανεπάρκεια
Ρευματικές καρδιοπάθειες	Νεογνικός τέτανος
Παρασιτώσεις εντέρου	Ψώρα
Οδοντιατρικά προβλήματα	Πνευμονοκοκκιώσεις

Πηγή: Kemp & Rasbridge, 1999-2006

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

*Ποσοστιαία μεταβολή του αριθμού των αιτούντων για πρώτη φορά άσυλο την περίοδο 2000-2007*



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2007, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm>

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

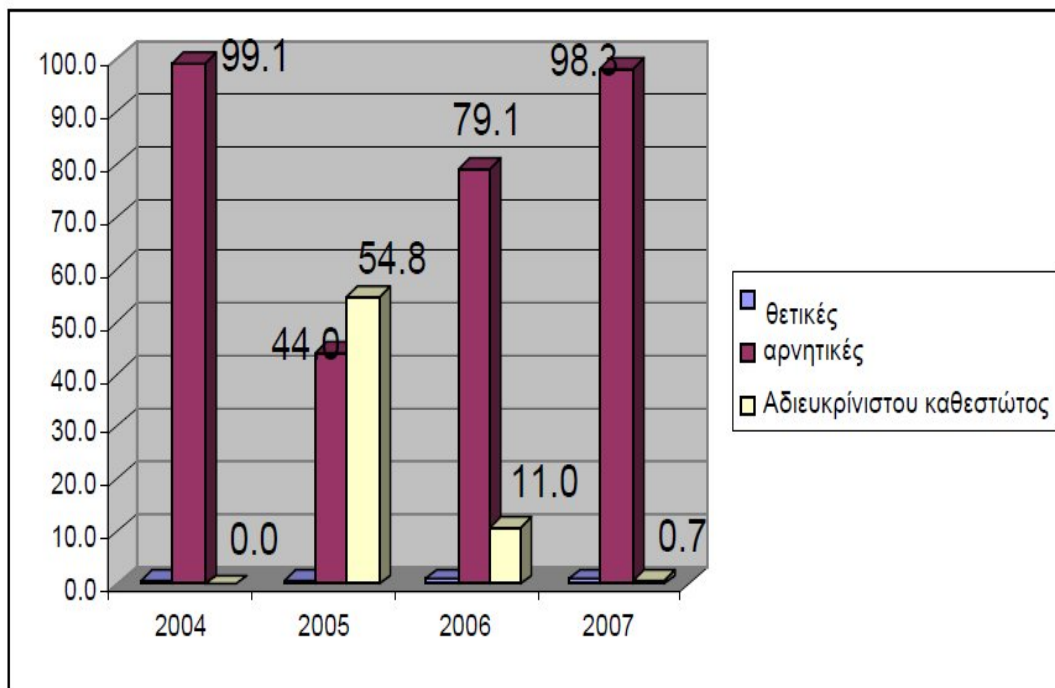
Αριθμός αιτούντων ασύλου

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Αριθμός αιτήσεων για άσυλο</b>	<b>3085</b>	<b>5500</b>	<b>5665</b>	<b>8180</b>	<b>4470</b>	<b>9050</b>	<b>12265</b>	<b>25115</b>
		2001-2000	2002-2001	2003-2002	2004-2003	2005-2004	2006-2005	2007-2006
<b>Μεταβολή %</b>		<b>78,3</b>	<b>3,0</b>	<b>44,4</b>	<b>-45,4</b>	<b>102,5</b>	<b>35,5</b>	<b>104,8</b>

Πηγή: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm>

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

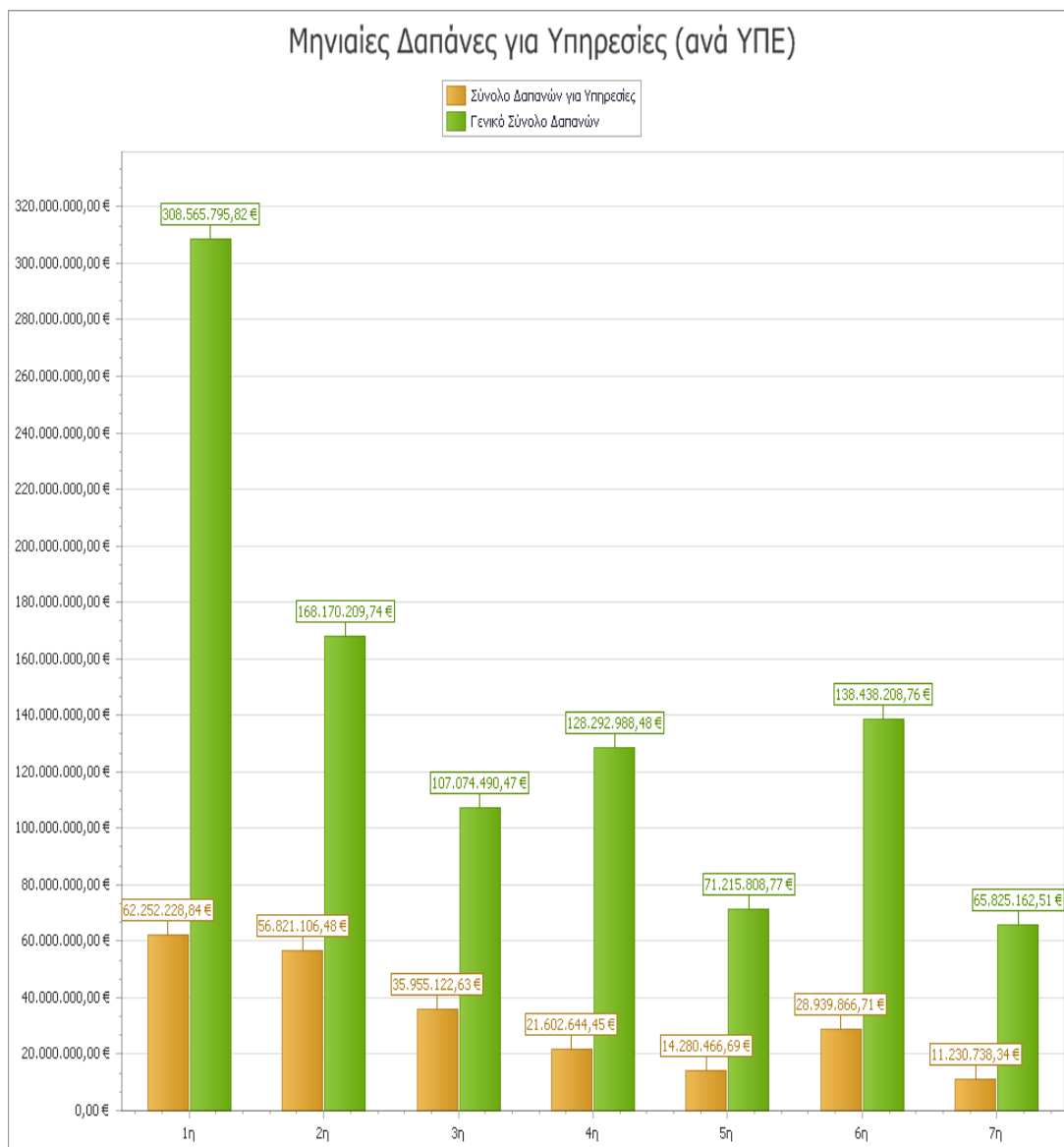
Αριθμός θετικών και αρνητικών αποφάσεων σε αίτημα ασύλου στην Ελλάδα



Πηγή: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm>

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

Μηνιαίες δαπάνες για υπηρεσίες ανά ΥΠΕ

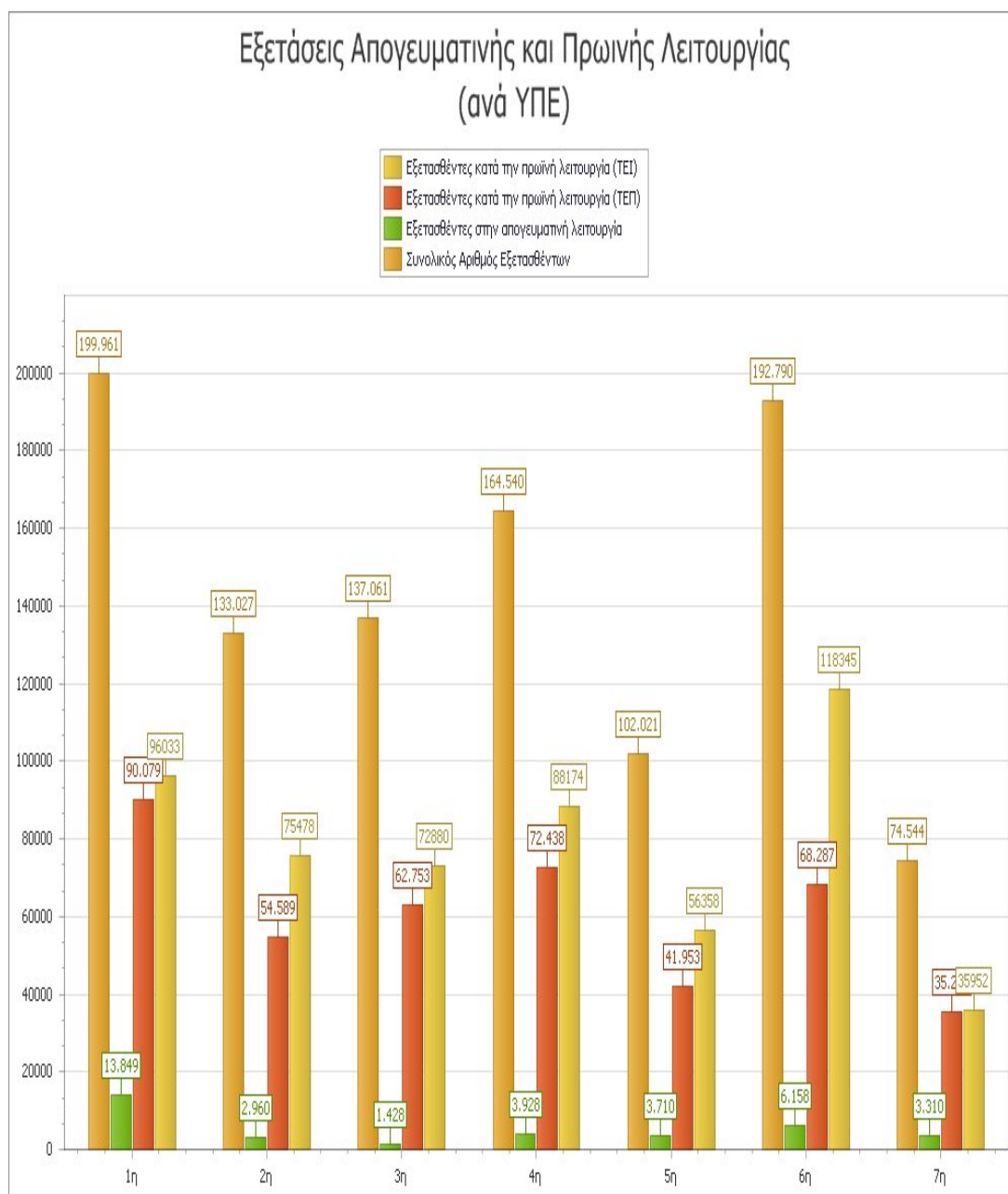


Πηγή: ESY.net.Reports : Οικονομικά (συνολικά) - Νοσηλευτική Κίνηση, 2011



## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

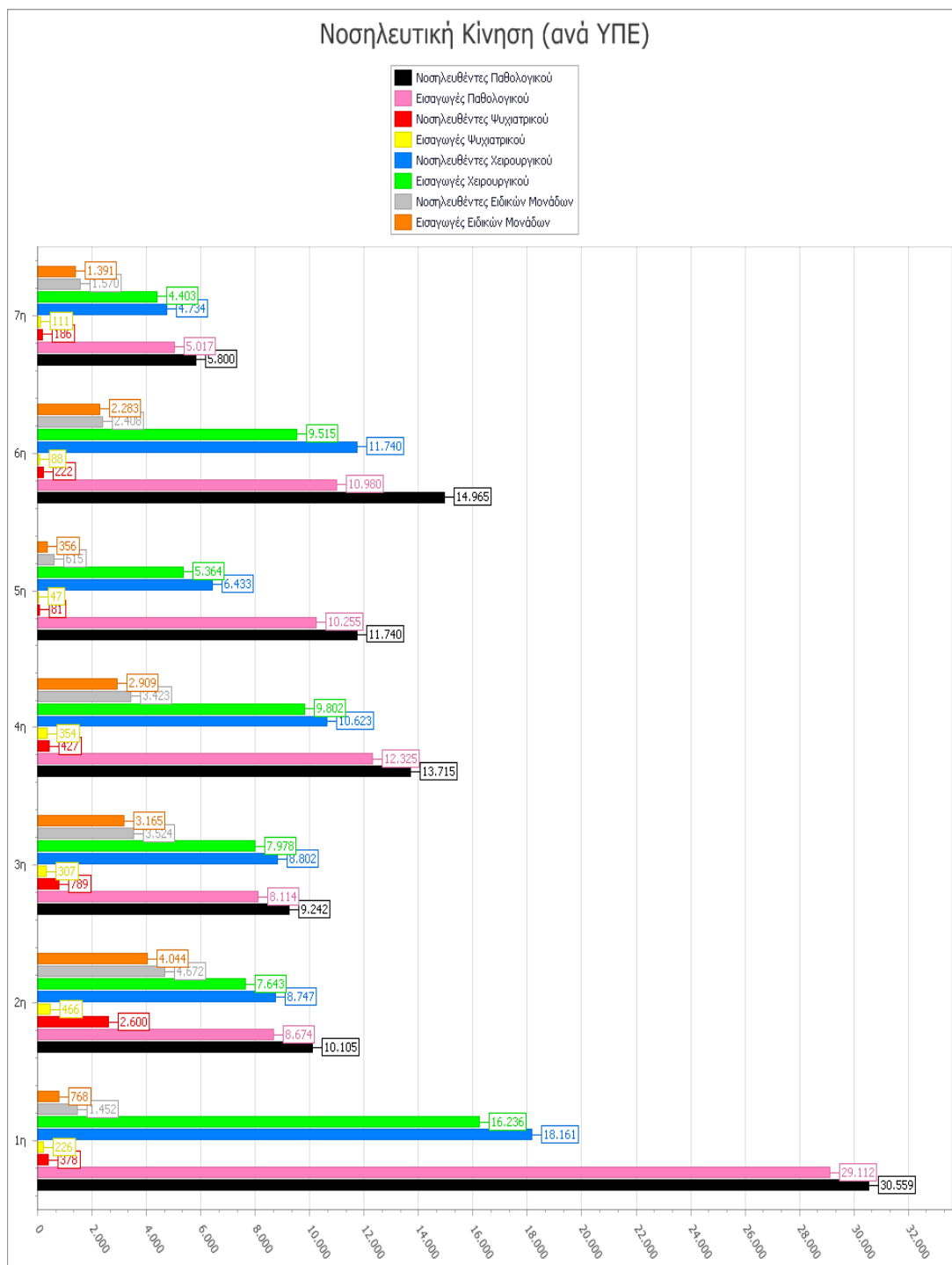
Αριθμός εξετασθέντων ανά ΥΠΕ σε απογευματινή και πρωινή λειτουργία



Πηγή: ESY.net.Reports : Οικονομικά (συνολικά) - Νοσηλευτική Κίνηση 2011

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

### Νοσηλευτική κίνηση ανά ΥΠΕ



Πηγή: ESY.net.Reports : Οικονομικά (συνολικά) - Νοσηλευτική Κίνηση 2011

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Alexe D.M., Petridou E., Dessypris N., Skenderis N. and Trichopoulos D. (2003), «Characteristics of farm injuries in Greece». *Journal of Agricultural Safety and Health*, 9(3):233-40.
- Anagnostopoulos D. C., Vlassopoulou M., Rotsika V., Pehlivanidou H., Legaki L., Rogakou E., Lazaratou H. (1994), «Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' Children and their Families». *International Migration*, 32(1):29-47.
- Burnett A, Peel M., (2001), «Health needs of asylum seekers and refugees». *BMJ*, 2001, 322:544-547.
- Borjas G.J, Freeman R. B & Katz L.F (1991): On the labor market effects of immigration and trade, *NBER Working Paper, No. 3761*, Cambridge, Mass.
- Borjas H. J (1996), *Labor Economics*, The McGraw-Hill Companies, Inc. (εκδόσεις Κριτική για την ελληνική έκδοση του εν λόγω βιβλίου).
- Castles, S. & Kosack, G.(1973), «Immigrant workers and the class structure in Western Europe», *Oxford University Press*.
- Coca E.,(1995), *Les inégalités entre hôpitaux*, Paris, Berger-Levrault, ή (1998) *Hôpital silence*, Paris, Berger-Levrault.
- Cooper H., Smaje C., Arber S. (1998), Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of national survey. *BMJ*, 1998, 317:1047-1051.
- Cots F., Castells X., et al, (2007), Impact of immigration on the cost of emergency in Barcelona Spain). *BMC Health Service Research* 2007, 7:9.
- Eisenstadt, S.N. (1953). Analysis of patterns of immigration and absorption of immigration. *Population Studies*, 7(2), 167-180.
- European Commission (2008a), *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Edition of Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, E.C.
- Fakiolas R., (1995), «Italy and Greece: from Emigrants to Immigrants», στο Robin Cohen, *The Cambridge Survey of World Migration*, Cambridge University Press, 1995, p. 313-315.

- Favell A. & Hansen R. (επιμέλεια), (2002), “EU Enlargement and East-West Migration”, στο *Journal of Ethnic and Migration Studies*, ειδικό τεύχος. 28(4), Οκτώβριος.
- Flores G, Abreu M., et al., (1998), Access barriers to health care for Latino children. *Arch Pediatric Adolesc Med*, 1998, 152:1119-1125.
- Ham C. (1997), Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997, 42:49–66.
- Ham C, Coulter A. (2001), Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *J Health Serv Res Policy* 2001, 6:163–169.
- Hatziprokopiou P. (2004), «Balkan immigrants in the Greek city of Thessaloniki: local processes of incorporation in international perspective». *European Urban and Regional Studies*, 11 (4): 321–338.
- Huber, M., Maucher, M. & Sak, B. (2008), *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union: Final Synthesis Report*. Brussels: DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Huntley B., Thomposon W. (1989), “Migration: Species’ Response to Climatic Variations Caused by Changes in Earth’s Orbit”. *Journal of Biogeography*, Vol. 16, 5-19.
- Ingleby D., Climienti M., Ormond M., De Freitas C. (2005), The role of health in integration. In Fonseca M.L. and Malheros J. (eds.). *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 State of the art report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n<sup>o</sup> 67, pp. 88-119.
- Kanavaki S., Nikolaou S., Karampela S., Papavasiliou A., Skroumpelou A., Varonou E., Papageorgiou P., Kontos F., Anagnostou S., Raftopoulou A., Koumantakis P., Tamvakis V. (2005), «Changes in the epidemiology of tuberculosis in Greece due to continuing immigration». *Pneumon*, 18(1):84-92.
- Kapiriri L, Norheim O. (1999), Criteria for priority setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders’ values. *Bulletin of the World Health Organization* 2004, pp.82
- Kassimis C., Papadopoulos A. (2005), The multifactional Role of Migrants in Greek Countryside: Implications for Rular Economy and Society. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 31(1):.99-127.

- Kemp C., Rasbridge L., “Refugee and Immigrant Health”, article: “Refugee Health”, 1999-2006, [http://www3.baylor.edu/~Charles\\_Kemp/refugee\\_health\\_problems.htm](http://www3.baylor.edu/~Charles_Kemp/refugee_health_problems.htm),
- Kolaitis G., Tsiantis J., Madianos M. and Kotsopoulos S. (2003), «Psychosocial adaptation of immigrant Greek children from the former Soviet Union». *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(2):67-74.
- Kolovos P. (2006), «Priority setting in the planning of health care services». *General Article, NOSILEFTIKI*, 2006, 45(1):32– 40.
- Kotsioni, I. and Hatziprokopiou, P. (2008), «Coping with the gaps in health provision for migrants in Greece», paper presented at the IMISCOE Cluster B5 Workshop Migration, Integration and the Internationalisation of Health Care, Lisbon, 17-18 April 2008.
- Martin D, Singer P. (2003), A strategy to improve priority setting in health care institutions. *Health Care Analys* 2003,11:59–68.
- Mitton C, Donaldson C. (2004), Health care priority setting: principles, practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc.* 2004, 22:3.
- Mitton C, Donaldson C. (2003a), Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy* 2003, 64:335–348.
- Mitton C, Donaldson C. (2003b), Tools of the trade: a comparative analysis of approaches to priority setting in health care. *Health Serv Manage Res* 2003, 16:96–105.
- Morredam M., Krasnik A., et al (2004), Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health*, 2004, 32:53-59.
- Morredam M., Krasnik A. (2005), Access to health care for asylum seekers in the European Union-a comparative study of country policies. *Eur J Pub Health*, 2005, 16:285-289.
- Morredam M., Krasnik A., et al (2004), Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health*, 2004, 32:53-59.
- Nikolopoulos G., Arvanitis M., Masgala A. and Paraskeva D. (2005), «Migration and HIV epidemic in Greece». *European Journal of Public Health*, 15(3):296-299.

- OECD, (2004), «Summary Record of the 6th Meeting of Experts in National Health Accounts», Paris, France.
- OECD (2004), Learning for Tomorrow's World, First Results from PISA 2003, Paris, France.
- OECD, (2009), «Health Data» στο [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata), (τελευταία πρόσβαση 2/8/2011).
- Pace, P. (ed.) (2007), *Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments*. IOM: International Migration Law N°12.
- Page Moch L. (1995), “Moving Europeans: Historical Migration Practices in Western Europe”, στο Robin Cohen, The Cambridge Survey of World Migration, *Cambridge University Press*, 1995, p.126-129.
- Pantazis K., D., Elefsiniotis I., S., Brokalaki H. (2008), New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece. *Gastroenterology Research and Practice*. Published online 2008 April 6.
- Psimmenos, I. and Georgoulas, S. (2001), *Migration Pathways: a historic, demographic and policy Review of the Greek case*, IAPASIS, Brussels , EUI/European Commission Community Research.
- Sanjek R. (2003), “Rethinking migration, ancient to future”. *Global Network*, Vol. 3, 315-336.
- Schnapper D. (1991), *La France de l' integration*, *Sociologie de la nation en 1990*, Gallimard, Paris.
- Sinnerbrink I, Silove D, et al., (1996), «Asylum seekers: general health status and problems with access to health care». *BMJ* 1996;165:634-637.
- Smaje C., Le Grand J. (1997), Ethnicity, equity and the use of the health services in British NHS. *Soc Sci Med*, 45:485-496.
- Stiglitz J.E (1974), “Alternative theories of wage determination and unemployment in LDCs : the labor turnover model?”, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 88(2).
- Walker P., Jaranson J., (1999), «Refugee and immigrant health care. *Med Clin North Am*» 1999, 83:1103-1120.
- Wallace, C. & Stola D. (επιμέλεια) (2001), *Patterns of Migration in Central Europe*. London: Palgrave.

- Wallace C. (2002), "Opening and closing borders: migration and mobility in East Central Europe", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(4), p. 603-625.
- Watters C. (2002), «Migration and mental health care in Europe: report of preliminary mapping exercise.», *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28:153-172.
- WHO (2008a), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2008b), *Migrant Health*. Resolution passed at the Sixty-first World Health Assembly on May 24th (WHA61.7) . Geneva: World Health Organization.
- WHO (2009), «World Health Statistics 2009», WHO.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αρβανιτίδης Π., Σκούρας Δ. (2008), Μετανάστες και Πρότυπα Χωροθέτησης τους στο Π.Σ. Αθηνών. 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Διεθνής Πολιτικής Οικονομίας, Ινστιτούτο Διεθνών Οικονομικών Σχέσεων.
- Βακαλόπουλος Κ. (2010), «Χωρική κατανομή των μεταναστών στον αστικό ιστό και το δίπολο ένταξη/αποκλεισμός. Το παράδειγμα της Αθήνας». Διπλωματική εργασία στο ΠΜΣ «Εφαρμοσμένη Γεωγραφία και Διαχείριση Χώρων», Τμήμα Γεωγραφίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2010.
- Γαϊτανίδου Ε., (2000), «Η περιθαλψη του μετανάστη ασθενή στην Ελλάδα: Η περίπτωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ». Διπλωματική εργασία, στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ –ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ», Τομέας Πολεοδομίας και Χωροταξίας, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Γαλανάκης Ε., Κράλλης Ν., Ντούρος Θ., Ευαγγελίδου Ε., Ανδρονίκου Σ., Σιαμοπούλου Α., (2008), «Νοσηλεία παιδιών αλβανικής υπηκοότητας: πραγματικότητα, προβλήματα, προοπτικές». Παιδιατρική, 61(3).
- Γεωργούλας Σ., (2001), Η μεταναστευτική και κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα και η νομιμοποίηση τους, στο Μαρβάκης Α., Πρασάνογλου Δ. και Παύλου Μ. (επιμ.) *Μετανάστες στην Ελλάδα*, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, σελ. 199-226.
- Γεωργούλας Σ., (2003), «Το νομικό πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής» στο Κ. Κασιμάτη (επιμ.) *Πολιτικές Μετανάστευσης και Στρατηγικές Ένταξης*. Αθήνα: Gutenberg, σ. 91-122.

- Γιατροί του Κόσμου – Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο (2007), Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία;. Έκδοση των Γιατρών του Κόσμου.
- Δρίτσας Σ., Αδράκτα Δ., Χατζηγεωργίου Γ.Μ., Σαρρής Γ., Χαλκιαδάκη Δ., Γούλας Σ., Λουζιώτη Α., Τσερπέ Π., Κεχαγιόγλου Κ. (1996), «Επιπολασμός των ηπατιτίδων Β και C, της HIV-λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους λαθρομετανάστες των Αθηνών». Ιατρική, 70(4):347-350.
- Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, τόμος Τεσσαρακοστός πρώτος, εκδ. Πάπυρος, 1990.
- ΕΣΥΕ, *Απογραφή πληθυσμού* της 18ης Μαρτίου 2001.
- ΕΣΥΕ, *Έρευνα για άτομα με προβλήματα υγείας ή αναπηρία*, Αθήνα, 2003.
- ΕΣΥΕ, *Έρευνα Εργατικού Δυναμικού*, 2000.
- ΕΣΥΕ, *Στατιστικά κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής*, 1997.
- Ζουμποπούλου Α. (2005), Στατιστικά στοιχεία για τους μετανάστες στην Ελλάδα. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Ιστορία Ρωμαϊκή και Βυζαντινή Β' Γυμνασίου, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, 1997.
- Καβουνίδη, Τζ. (2003), *Έρευνα για την οικονομική και κοινωνική ένταξη των μεταναστών*. Αθήνα: ΠΑΕΠ.
- Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο., Νικολάου Σ. (2003), Η χρήση υπηρεσιών υγείας από πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελλάδα. 14<sup>η</sup> Ημερίδα Ελληνικής Νεφρολογικής Ένωσης Νοσηλευτών, Πολεμικό Μουσείο, Αθήνα 2003.
- Καναβάκη Σ., Καράμπελα Σ., Τσαγκαράκης Ν., Κωνσταντινίδου Ευ., Ιωαννίδης Π., Πεφάνης Α., Νικολάου Σ. (2007), «Η αντοχή του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα αντιφυματικά φάρμακα. Ελληνικά δεδομένα για τη δεκαετία 1997-2006». Ιατρική, 92(5):414-420.
- Κασιμάτη Κ. (2003), «Ιστορικές αναφορές των μεταναστευτικών ροών» στο Κασιμάτη, Κ. (επιμέλεια) (2003), *Πολιτικές Μετανάστευσης και Στρατηγικές ένταξης*. Αθήνα: Gutenberg.
- Καστορίδας Δ. (1991), Αλλοδαποί εργάτες στην Ελλάδα, ΓΣΣΕ.
- Κανάλης Α. (2003), «Ευρωπαϊκό δίκτυο για συνεργασία και ανταλλαγές σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας μεταναστών» Εθνική έκθεση, Ελλάδα, 2003.
- ΚΕΕΛΠΙΝΟ, Έκθεση Επιδημιολογικής Παρατήρησης Ελονοσίας στην Ελλάδα, περίοδος 2011.



- ΚΕΕΛΠΙΝΟ, Επιδημιολογικά Δεδομένα ΚΕΕΛΠΙΝΟ για την ελονοσία, 2005-2009.
- ΚΕΕΛΠΙΝΟ, Επιδημιολογικά δεδομένα για το HIV/AIDS στην Ελλάδα, 2001 (μέχρι 31/10/2011).
- Κοτζαμάνης Β., Ανδρουλάκη Ε., Σοφianoπούλου Κ. (2004), Το προφίλ της σύγχρονης ελληνίδας: τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του γυναικείου πληθυσμού της Ελλάδας το 2001. Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων (ΕΔΚΑ) του Τμήματος Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Βόλος.
- Κωνσταντινίδης Θ. Κ., Χριστάκη Π., Τσαρά Β., Καπετανγιώργης Α. και Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ. (2000), «Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-97». Πνεύμων, 13(1): 73-83.
- Λαμπριανίδης Λ., Λυμπέρακη Α. (2001), *Αλβανοί Μετανάστες στην Θεσσαλονίκη*, Θεσσαλονίκη, Παρατηρητής.
- Λαμπριανίδης Λ. (2001), Οικονομική Γεωγραφία – Στοιχεία Θεωρίας και Εμπειρικά Παραδείγματα, Εκδόσεις Πατάκη, Έκτη Έκδοση.
- Λιαρόπουλος Λ. (2004), Οργάνωση Συστημάτων Υγείας. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Αθήνα, 2004.
- Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Γκαζόν, Ε. (2005α), Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων, Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Γκαζόν, Ε. (2005β), Μετανάστευση και υγεία πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης – προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης, Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- Μαρβάκης, Α., Παρσάνογλου, Δ. Παύλου, Μ. (2001), *Μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μάρκου Π. Γ. (1998), Η Πολυπολιτισμικότητα της Ελληνικής Κοινωνίας. Η Διαδικασία Διεθνοποίησης και η Αναγκαιότητα της Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης. Εκδ. ΥΠΕΠΘ-ΓΓΛΕ.
- Μουσούρου, Λ. (1991), *Μετανάστες και μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*, Αθήνα: Gutenberg.

- Μουσουρού, Λ. (2003), *Μετανάστευση και Μεταναστευτική Πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μόττη-Στεφανίδη Φ., Τάκης Ν., Παυλόπουλος Β., Masten, A. S. (2008), «Ψυχική ανθεκτικότητα, μετανάστευση και εφηβεία», στο: Καβουνίδη Τ., Καρύδης Β., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., και Μ. Γ. Λίλυ-Στυλιανούδη, *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες- Πολιτικές – Προοπτικές*, έκδοση Ινστιτούτου Μεταναστευτικής Πολιτικής, Αθήνα.
- Μπάγκαβος Χρ., (2003), «Δημογραφικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση», σελ. 45-85, Στο Κ. Κασιμάτη (επιμ.) *Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης*, Αθήνα: Gutenberg.
- Μπάγκαβος Χρ., (2003), *Δημογραφικές μεταβολές, Αγορά εργασίας και συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα: Gutenberg.
- Μπάγκαβος Χρ. Μωυσίδης Α, (επιμ.) (2004), *Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21<sup>ου</sup> αιώνα*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ. (επιμ.) (2006), *Μετανάστευση και ένταξη μεταναστών στην Ελληνική κοινωνία*. Εκδ. Gutenberg, Αθήνα.
- Μπεζεβέγκης, Η., Γ. (επιμ.) (2008), *Μετανάστες στην Ελλάδα: Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή*. Έκδοση Ινστιτούτου Μεταναστευτικής Πολιτικής, Αθήνα.
- Μπουφίδης Σ. (1999), *Ματαιώση ονείρων, ψυχοσθένειες και μετανάστες*. Γιατροί Χωρίς Σύνορα, [http://www.msf.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=61&Itemid=248](http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=248) (τελευταία πρόσβαση 18/4/11).
- Ναζάκης Χ. και Χλέτσος Μ. (επιμ.), (2001), *Μετανάστες και Μετανάστευση*, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Ντάλλα Μ., Καραδήμας Β., Πράπας Χ. (2004), «Μετανάστευση και ψυχική υγεία σε μετανάστες από την Αλβανία και παλιννοστούντες από την πρώην Σοβιετική Ένωση», *Τετράδια Ψυχιατρικής* 87:103-113.
- Παιονίδης Α. (1995), «Η υγεία των παλιννοστούντων παιδιών». *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, 7: 105-109.
- Παπαηλίας Θ. (2006), *Το Αλλοδαπό Εργατικό Δυναμικό στην Ελλάδα*, Αθήνα, Διόνικος, του ιδίου (2006), *Μετακινήσεις πληθυσμών: Επιδράσεις και προοπτικές*,

- Επιστημονική Επετηρίδα προς τιμήν του καθηγητού Α. Παναγιωτόπουλου, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, σελ. 745-764.
- Παππά Ε. (2008), Η Ένταξη των Μεταναστών στο Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Γούναρη Δ. (επιμ.) Τα Κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα. ΕΚΚΑ.
  - Πετρινώτης Ξ. (1993), «Η μετανάστευση προς την Ελλάδα, Μια πρώτη καταγραφή, ταξινόμηση και ανάλυση», Αθήνα, εκδ. Οδυσσέας.
  - Ρομπόλης Σ., Ρωμανιάς Γ. (2004), «Δημογραφικές μεταβολές και αλλαγές στην κοινωνική ασφάλιση» σσ.183-212, στο Μπάγκαβος Χρ. (επιμ.) *Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21<sup>ου</sup> αιώνα*, Αθήνα, 2004, Gutenberg, σ. 334.
  - Ρουσάκη Ε. (2011). «Η κοινωνική Ενσωμάτωση των Μεταναστών μέσω της Εκπαίδευσης.», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Γεωγραφίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2011.
  - Ρούσσος Α., Γκορίτσας Κ., Παππάς Θ., Παπαδάκη Μ., Σπανάκη Π, Φέρτη Α. (2001), Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 35, σελ. 161-165.
  - Σαμπατάκου Ε. (2006), Κοινωνική και Οικονομική Ενσωμάτωση των Μεταναστών και Μεταναστριών στην Ελλάδα, εκδ. Πυθαγόρας.
  - Σιάμπος Γ. Σ. (1993), Δημογραφία, Αθήνα, εκδ. Το Οικονομικό.
  - Σούλης Σ (1993), « Το ξένο παράνομο εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα» στο *Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα*, Αθήνα, σελ 443.
  - Τριανταφυλλίδου Α. (2005), Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική: Προβλήματα και Κατευθύνσεις, ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ (ΕΛΙΑΜΕΠ), Δεκέμβριος 2005.
  - Τριανταφυλλίδου Α., Μαρούκης Θ. (επιμέλεια) (2010), *Η μετανάστευση στην Ελλάδα του 21<sup>ου</sup> αιώνα*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
  - Τσιτσελίκης, Κ. (2006), «Θεσμικό πλαίσιο για τη μετανάστευση και την παλιννόστηση». Στο Ομάδα Εργασίας ΤΕΕ/TKM Αρχιτεκτονικοί και πολεοδομικοί μετασχηματισμοί στη Θεσσαλονίκη λόγω του φαινομένου της μετανάστευσης, Θεσσαλονίκη, κεφ. II.
  - Τσουκαλάς Κ. (1982), Εξάρτηση και Αναπαραγωγή. Ο κοινωνικός ρόλος των εκπαιδευτικών μηχανισμών στην Ελλάδα (1830-1922), Αθήνα, Θεμέλιο.

- Υπ. Οικονομίας και Οικονομικών (2006), «Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών 2004 - 2005», Γ.Γ. ΕΣΥΕ, Πειραιάς.
- Φακιολάς Ρ. (2005), Η επιδίωξη κοινής πολιτικής μετανάστευσης στην Ε.Ε. Τάσεις: Ετήσια Οικονομική Επισκόπηση, Αθήνα.

#### ΑΡΘΡΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΩΝ-ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ

- Γιάνναρου Λ. (2012), «Στροφή των Ελληνίδων στα κρατικά μαιευτήρια», *Η Καθημερινή*, 14/1/2012 Ιανουαρίου 2012, στο [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/ w articles\\_ell\\_2\\_14/01/2012\\_469135](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/ w articles_ell_2_14/01/2012_469135) (τελευταία πρόσβαση 25/9/2011).
- Καρλατήρα Π. (2001), «270 εκατ. ευρώ για περίθαλψη των μεταναστών σε δύο χρόνια!», *Πρώτο Θέμα*, 20 Μαρτίου 2011, σελ. 34.
- Κλόκα Ν. (2008), «Στηρίζουν την ελληνική οικονομία οι μετανάστες», *Η Καθημερινή*, 4 Αυγούστου 2008, στο [http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/ w articles\\_kathextra\\_1\\_16/01/2008\\_218675](http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/ w articles_kathextra_1_16/01/2008_218675) (τελευταία πρόσβαση 10/1/2012).
- «Λοβέρδος: 150 εκατ. ευρώ το χρόνο η περίθαλψη των μη νόμιμων μεταναστών», Τα Νέα, 14 Οκτωβρίου 2010, στο <http://www.tanea.gr/ellada/article/?aid=4599115> (τελευταία πρόσβαση 20/11/2011).
- Πολυχρονιάδης Μ. (2009), «Γεννάνε και δεν χανόμαστε», *Ελευθεροτυπία*, 27 Σεπτεμβρίου 2009, στο <http://www.vlioras.gr/Philologia/Composition/Ypogennitikotita.htm> (τελευταία πρόσβαση 28/12/2011).
- Συμεωνίδης Γ. (2011), «Ελληνικό Δημόσιο: Εκατοντάδες εκατομμύρια για τους μετανάστες», περ. *Επίκαιρα*, 3 Φεβρουαρίου 2011, στο [http://www.epikaira.gr/epikairo.php?id=11406&category\\_id=0](http://www.epikaira.gr/epikairo.php?id=11406&category_id=0) (τελευταία πρόσβαση 20/1/2012).