



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ

ΠΕΙΡΑΙΑ

ΜΠΙΝΙΕΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

**«Πολιτική υγείας για τους μετανάστες.
Το παράδειγμα του νομού Αχαΐας»**

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Διοίκηση της Υγείας»**

Πειραιάς, 2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΠΙΝΙΕΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

**«Πολιτική υγείας για τους μετανάστες.
Το παράδειγμα του νομού Αχαΐας»**

Επιβλέπων Καθηγητής : Δρ. Μωραΐτης Ευάγγελος

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Διοίκηση της Υγείας»**

Πειραιάς, 2012



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

POSTGRADUATE PROGRAM



**T.E.I.
OF PIRAEUS**

IN HEALTH MANAGEMENT

BINIERI ANASTASIA

**“Health policy for the immigrants.
The example of Achaia ”**

Supervisor Professor : Dr. Moraitis Evangelos

Graduate Thesis Submitted for the Degree

“Master in Health Management”

University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Piraeus, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου Κ. Ευάγγελο Μωραΐτη για την βοήθεια και την υποστηριξή.

Επίσης όλους τους εργαζόμενους στην 6η Υγειονομική περιφέρεια που μου πρόσέφεραν τόσο απλόχερα την βοήθεια τους.

ΠΑΝΕ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός εργασίας

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία που εκπονήθηκε στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά και στο τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων του Τ.Ε.Ι Πειραιά με τίτλο:

Πολιτική υγείας για τους μετανάστες. Το παράδειγμα του νομού Αχαΐας.

Η εργασία αυτή , έχει ως σκοπό να ενημερώσει κάθε ενδιαφερόμενο σχετικά με τις ισχύουσες πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται στην χώρα μας και αφορούν νόμιμους και παράνομους μετανάστες, με ιδιαίτερη αναφορά στην περιοχή της Αχαΐας.

Η Ελλάδα, όπως και οι άλλες Ευρωπαϊκές χώρες του Νότου, αποτελεί χώρα που μέσα σε μια δεκαετία μεταβλήθηκε από παραδοσιακή χώρα εκροής μεταναστών σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Οι μετανάστες (νόμιμοι και παράνομοι), ξεπερνούν πλέον σήμερα στην Ελλάδα το ένα εκατομμύριο. Η μαζική είσοδός τους τα τελευταία χρόνια, βρήκε απροετοίμαστους κράτος και πολίτες και ως εκ τούτου παρενέργειες παρουσιάστηκαν στο οικονομικό και κοινωνικό σύστημα της χώρας.

Το υγειονομικό μας σύστημα, ανέτοιμο για αυτή την σημαντική επιβάρυνση χρηστών, αδυνατεί να καλύψει τις νέες ανάγκες. Οι μετανάστες που αναζητούν ιατρικές υπηρεσίες αντιμετωπίζουν συνήθως προβλήματα που αναφέρονται στη προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στη διανομή και χρήση τους. Ιδιαίτερα προβλήματα, αντιμετωπίζουν οι παράνομοι μετανάστες οι οποίοι είναι αποκλεισμένοι από το σύστημα υγείας, δημιουργώντας έτσι θύλακες που εν δυνάμει μπορεί να απειλήσουν τη δημόσια υγεία.

Ο σχεδιασμός μιας πολιτικής υγείας για τους μετανάστες, οφείλει να βασίζεται σε μια αξιόπιστη καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, να στοχεύει στην διευκόλυνση της πρόσβασης και χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών, ξεπερνώντας τον διαχωρισμό νόμιμοι – παράνομοι μετανάστες.

Στο νομό Αχαΐας το ποσοστό των μεταναστών είναι ιδιαίτερα μεγάλο καθώς η πόλη αποτελεί την κυριότερη πύλη προς την δυτική Ευρώπη με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλά προβλήματα στην πόλη και εξαιτίας των φτωχών υποδομών οι μετανάστες να ζουν

σε άθλιες συνθήκες χωρίς την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, θέτοντας κατ' αυτό τον τρόπο σε κίνδυνο την δημόσια υγεία .

Η χώρα μας, ως μέλος διεθνών Οργανισμών, οφείλει και σε μεγάλο βαθμό το υλοποιεί, να αντιμετωπίζει την είσοδο του μεταναστευτικού πληθυσμού με σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, διαφυλάσσοντας ταυτόχρονα και τη Δημόσια υγεία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια πρώτη ενημέρωση σχετικά με τους βασικούς όρους που θα συναντήσουμε στο κείμενο. Αναλύεται η έννοια της μετανάστευσης και γίνεται ο διαχωρισμός ανάλογα με το καθεστώς παραμονής των μεταναστών σε μια χώρα. Επίσης γίνεται μια ιστορική αναδρομή των μεταναστευτικών ρευμάτων κυρίως από τον 20 αιώνα και μετά, σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για το καθεστώς που ισχύει στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Αναφέρονται τα δικαιώματα τους με βάση τις ισχύουσες Διεθνείς συμβάσεις και γίνεται μια σύγκριση 5 Ευρωπαϊκών χωρών με πρόβλημα μετανάστευσης, ανάμεσα τους και η Ελλάδα σχετικά με τα δικαιώματα των νόμιμων και των παράνομων μεταναστών, των οικογενειών τους αλλά και τον τρόπο με τον οποίο πληρώνονται οι πάροχοι των υπηρεσιών.

Επίσης αναφέρεται αναλυτικά η ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα γύρω από την δυνατότητα πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος γίνεται αναφορά στη σύνδεση μεταξύ μεταναστευτικής πολιτικής και κοινωνικής προστασίας και αναφέρονται οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες πρόνοιας στην Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο σκιαγραφείται το προφίλ υγείας των μεταναστών και γίνεται αναφορά στις κυριότερες ασθένειες που εμφανίζουν οι μετανάστες με βάση τις ερευνητικές εργασίες που αναφέρονται.

Αναφέρονται οι οργανώσεις και οι υπηρεσίες που παρέχουν φροντίδες υγείας στους μετανάστες και ο τρόπος με τον οποίο καλύπτονται ασφαλιστικά. Βεβαίως καταγράφονται και τα προβλήματα που προκύπτουν από την παράνομη «ανασφάλιστη» εργασία των μεταναστών καθώς και το ζήτημα που προκύπτει από την βοήθεια ή μη στο συνταξιοδοτικό σύστημα της χώρας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται τα δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα ανάλογα με το καθεστώς παραμονής τους στην χώρα μας, αλλά και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας καθώς και οι συνέπειες που δημιουργούνται στην δημόσια υγεία.

Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά τον νομό Αχαΐας. Γίνεται μια αναδρομή στο μεταναστευτικό ρεύμα στο νομό καθώς και στους λόγους που τον τοποθετούν σε βασικό προορισμό συγκεκριμένων εθνικοτήτων. Αναλύεται το πρόβλημα που δημιουργείται

στην πόλη λόγω της σύνδεσης του λιμανιού με την Ιταλία (πύλη προς τη Δύση) και καταγράφονται οι φορείς που παρέχουν φροντίδες υγείας στους μετανάστες κυρίως στην πόλη της Πάτρας. Με βάση τα στοιχεία που παραχωρήθηκαν από την 6η ΥΠΕ εμφανίζουμε την επισκεψιμότητα των αλλοδαπών στα νοσοκομεία του νομού για τους μήνες Ιανουάριο έως Σεπτέμβριο του 2011, αλλά και την δαπάνη των νοσοκομείων τόσο της 6ης υγειονομικής περιφέρειας, όσο και του νομού Αχαΐας για το ανωτέρω διάστημα.

Τέλος στο έκτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα μέτρα και τις πολιτικές που θα πρέπει να λάβει η πολιτεία προκειμένου όχι μόνο να βελτιωθούν οι υποδομές αλλά και να αρθούν οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης αναφέρονται οι βασικές αρχές που οφείλουν να διέπουν μια μεταναστευτική πολιτική. Φυσικά αναφέρονται και οι τρεις βασικές προτεραιότητες που θα πρέπει να εμφανίζουν τα μέτρα πολιτικής. Η καταγραφή και αξιολόγηση των ιδιαίτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, η διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τέλος η αναγκαιότητα για ιδιαίτερες και πολιτισμικά καθορισμένες συμπεριφορές.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

SUMMARY

In the first chapter becomes a first briefing with regard to the basic terms that we will meet in the text. Is analyzed the significance of immigration and becomes the segregation depending on the arrangement of eve of immigrants in a country. Also becomes a historical retrospection of immigratory currents mainly from the 20th century and then, in entire Europe.

In the second chapter becomes report on the arrangement that is in effect in the European Union with regard to the access of immigrants in the services of health. Are reported their rights with base the being in effect International conventions and become a comparison of 5 European countries with problem of immigration, including Greece with regard to the rights of legal and illegal immigrants, the rights of their families but we also learn about the way with which the service's providers are paid.

Also is reported analytically the being in effect legislation in Greece round the possibility of access of immigrants in the services of health. Finally becomes report in the connection between immigration policy and social protection and are reported the institutions that provide services of providence in Greece.

In the third chapter is sketched out the profile of health of immigrants and it becomes report in the mainer illnesses that present the immigrants with base the inquiring work that is reported.

Are reported the organizations and the services that provide cares of health in the immigrants and the way with which they are covered actuarial. Of course the problems that result from the black work of immigrants are recorded as well as the question that results from the help or not in the actuarial system of country.

In the fourth chapter are recorded the rights of immigrants in Greece depending on their arrangement of eve in our country, but also the problems that face in their access in the services of health as well as the consequences that are created in the public health.

The fifth chapter concerns the prefecture of Achaia. Becomes a retrospection in the immigratory current in the prefecture as well as in the reasons where placing in basic destination of concrete nationalities also in the consequences that are created in the public health. Is analyzed the problem that is created in the city because the connection of harbour with Italy (Patra is the gate to the West) and is recorded the institutions that provide cares of health in the immigrants mainly in the city of Patras. With base the

elements that were granted by the 6th YPE we present visits of the foreigners in the hospitals of prefecture, for the months of January until September 2011, but also the expense of hospitals of so much 6th sanitary region, what the prefecture of Achaia for the above interval.

Finally in the sixth chapter becomes report in the measures and the policies that it will be supposed to takes the state in order that not only are improved the infrastructures but also are raised the inequalities of access in health services. Also are reported the basic beginnings that owe to condition an immigration policy. Naturally are reported also the three basic priorities that will be supposed to present the measures of policy. The registration and evaluation of particular problems that face the immigrants, the facilitation of access in the services of health and finally the necessity for particular and cultural determined behaviors.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ Γ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iv
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	vii
SUMMARY	ix
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ, ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ/ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΣΧΗΜΑΤΩΝ & ΕΙΚΟΝΩΝ	xiii

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΩΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ	1
1.1 Η έννοια της μετανάστευσης.....	1
1.2 Η μετανάστευση σαν παγκόσμιο φαινόμενο	3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΡΕΥΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	6
2.1 Το διεθνές πλαίσιο για την πρόσβαση στην φροντίδα υγείας	6
2.2 Εθνικοί νόμοι για πρόσβαση στην φροντίδα υγείας για τους παράνομους μετανάστες	8
2.3 Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	13
2.3.1 Νόμιμοι οικονομικοί μετανάστες.....	18
2.3.2 Παράνομοι οικονομικοί μετανάστες.....	18
2.4 Μεταναστευτική πολιτική και κοινωνική προστασία.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	24
3.1 Το προφίλ υγείας των μεταναστών	24
3.2 Πάροχοι υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες	30
3.3 Υπηρεσίες και φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους μετανάστες.....	31
3.4 Η ασφαλιστική κάλυψη των μεταναστών.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	45
4.1 Δικαίωμα χρήσης του συστήματος υγείας από τους μετανάστες	45
4.2 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ Ν. ΑΧΑΪΑΣ.....	56
----------------------------------	----

5.1 Ιστορική αναδρομή	56
5.2 Παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες της Αχαΐας	59
5.3 Δαπάνη νοσηλείας των μεταναστών στο νομό Αχαΐας	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	69
--	----

6.1 Δικαίωμα χρήσης του συστήματος υγείας από τους μετανάστες	70
---	----

6.2 Οι βασικές προτεραιότητες των μέτρων πολιτικής που θα εφαρμοστούν.....	72
--	----

6.2.1 Καταγραφή και αξιολόγηση των ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες που φθάνουν στη χώρα μας.....	72
---	----

6.2.2 Διευκόλυνση της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών	74
--	----

6.2.3 Αναγκαιότητα για ιδιαίτερες υπηρεσίες και πολιτισμικά καθορισμένες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας	76
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	81
---------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82
---------------------------	-----------

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ,
ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ/ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ,
ΣΧΗΜΑΤΩΝ & ΕΙΚΟΝΩΝ**

α/α	Τίτλος Ενοποιημένων Πινάκων	Πηγή
Πίνακας 1:	Αριθμός απασχολούμενων μεταναστών και ποσοστά στον πληθυσμό και στο εργατικό δυναμικό	ΕΣΥΕ, απογραφή πληθυσμού 2001
Πίνακας 2:	Μετανάστες ασφαλισμένοι στα βασικά ασφαλιστικά ταμεία	ΙΜΕΠΟ, 2006
Πίνακας 3:	Αριθμός αλλοδαπών που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία της Αχαΐας ανά τρίμηνο	6 ^η Υ.Π.Ε
Πίνακες 4-5-6:	Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία της 6 ^{ης} Υ.Π.Ε. για τα Α, Β, Γ, τρίμηνα του 2011	6 ^η Υ.Π.Ε
Πίνακες 7-8-9:	Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας για τα Α, Β, Γ, τρίμηνα του 2011	6 ^η Υ.Π.Ε

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΩΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

1.1 Η έννοια της μετανάστευσης

Μετανάστευση είναι η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου, μιας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου»¹. Η έννοια της μετανάστευσης είναι ευρεία και χρήζει περαιτέρω διευκρινήσεων.

Με τον όρο σύγχρονη μετανάστευση αναφερόμαστε σ' εκείνη τη μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου ή κοινωνικού συνόλου που παρατηρείται στα πλαίσια της σύγχρονης βιομηχανικής εποχής². Η σύγχρονη μετανάστευση διαχωρίζεται απ' την παραδοσιακή καθώς η δεύτερη εντοπίζεται στη βιομηχανική περίοδο και αποτελεί αποτέλεσμα του Β' παγκοσμίου πολέμου. Χαρακτηριστικό της αποτελεί η υπερπόντια μετακίνηση των πληθυσμών, την ίδια στιγμή που η σύγχρονη μετανάστευση χαρακτηρίζεται από την μετακίνηση πληθυσμών εντός των ορίων της Ευρώπης.

Νεότερη μετανάστευση είναι η σύγχρονη μετανάστευση που δεν γίνεται για λόγους πολιτικούς (όπως π.χ. οι ανταλλαγές πληθυσμών και τα προσφυγικά ρεύματα) αλλά οικονομικούς³.

Διαφαίνεται λοιπόν η ανάγκη διαχωρισμού των όρων οικονομικός μετανάστης και πρόσφυγας. Μετανάστης είναι εκείνο το μέλος μιας κοινωνίας που εγκαταλείπει εκούσια τη χώρα του για να εγκατασταθεί προσωρινά ή μόνιμα σε μια άλλη χώρα, συνήθως περισσότερο αναπτυγμένη οικονομικά από τη δική του, με στόχο την αναζήτηση εργασίας⁴.

Πρόσφυγας είναι το μέλος μιας κοινωνίας που λόγω διαφορετικών πεποιθήσεων, διώξεων και σοβαρών καταστρατηγήσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εγκαταλείπει τη χώρα του εκούσια για να αναζητήσει άσυλο στους κόλπους μιας άλλης κοινωνίας που δεν αντιμετωπίζει κατά κανόνα τέτοια προβλήματα⁵. Ο πολιτικός πρόσφυγας χαρακτηρίζεται

¹ Μπαγκαβός Χ., Παπαδοπούλου Δ., (2003) *Μεταναστευτικές τάσεις και Ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*. ΙΝ.Ε./Γ.Σ.Ε.Ε.-Α.Δ.Ε.Δ.Υ. Αθήνα, , σελ. 13 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.inegsee.gr/sitefiles/studies/MELETH_15.pdf ημερομηνία επίσκεψης 24/09/2011

² Μουσούρου Λ., (1991) *Μετανάστευση και Μεταναστευτική Πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, εκδόσεις Gutenberg Αθήνα, σελ. 16

³ Μουσούρου, ό. π., σελ.17

⁴ Μπάγκαβος – Παπαδοπούλου, ό π., σελ. 14

⁵ Μπάγκαβος – Παπαδοπούλου, ό π., σελ. 14

από ειδικό καθεστώς που καθορίζεται από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ. Τέλος, ως «ανθρωπιστικός» πρόσφυγας νοείται κάθε αλλοδαπός που λαμβάνει από τον Υπουργό Δημόσιας Τάξης έγκριση παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους λαμβάνοντας υπόψη ιδίως την αντικειμενική αδυναμία απομάκρυνσης ή επιστροφής του αλλοδαπού στη χώρα καταγωγής ή συνήθους διαμονής του για λόγους ανωτέρας βίας(π.χ. σοβαροί λόγοι υγείας του ιδίου ή μέλους της οικογένειάς του, διεθνής αποκλεισμός της χώρας του, εμφύλιες συρράξεις συνοδευόμενες από μαζικές παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων).

Έμφαση στις μέρες μας δίνεται στον προσδιορισμό της έννοιας του οικονομικού μετανάστη, του ατόμου δηλαδή που μετακινείται από τη χώρα του σε μια άλλη χώρα, για οικονομικούς κυρίως λόγους στα πλαίσια της σύγχρονης νεωτερικής μετανάστευσης. Κύριο χαρακτηριστικό της σύγχρονης νεωτερικής μετανάστευσης είναι ότι τα αίτια που την προκαλούν είναι κατά κύριο λόγο οικονομικά και οικονομικές είναι σε μεγάλο βαθμό οι επιπτώσεις της⁶.

Κοινό χαρακτηριστικό μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων είναι η μετακίνηση από τη χώρα γέννησης ή διαμονής προς άλλη χώρα υποδοχής. Διαφέρουν όμως ως προς τη βούληση για μετακίνηση. Ενώ οι μεν οικονομικοί μετανάστες μετακινούνται εκούσια προς χώρες πιο αναπτυγμένες οικονομικά ώστε να εργαστούν, οι δε πρόσφυγες φεύγουν ακούσια λόγω διαφόρων τύπων διώξεων (πολιτικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις κλπ.).

Διάκριση επιτυγχάνεται επίσης με βάση τα είδη κριτηρίων που χρησιμοποιούνται:

α) Γεωγραφικά όρια: εσωτερική μετανάστευση (στα όρια της χώρας), εξωτερική μετανάστευση (στο διεθνή χώρο) και ευρωπαϊκή, ενδοευρωπαϊκή και υπερπόντια ή διηπειρωτική⁷, ανάλογα με τη χώρα αποστολής και υποδοχής.

β) Καταγεγραμμένη ή όχι από επίσημες αρχές: νόμιμη και παράνομη (λαθρομετανάστευση).

Πιο πρόσφατες εργασίες αναφέρουν ως μετανάστευση την μετακίνηση πληθυσμών σε μια προσπάθεια ελεύθερης εξεύρεσης εργασίας και για τη συνένωση με τις οικογένειες τους

Επίσης διαχωρίζεται σε μόνιμη και προσωρινή μετανάστευση, όπου η μόνιμη μπορεί να περιέχει τα χαρακτηριστικά της εσωτερικής ή εξωτερικής της μόνιμης ή όχι, της συνένωσης οικογενειών κλπ. και η προσωρινή τα χαρακτηριστικά της εσωτερικής

6 Μουσούρου, ό π., σελ. 55

7 Μπάγκαβος –Παπαδοπούλου, ό. π., σελ. 15

εξωτερικής, για λόγους σπουδών, εξεύρεσης εργασίας μόνιμης ή μερικής απασχόλησης κλπ.

1.2 Η μετανάστευση σαν παγκόσμιο φαινόμενο

Εκατό και πλέον εκατομμύρια άτομα υπολογίζεται ότι ζουν σήμερα σε χώρες διαφορετικές από εκείνες στις οποίες γεννήθηκαν. Από αυτά, περίπου δεκαεπτά εκατομμύρια μετανάστευσαν για λόγους πολιτικούς, η περιβαλλοντικούς (ξηρασία, πλημμύρες, σεισμοί, εξάντληση φυσικών πόρων), που είναι συχνά τόσο πειστικοί, όσο και οι πολιτικοί. Οι υπόλοιποι, μετανάστευσαν σε αναζήτηση ευνοϊκότερων ευκαιριών απασχόλησης αλλά και διαβίωσης.

Αποτελεί κοινό μυστικό ότι το φαινόμενο της μετανάστευσης διογκώνεται όσο αυξάνουν η διεθνής κινητικότητα και η οικονομική αλληλεξάρτηση. Είναι μια άλλη όψη, του επίσης σύγχρονου φαινομένου της παγκοσμιοποίησης, αφού ο κατεξοχήν γενεσιουργός λόγος του είναι στην ουσία η συγκέντρωση του πλούτου σε ορισμένες περιοχές και η ανέχεια σε κάποιες άλλες.

Στην Ευρώπη η μετανάστευση αν και δεν ήταν άγνωστη σαν φαινόμενο, καθώς από τους προϊστορικούς χρόνους γνωρίζουμε για τις μετακινήσεις και τις αποικίες των διαφόρων φύλλων, κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα αποκτά πλέον άλλη μορφή. Στις αρχές του 20ου αιώνα επικρατούσε η πεποίθηση πως μόνο ένα ομοιογενές εθνικά κράτος θα μπορούσε να αποκτήσει οικονομικό και βιομηχανικό εκσυγχρονισμό, παρόλο που υπήρχαν αρκετές περιπτώσεις αφομοίωσης ετερογενών πληθυσμών στα πλαίσια της αποικιοκρατίας.

Ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος σηματοδοτεί μια από τις πιο πρόσφατες και μεγαλύτερες μετακινήσεις πληθυσμών. Η μετανάστευση των λαών είτε ήταν αποτέλεσμα εκτοπίσεων του ίδιου του πολέμου, είτε προσφυγικών ρευμάτων (χιλιάδες Εβραίων διέφυγαν από την Γερμανία στη δεκαετία του '30 ώστε να γλιτώσουν από το μένος των ναζί). Η μεταπολεμική περίοδος βρίσκει τους λαούς της Ευρώπης να μετακινούνται συνεχώς. Λίγο αργότερα, μεταναστευτικά ρεύματα παρατηρούνται από την Τουρκία, τη Βόρεια Αφρική και τις Δυτικές Ινδίες, προς τις αναπτυσσόμενες

οικονομίες της Δυτικής Ευρώπης. Προς τα τέλη του 1970 ο αριθμός των προσφύγων ανέρχονταν σε 11.000.000⁸.

Μεταπολεμικά η Ευρώπη υπέφερε από το πλεονάζον εργατικό δυναμικό και λίγο αργότερα το 1962 υποφέρει από έλλειψη εργατικού δυναμικού. Η ζήτηση που προκαλείται καλύπτεται από την επιστροφή των τέως αποίκων επηρεάζοντας την μεταναστευτική πολιτική της Μ. Βρετανίας και της Γαλλίας. Οι αλλοδαποί εργαζόμενοι στις βιομηχανικές κοινωνίες της Ευρώπης εκτός από οικονομικούς μετανάστες αποτελούν πλέον πολιτικά μορφώματα διαμορφώνοντας συγκεκριμένες πολιτικές συμπεριφορές. Συχνά η μετανάστευση έχει διπλή κατεύθυνση δηλαδή η χώρα που χαρακτηρίζεται ως χώρα «αποστολής» είναι ταυτόχρονα και χώρα «υποδοχής» π.χ. η Ελλάδα τη δεκαετία του '70.

Η αύξηση της μετανάστευσης βέβαια ήταν ιδιαίτερα έντονη μετά τα μέσα της δεκαετίας του '80, όταν σημειώθηκε σημαντική εισροή από την Ανατολική Ευρώπη. Στη συνέχεια, ο πόλεμος στην Γιουγκοσλαβία και η ασταθής κατάσταση στα Βαλκάνια προκάλεσαν μεγάλο κύμα μεταναστών, κυρίως από τις πρώην δημοκρατίες της Γιουγκοσλαβίας και την Αλβανία. Την περίοδο 1989-1999 τέσσερα εκατομμύρια αιτήσεις παροχής ασύλου στις χώρες της Ε.Ε. αφορούσε πρόσφυγες από την πρώην Γιουγκοσλαβία 50 % των οποίων υποβλήθηκαν στη Γερμανία και 28 % στο Ηνωμένο Βασίλειο⁹. Επίσης, σημειώθηκε μεγάλος αριθμός εισροών από διάφορες περιοχές της Ασίας και της Βόρειας Αφρικής, που οφειλόταν σε συνδυασμό οικονομικών, πολιτικών και δημογραφικών παραγόντων.

Σήμερα περίπου τα 2/3 των μεταναστών παγκοσμίως προέρχονται από τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, με τους μισούς από αυτούς να μεταναστεύουν σε αναπτυγμένες χώρες. Ενώ σχεδόν το 4% του Ευρωπαϊκού πληθυσμού είναι μετανάστες προερχόμενοι από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Με βάση τα στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ για το έτος 2009, πρώτες σε υποδοχή μεταναστών χώρες είναι η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο ενώ η Ελλάδα και το Λουξεμβούργο έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά σε αναλογία πληθυσμού.

Σημαντική εξέλιξη αποτελεί το γεγονός ότι οι χώρες της Νότιας

⁸ Μπάγκαβος –Παπαδοπούλου, ό π. , σελ. 39

⁹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2002) *Η κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Eurostat, Λουξεμβούργο σελ. 49 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/SSR2002_el.pdf ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011

Ευρώπης ιδιαίτερα, από παραδοσιακούς αγωγούς διοχέτευσης μεταναστών προς την Βόρεια Ευρώπη και τις ΗΠΑ, έχουν μετατραπεί σήμερα, σε φιλόδοξους προορισμούς (ενδιάμεσους ή τελικούς) για πολλούς μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη, την Β. Αφρική και την Ασία. Η Ελλάδα αν και διαθέτει σχετικά μικρό αριθμό νόμιμων μεταναστών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό και αποτελεί μια συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη περισσότερο εθνικά ομοιογενή κοινωνία, εντούτοις είναι η χώρα με το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν πρόβλημα παράνομης μετανάστευσης. Η απογραφή του 2001 κατέγραψε περίπου 800.000 ξένους υπηκόους στην χώρα μας, που ανέρχονται σε ποσοστό 7,3 % του συνολικού πληθυσμού: από αυτούς, περισσότεροι από τους μισούς προέρχονται από την Αλβανία, ενώ επιπλέον ένα 16,2% από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και την πρώην Σοβιετική Ένωση. Εκτιμήσεις ανεβάζουν το σύνολο σε ένα εκατομμύριο, καταμετρώντας πρόσφατες αφίξεις και μετανάστες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) που υπόκεινται σε διαφορετικό νομικό καθεστώς. Η πλειοψηφία των μεταναστών εργάζεται στις κατασκευές, τη γεωργία, τη μεταποίηση και ποικίλες χαμηλής ή μέσης ειδίκευσης υπηρεσίες (στον τουρισμό, τη σίτιση, οικιακές υπηρεσίες, κλπ.). Εν μέρει λόγω του περιοριστικού νομικού πλαισίου, αλλά και εξαιτίας δομικών χαρακτηριστικών της ελληνικής αγοράς εργασίας, η μεγάλη μάζα της μεταναστευτικής εργασίας απορροφήθηκε από την ανεπίσημη οικονομία, ενώ η ανεπίσημη απασχόληση παραμένει εκτεταμένη για μεγάλο μέρος των μεταναστών εργατών ακόμη και μετά την εξασφάλιση νόμιμου καθεστώτος. Μέχρι τα μέσα του 2003, περίπου 580.000 μετανάστες είχαν νομιμοποιηθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΡΕΥΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Το διεθνές πλαίσιο για την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας

Παρά την εισαγωγή αυστηρών μέτρων για να αναχαιτιστεί η μη ελεγχόμενη μετανάστευση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων δεκαετιών, η ροή των παράνομων μεταναστών, όχι μόνο δεν ελαττώθηκε, αλλά είναι δραστικά αυξανόμενη και όπως ήταν αναμενόμενο η πρόσβαση των παρανόμων μεταναστών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες έχει γίνει θέμα αντιπαράθεσης.

Πάντως, ακόμα και στα κράτη όπου κυριαρχούσαν τα επιχειρήματα για πρόσθετες δαπάνες στους φορολογούμενους και την ανάγκη να αποτραπεί η παράνομη μετανάστευση, οι κυβερνήσεις από οποιονδήποτε πολιτικό χώρο κι αν προέρχονταν, όλο και περισσότερο αναγνωρίζουν ότι η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, όχι μόνο για τους αυτόχθονες κατοίκους της χώρας αλλά, για όλους τους ανθρώπους που ζουν στην επικράτεια της χώρας, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς παραμονής. Η παραπάνω θέση υποστηρίζεται τόσο με βάση τα ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά και από την πλευρά της Δημόσιας Υγείας.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία του ανθρώπου και την Βιοιατρική (European Convention on Human Health and Biomedicine): «... οι Συμβαλλόμενοι, λαμβάνοντας υπ όψιν τις ανάγκες σε θέματα υγείας και τους διαθέσιμους πόρους, θα προχωρήσουν σε ενδεδειγμένα μέτρα με σκοπό την παροχή, εντός των χωρών τους, δίκαιης για όλους πρόσβασης σε φροντίδα υγείας ενδεδειγμένης ποιότητας».

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να αναφέρουμε και να συγκρίνουμε τους εθνικούς νόμους που καθορίζουν το νομικό καθεστώς των μεταναστών και σε πέντε Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας (Ιταλία, Ισπανία, Αυστρία, Γερμανία, Ελλάδα). Αποτέλεσμα της αναφοράς αυτής είναι η ανάδειξη της έλλειψη ξεκάθαρου νομικού καθεστώτος για τους μετανάστες, ως ένα από τα βασικά εμπόδια της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υπό το πρίσμα του βασικού ανθρώπινου δικαιώματος στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Θα δούμε μια περιληπτική παρουσίαση των ευρωπαϊκών νόμων και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της οργανωμένης κοινωνίας καλύπτοντας την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας.
- ✓ Θα εξετάσουμε πως οι διεθνείς συμφωνίες μεταφράζονται στις διατάξεις των εθνικών νόμων, συγκρίνοντας την πρόσβαση των παράνομων μεταναστών στη φροντίδα υγείας.

Σε αυτό εδώ το σημείο θα πρέπει να τονίσουμε κάτι που αναφέραμε προηγουμένως. Οι οικονομικοί μετανάστες δεν θεωρούνται σαν μετανάστες που εξαναγκάστηκαν να μεταναστεύσουν. Παρ' όλα αυτά στο πεδίο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, υπάρχει ένα πνεύμα να αποδοθεί η ίδια βαρύτητα στα "οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα" και στα "πολιτικά" δικαιώματα όπως είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας .

Τόσο ο καταστατικός χάρτης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1946), όσο και Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948) , διακήρυξαν ότι η επίτευξη του υψηλότερου επιπέδου στην υγεία είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα για όλους χωρίς διακρίσεις γένους, θρησκείας, πολιτικών, ιδεολογικών, οικονομικών ή κοινωνικών συνθηκών.

Επίσημα, τα δικαιώματα στην υγεία των παρανόμων μεταναστών έχουν κατηγορηματικά αναγνωριστεί μόνο σε δύο (2) διεθνείς Συμβάσεις : το 1990 UN Σύμβαση για τη προστασία των Δικαιωμάτων όλων των Μεταναστών Εργατών και των μελών των Οικογενειών τους και το 1975 Σύμβαση των Οργανισμών για τους εργαζόμενους σε μη αστικές περιοχές.

Σε πρόσφατες εκθέσεις από διεθνείς οργανισμούς ερμηνεύεται ο σκοπός των διατάξεων για τα διεθνή ανθρώπινα δικαιώματα και ξεκάθαρα υποδεικνύεται ότι οι παράνομοι μετανάστες θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε παγκόσμιες συμφωνίες για πρόσβαση στη φροντίδα υγείας.

Μολονότι το βασικό δικαίωμα στην υγεία και τη ζωή προστατεύεται στο Άρθρο 35 του κεφαλαίου για Βασικά Δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000), μόνο τμηματικά αναφέρονται στο νομοθετικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης .

Το 1999 η Συνθήκη του Άμστερνταμ εξουσιοδοτεί την Ευρωπαϊκή Ένωση να υιοθετήσει" τα απαραίτητα μέτρα, στο πεδίο της παράνομης μετανάστευσης και διαμονής, συμπεριλαμβανομένου και του επαναπατρισμού των ανθρώπων που βρίσκονται παράνομα στην επικράτειά της".

Προσφάτως έχει υποστηριχθεί ότι έτσι εξασφαλίζεται η νομική βάση για μια διάταξη η οποία θα εγγυάται το δικαίωμα στη υγεία για όλους τους ανθρώπους που ζουν στην περιφέρεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένων των παρανόμων μεταναστών : το 2004 , ομάδα Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων στην Ιταλία παρουσίασε από κοινού ένα πρωτόκολλο στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή με ένα σύνολο Οδηγιών προς αυτή την κατεύθυνση¹⁰.

Η διάκριση στη βάση του επιπέδου υγείας δεν απαγορεύεται συνήθως με σαφήνεια από το διεθνή νόμο, αν και στην πράξη είναι όλο και περισσότερο γνωστό ότι αναφέρεται σιωπηλά στον όρο " άλλες κοινωνικές καταστάσεις" ως παράνομος λόγος για διακρίσεις.

2.2 Εθνικοί νόμοι για την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για τους παράνομους μετανάστες.

Τεχνικά, μόνο οι παράνομοι μετανάστες ή οι άνθρωποι χωρίς επίσημα έγγραφα (ταυτότητα, διαβατήριο κλπ.) στην Ευρώπη είναι γενικά δύσκολο να ωφεληθούν από τη ιατρική και κοινωνική βοήθεια εκτός από τις επείγουσες καταστάσεις. Στην πράξη πάντως, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες εξασφαλίζουν τουλάχιστον την απαραίτητη και επείγουσα φροντίδα υγείας για τους ανθρώπους που δεν βρίσκονται νόμιμα στην επικράτειά τους. Παρακάτω ακολουθεί μια συνολική εικόνα της φροντίδας υγείας και ιατρικής παρέμβασης στις 5 χώρες που αναφέραμε και νωρίτερα, δηλαδή Αυστρία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία και Ισπανία.

Στην Αυστρία, οι μετανάστες με ισχύουσα άδεια παραμονής χρειάζονται επίσης άδεια εργασίας για να μπορούν να έχουν πρόσβαση στη νόμιμη αγορά εργασίας. Καταρχάς η άδεια εργασίας έχει περιορισμένη ισχύ για 1 χρόνο και απευθύνεται μόνο σε συγκεκριμένο εργοδότη ο οποίος ζητά να ξέρει ότι ο μετανάστης που θέλει να δουλέψει έχει άδεια για εργασία. Μετά από ένα χρόνο μπορούν να αποκτήσουν μια άδεια εργασίας μακράς διάρκειας . Ελεύθερη πρόσβαση στην αγορά εργασίας, μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο μετά από πέντε χρόνια. Οι άνεργοι μετανάστες – εργάτες δικαιούνται τα επιδόματα της ανεργίας και φυσικά έχουν κάλυψη σε θέματα υγείας. Στην περίπτωση που ο μετανάστης καλύπτεται από ασφάλεια υγείας, καλύπτονται και τα μέλη της οικογένειάς του, δηλαδή ο /η σύζυγος και τα παιδιά. Η Αυστρία έχει ένα υποχρεωτικό σύστημα

¹⁰ NAGA (εθελοντική οργάνωση που προωθεί την κοινωνική και ιατρική βοήθεια υποστηρίζοντας τα δικαιώματα των Ξένων και Νομάδων), CARITAS και OIKOS.

υγειονομικής ασφάλισης το οποίο καλύπτει το 99% του πληθυσμού. Όπως οι Αυστριακοί πολίτες, έτσι και οι μετανάστες που εργάζονται ή λαμβάνουν επιδόματα ανεργίας καλύπτονται από το Δημόσιο σύστημα ασφάλισης και αυτοί οι οποίοι καλύπτονται από ασφάλεια υγείας έχουν πρόσβαση χωρίς να πληρώσουν στην φροντίδα υγείας (εκτός από τις περιπτώσεις που με συμφωνίες πρέπει να υπάρχει πληρωμή για ιατρική φροντίδα). Οι μετανάστες που δεν καλύπτονται από ασφάλεια υγείας πρέπει να πληρώσουν για τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας. Αν δεν μπορούν να το καταφέρουν πρέπει να απευθυνθούν στις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

Στη Γερμανία η άδεια εργασίας συνδέεται κατευθείαν με την άδεια παραμονής. Χωρίς άδεια εργασίας, δεν εξασφαλίζεται άδεια παραμονής. Ο Νόμος προβλέπεται να αλλάξει και η άδεια εργασίας δεν θα περιορίζεται σε συγκεκριμένη δουλειά ή εργοδότη επιτρέποντας στο μετανάστη να αλλάζει εργασία. Αν ένας μετανάστης – εργάτης χάσει τη δουλειά του / της αλλά, έχει ακόμα άδεια παραμονής που ισχύει, τα έξοδα για την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση καλύπτονται από την Τοπική Δημοτική Αρχή. Ο Γερμανικός νόμος εναντίον του trafficking επιτρέπει στις σεξουαλικά εκδιδόμενες παράνομες μετανάστριες οι οποίες είναι θύματα του trafficking, μια περίοδο τεσσάρων εβδομάδων προκειμένου να αποφασίσουν αν θα καταθέσουν εναντίον των εκμεταλλευτών τους στο δικαστήριο. Αν καταθέσουν, έχουν το δικαίωμα να παραμείνουν και θα πάρουν άδεια εργασίας, βοήθεια για στέγαση, ιατρική φροντίδα, κοινωνική υποστήριξη σε συνεργασία με ειδικούς από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για τα παιδιά συνδέεται άμεσα με το νομικό καθεστώς των γονιών και αν οι γονείς δεν βρίσκονται νόμιμα στη χώρα, τα παιδιά έχουν μόνο πρόσβαση στα επείγοντα. Παρόλα αυτά οι δημόσιες αρχές και οι Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί (συμπεριλαμβανομένων και των Συμβουλευτικών Κέντρων για HIV/ AIDS και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων), συνεργάζονται έτσι ώστε να οργανώσουν κοινωνική και ιατρική υποστήριξη για τα μέλη των οικογενειών των παράνομων μεταναστών. Στην πράξη αυτό σημαίνει φροντίδα για τις μητέρες και τα παιδιά, προκειμένου να έχουν πρόσβαση στη βασική παιδιατρική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένου και του εμβολιασμού. Πρόσφατα εφαρμόστηκε στο Βερολίνο χρέωση 10 € για το HIV τεστ. Η απόφαση να χρεώνουν ένα ποσό, πάρθηκε από τα συμβουλευτικά κέντρα και αυτοί που δεν μπορούν να ανταποκριθούν εξαιρούνται.

Στην Ελλάδα, προκειμένου να αποκτήσει άδεια παραμονής, ένας παράνομος μετανάστης πρέπει να εφοδιαστεί με ένα πιστοποιητικό υγείας από ένα Δημόσιο

Ινστιτούτο Υγείας το κόστος του οποίου καλύπτεται από τον ίδιο. Τα παιδιά των παράνομων μεταναστών εξασφαλίζουν ιατρική φροντίδα, αφού η νομοθεσία προβλέπει την παροχή υπηρεσιών υγείας ακόμα και στα παιδιά που βρίσκονται παράνομα στη χώρα. Οι παράνομοι μετανάστες μπορούν να νοσηλεύονται σε νοσοκομεία και να παίρνουν θεραπευτική αγωγή σε επείγουσες καταστάσεις, αλλά οφείλουν οι ίδιοι να πληρώσουν. Σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών, οι παράνομοι μετανάστες που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν το κόστος, απευθύνονται σε Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Καμιά χρέωση δεν υπάρχει για νοσηλεία και ιατρική ή φαρμακευτική φροντίδα για μετανάστες με μεταδοτικές ασθένειες στην περίπτωση κατά τη οποία δεν μπορεί να τους εξασφαλιστεί η απαραίτητη φροντίδα στη χώρα καταγωγής τους ή σε όποια άλλη χώρα νόμιμα μπορούν να επιστρέψουν.

Στην Ιταλία, παρέχονται στους "προσωρινά παρόντες ξένους" χωρίς άδεια παραμονής, ειδικές κάρτες υγείας, οι οποίες τους επιτρέπουν την πρόσβαση στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, εκτός των γενικών γιατρών. Οι άδειες παραμονής συνδέονται με τα συμβόλαια εργασίας. Αν έχει λήξει η άδεια παραμονής, ο κάτοχός της έχει περιθώριο 6 μηνών προκειμένου να βρει νέα εργασία. Η μεγαλύτερη διάρκεια ισχύς της άδειας παραμονής μειώθηκε το 2002 από 4 χρόνια στα 2 χρόνια. Εξαιτίας των γραφειοκρατικών καθυστερήσεων, η περίοδος ανανέωσης μπορεί να ξεπεράσει τον 1 χρόνο, κατά τη διάρκεια του οποίου ο αιτών γίνεται παράνομος και δεν εξασφαλίζει πια πλήρη πρόσβαση στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας (συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε γενικό ιατρό). Στην πράξη όμως κάποιες τοπικές ιατρικές αρχές δίνουν στους μετανάστες που βρίσκονται σ' αυτή την κατάσταση ένα διάστημα "χάρης" για ένα μήνα κατά τον οποίο συνεχίζουν να χρησιμοποιούν τον γενικό γιατρό τους. Οι σεξουαλικά εκδιδόμενοι οι οποίοι καταδίδουν τους εκμεταλλευτές τους μπαίνουν στο πρόγραμμα «κοινωνικής προστασίας» και λαμβάνουν μια εξάμηνη άδεια παραμονής με σκοπό να σπουδάσουν ή να αναζητήσουν εργασία, υπάρχει δυνατότητα ανανέωσης μέχρι και ένα χρόνο και επακόλουθη παραμονή εάν βρεθεί σταθερή εργασία για αυτόν μέσα σ' αυτό το χρονικό διάστημα. Σε όλες τις μητέρες παρέχονται φροντίδες υγείας. Οι παράνομες μετανάστριες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης, εξασφαλίζουν άδεια παραμονής που διαρκεί κατά την εγκυμοσύνη και για τους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού. Όμως στην πραγματικότητα πολύ λίγες από αυτές τις γυναίκες ζητούν την άδεια αυτή εξαιτίας του φόβου να προσδιοριστεί η ταυτότητά τους και να απελαθούν μετά τη λήξη της προσωρινής άδειας παραμονής. Αν ο γονέας δεν διαμένει

μόνιμα στη χώρα, τα παιδιά δεν δικαιούνται να χρησιμοποιούν τον παιδίατρό τους (στην Ιταλία όλα τα παιδιά μέχρι την ηλικία των 18 ετών έχουν «Παιδίατρο»), μπορούν όμως να χρησιμοποιούν άλλες υπηρεσίες, παιδιατρικές και νοσοκομειακές. Οι παράνομοι μετανάστες, που κατέχουν την ειδική κάρτα υγείας, υπόκεινται στην πληρωμή ενός "εισιτηρίου" για τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, όπως και οι Ιταλοί πολίτες (ανώτερο ποσό 37,50 €), όμως το κόστος μπορεί να μην καταβληθεί εάν καταθέσουν πιστοποιητικά απορίας. Το τεστ για HIV είναι δωρεάν. Μερικές υπηρεσίες στα επείγοντα χρεώνουν θεραπείες, επικαλούμενες το σκεπτικό ότι δεν είναι επείγουσες.

Τέλος στην Ισπανία αποκλείοντας την οικογενειακή επανένωση, άδεια εργασίας εν ισχύ ζητείται απαραίτητως για να εξασφαλιστεί μια προσωρινή άδεια παραμονής. Η διάρκεια της παραμονής στηρίζεται και εδώ στη χορήγηση άδειας εργασίας. Μετά από ένα χρόνο, η άδεια παραμονής ανανεώνεται για άλλα 2 χρόνια και στη συνέχεια για άλλα δύο. Μόνιμες άδειες χορηγούνται στους ξένους που μπορούν να αποδείξουν ότι 5 χρόνια είναι νόμιμοι και παρέμεναν συνεχώς στην Ισπανία, υπό τον όρο ότι δεν έφυγαν παράνομα από τη χώρα. Από το 2000, το δικαίωμα στην κάλυψη στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας έχει επεκταθεί στους παράνομους μετανάστες εφ' όσον αυτοί έχουν εγγραφεί στην τοπική Δημοτική Αρχή στην οποία διαμένουν. Με τον τρόπο αυτό, σαν ξένοι που ζουν στην Ισπανία τα μέλη των οικογενειών τους μπορούν επίσης να ωφεληθούν από το δικαίωμά να χρησιμοποιούν τη Δημόσια Ιατρική βοήθεια. Οι κάτοχοι της "Κάρτας Υγείας" έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις ιατρικές υπηρεσίες και μειωμένες τιμές για συνταγές γιατρών. Όσοι απ' αυτούς δεν έχουν οικονομικούς πόρους, έχουν πρόσβαση σε συνταγογράφηση χωρίς χρέωση.

Συνδέοντας τις πληροφορίες στην Αυστρία οι παράνομοι μετανάστες δεν δικαιούνται καμιά πρόσβαση στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, εκτός αν πρόκειται για επείγουσα θεραπεία. Στη Γερμανία, έχουν πρόσβαση μόνο σε περιορισμένες Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, όπως και στην Ιταλία, όπου οι παράνομοι μετανάστες δεν δικαιούνται να χρησιμοποιούν γενικό γιατρό. Στην Ισπανία οι παράνομοι μετανάστες έχουν πλήρη πρόσβαση στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, εφ' όσον καταγραφούν στις Τοπικές Αρχές που μένουν. Για να καταγραφούν οι παράνομοι μετανάστες πρέπει να δείξουν διαβατήριο σε ισχύ και να αποδείξουν τη διεύθυνση κατοικίας τους. Στην Ιταλία ορισμένες υπηρεσίες υγείας όσο, και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, είναι εξουσιοδοτημένες να προμηθεύουν "STP" κάρτες την πρώτη φορά που οι παράνομοι μετανάστες χρησιμοποιούν ιατρική φροντίδα και δεν απαιτούνται καθόλου επίσημα έγγραφα (πολλοί

παράνομοι μετανάστες δίνουν τη δ/ση της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης ή της υπηρεσίας υγείας για την έκδοση "STP" κάρτας). Στην Ελλάδα ο νόμος είναι λιγότερο ξεκάθαρος, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν υποχρεώνονται να προσφέρουν ιατρική φροντίδα στους μη έχοντες έγγραφα. Εξαιρούνται όμως τα νοσοκομεία, τα επείγοντα και οι υπηρεσίες για παιδιά.

Οι οργανώσεις υπεράσπισης σε πολλές χώρες έχουν σημειώσει ότι οι νόμοι για τη μετανάστευση μπορεί πραγματικά να αυξάνουν τις περιθωριακές καταστάσεις, εμποδίζοντας την πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα. Με την εφαρμογή του νέου νόμου για τη μετανάστευση στην Ιταλία το 2002, για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας έχουν παρατηρήσει μια αύξηση του αριθμού καταστάσεων ανασφάλειας, με ανθρώπους που γίνονται "παράνομοι", ως άμεση συνέπεια της εφαρμογής του Νόμου και μια μείωση του αριθμού των αιτούντων για την ειδική "STP" κάρτα υγείας. Επίσης έχει σημειωθεί μια πρόσφατη αύξηση των εκδιδόμενων γυναικών σε οίκους ανοχής, ως αποτέλεσμα του νέου νόμου που απαγορεύει την ύπαρξη εκδιδόμενων ατόμων στο δρόμο.

Παρά τις αντιφάσεις και τα μειονεκτήματα υπάρχουν κάποια παραδείγματα καλής πρακτικής. Στην Ελλάδα και την Ιταλία για παράδειγμα, οι παράνομοι μετανάστες που χρησιμοποιούν τις «ευκολίες» υγείας, δεν αναφέρονται στην αστυνομία και στις υπηρεσίες για τη μετανάστευση. Ο Γερμανικός νόμος επιτρέπει στα δημόσια κέντρα παροχής υγειονομικής φροντίδας να προσφέρουν διάγνωση και θεραπεία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συμπεριλαμβανόμενου και του HIV, της ηπατίτιδας και της φυματίωσης ανώνυμα, δωρεάν λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση των παράνομων μεταναστών. Ο Ιταλικός νόμος κατηγορηματικά απαγορεύει στο προσωπικό στις υπηρεσίες υγείας να αναφέρουν τους παράνομους μετανάστες στις Αρχές. Σύμφωνα με την Ιταλική νομοθεσία¹¹ η κοινωνική υποστήριξη και αποκατάσταση είναι διαθέσιμη για τις γυναίκες που επιθυμούν να αφήσουν το σεξουαλικό "επάγγελμα" και να καταγγείλουν τους προαγωγούς τους. Επίσης στην Ιταλία υπάρχουν μια σειρά από αμνηστίες για μερικές κατηγορίες παρανόμων μεταναστών, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να νομιμοποιηθούν υπό τον όρο ότι εργάζονται και ο εργοδότης τους δέχεται να καταβάλλει τις αναγκαίες εισφορές.

¹¹ Νόμος 286/1998 Testo unico sull'immigrazione Decreto legislativo, testo coordinato, 25.07.1998 n° 286 G.U. 18.08.1998 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.altalex.com/index.php?idnot=836> ημερομηνία επίσκεψης 18/09/2011

2.3 Η κατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η παροχή υπηρεσιών υγείας προς όλους αδιακρίτως είναι αγαθό που καθορίζεται και προστατεύεται από το ίδιο το Σύνταγμα αλλά και τους νόμους της χώρας. Παρακάτω θα αναφέρουμε σε κάποια από τα άρθρα του Συντάγματος καθώς και στην υπάρχουσα νομοθεσία, από τα οποία διαφαίνεται ξεκάθαρα πως όλοι ανεξαρτήτως όσοι κατοικούν στη χώρα έχουν τα ίδια δικαιώματα ως προς τις υπηρεσίες υγείας.

Πιο αναλυτικά με βάση το Σύνταγμα της Ελλάδος ισχύουν τα κάτωθι:

Σύμφωνα με το άρθρο 2, παρ.1 του Ελληνικού Συντάγματος « Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας»¹².

Σύμφωνα με το άρθρο 5, παρ.2 του Ελληνικού Συντάγματος « Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο. Απαγορεύεται η έκδοση αλλοδαπού που διώκεται για τη δράση του υπέρ της ελευθερίας»¹³.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ.5 του νέου Συντάγματος (αναθεώρηση Απρίλιος 2001) «*καθένας έχει δικαίωμα στην υγεία και τη γενετική ταυτότητα*»¹⁴.

Σύμφωνα με το άρθρο 21, παρ.3 « Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»¹⁵.

Η «Σύμβαση δια την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών» της 4.11.1950 τροποποιημένη από τα Πρωτόκολλα 3 και 5 των 1963 και 1966 κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν. Δ. 53/19.9.1974 (ΦΕΚ 256/Α') και αποτελεί εσωτερικό δίκαιο αυξημένης ισχύος : Σύμφωνα με το άρθρο 14 (**Απαγόρευση των διακρίσεων**) «*Η χρήση των αναγνωριζομένων εν τη παρούση*

¹² Βουλή των Ελλήνων (2010). *Το Σύνταγμα της Ελλάδας*, Αθήνα , σελ. 19 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4-bd82-bbba28ca1ef5/SYNTAGMA.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 13/09/2011

¹³ Βουλή των Ελλήνων ό π , σελ. 21.

¹⁴ Βουλή των Ελλήνων ό π ,σελ. 22.

¹⁵ Βουλή των Ελλήνων ό π. , σελ. 36.

Συμβάσει δικαιωμάτων και ελευθεριών δέον να εξασφαλισθή ασχέτως διακρίσεως φύλου, φυλής, χρώματος, γλώσσης, θρησκείας, πολιτικών η άλλων πεποιθήσεων, εθνικής η κοινωνικής προελεύσεως, συμμετοχής εις εθνικήν μειονότητα, περιουσίας, γεννήσεως η άλλης καταστάσεως¹⁶».

Το έβδομο πρόσθετο πρωτόκολλο, ν. 1705 / 1987 (ΦΕΚ Α 89 /12.6.1987), άρθρο 1, παρ 2 αναφέρει: « Αλλοδαπός μπορεί να απελαθεί και πριν την άσκηση των δικαιωμάτων που προβλέπονται στην παρ. 1α, β και γ αυτού του άρθρου όταν αυτή η απέλαση είναι αναγκαία για το συμφέρον της δημόσιας τάξης η επιβάλλεται για λόγους εθνικής ασφάλειας». Να σημειωθεί εδώ, ότι η παραπάνω απαρίθμηση είναι περιοριστική, δεν αναφέρεται δε σε δημόσια υγεία, που σημαίνει «όχι» για λόγους δημόσιας υγείας.

Ενώ η ισχύουσα νομοθεσία είναι η κάτωθι:

- **Σύμφωνα με το άρθρο 23, παρ.1 Ν.Δ. 3989/1959 ΦΕΚ Α 201 «Κύρωση Πολυμερούς Σύμβασης Νομικής Καταστάσεως Προσφύγων»,**
« αι συμβαλλόμενοι χώροι θα επιφυλάσσουν εις τους νομίμους διαμένοντας επί του εδάφους αυτών πρόσφυγας μεταχείρισιν οίαν και εις τους υπηκόους αυτών, όσον αφορά την υπό του δημοσίου παρεχομένην πρόνοια και συνδρομήν ».
- **Σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ.1 του ιδίου Ν.Δ.** «αι συμβαλλόμενοι χώροι θα επιφυλάσσουν εις τους νομίμους διαμένοντας επί του εδάφους αυτών πρόσφυγας μεταχείρισιν οίαν και εις τους υπηκόους αυτών, όσον αφορά τα κάτωθι περιπτώσεις: «...β. Η κοινωνική Ασφάλις (νομοθετικά διατάξεις αναφερόμεναι εις εργατικά ατυχήματα, επαγγελματικές ασθένειας, μητρότητα, ασθενείας εν γένει, αναπηρίαν, γήρας, θάνατον, ανεργίαν, ...».Η παραπάνω αναφορά γίνεται σε εκείνους που νόμιμα διαμένουν στη χώρα. Το πρόβλημα όμως, που την τελευταία δεκαετία αντιμετωπίσαμε και εμείς και άλλες χώρες,

¹⁶ Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (2010) Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών. ΕΔΑΔ, Στρασβούργο. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GRE_CONV.pdf

ημερομηνία επίσκεψης 13/09/2011

είναι με εκείνους που δεν έχουν αυτές τις νόμιμες προϋποθέσεις.

- **Ο νόμος 1975/1991 ΦΕΚ Α 184** « *Είσοδος - έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις*» χαρακτηρίζεται από αστυνομική λογική. Βασικές αρχές αποτελούν η απαγόρευση εργασίας, όταν δεν υπάρχει άδεια εργασίας, η απέλαση ως τιμωρία για τους αλλοδαπούς και ο περιορισμός των κινήσεων ακόμη και των νόμιμων αλλοδαπών για « λόγους ασφαλείας του κράτους»¹⁷. Στο άρθρο 6 παρ.5 αναφέρει ότι « *απαγορεύεται η είσοδος αλλοδαπού στο ελληνικό έδαφος αν: α. πάσχει από ασθένεια, η οποία με απόφαση του αρμόδιου για θέματα υγείας υπουργού έχει κριθεί, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ότι δύναται να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία*».
- **Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ.2 Π.Δ. 358/1997:** « Μαζί με την υποβολή της αίτησης οφείλει ο αλλοδαπός να προσκομίσει πιστοποιητικό κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ότι δεν πάσχει από ασθένεια που προβλέπεται σε άρθρο 6 παρ. 5^α, Ν. 1975/1991 ΦΕΚ Α 184. Με βάση την παραπάνω διατύπωση, και εξαιτίας του γεγονότος ότι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δεν έλαβε μέρος στη διαδικασία του Π.Δ., δημιουργήθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα μέχρι να τεθεί, σε συνεργασία πλέον με το Υπουργείο Υγείας και το ΚΕΕΛ, η **ορθή τελικά ερμηνεία** ότι ελάχιστα μόνο νοσήματα είναι επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία ως αερογενώς μεταδιδόμενα (κίτρινος πυρετός, πανώλης, χολέρα και ουσιαστικά στις μέρες μας η φυματίωση).
- **Με το Π.Δ. 241/1998, η ορθή αυτή ερμηνεία άλλαξε το Π.Δ. 358/1997**, όπου σε άρθρο αναφερόταν ότι « το εδάφιο ε της παρ.2 του άρθρου 2 του Π.Δ. 241/1997 αντικαθίσταται ως εξής : « ε. *Πιστοποιητικό υγείας εκδιδόμενο από ημεδαπά κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα η Κέντρα Υγείας η θεραπευτήρια και ιατρεία του ΙΚΑ, ότι ο αλλοδαπός δεν πάσχει από νόσημα το οποίο, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δύναται να αποτελέσει κίνδυνο*

¹⁷ Μαράτου- Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005) Έκθεση Μετανάστευση και υγεία-πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης - Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης, ΕΚΚΕ, Αθήνα, σελ 9, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://mighealth.net/el/images/a/a0/%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B7%CE%95%CE%9A%CE%9A%CE%952005.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011

για τη δημόσια υγεία», επαναλαμβάνοντας δηλαδή την ορθή διατύπωση του ν. 1975 / 1991. Στην πράξη, πρόβλημα αναφέρεται αρκετές φορές με αλλοδαπούς οροθετικά άτομα, που κατά εσφαλμένη εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων, θεωρούνται από αστυνομικά όργανα ως επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία.

Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, εξέδωσε εγκύκλιο με αρ. πρωτ.Υ4α οικ. 8992/13.7.2000, που απηύθυνε στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και το ΕΚΑΒ με θέμα: «**Ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη αλλοδαπών**». Στην αιτιολογία για την έκδοση αυτής της εγκυκλίου αναφέρεται:

« Στα πλαίσια των ελέγχων, έχει παρατηρηθεί η παράνομη περίθαλψη από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ αλλοδαπών ασθενών εκτός Ε.Ε. αι Ε.Ο.Χ. που δεν διαθέτουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα και δεν καλύπτονται από τις σχετικές διακρατικές συμφωνίες, δημιουργώντας τις συνθήκες για την ύπαρξη ενός πραγματικού λαθρεμπορίου υγείας το οποίο εκμεταλλεύεται το Ελληνικό Δημόσιο για τον προσπορισμό ιδίου οφέλους ». Η εγκύκλιος θέτει σοβαρούς περιορισμούς για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους αλλοδαπούς, κυρίως δε σε αυτούς που δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα.

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

- ✓ Για την είσοδο αλλοδαπών, εκτός χωρών μελών της Ε.Ε., 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 η ότι έχει εκδοθεί παράνομα. Οι παροχές αυτές δίνονται δωρεάν και στους αναγνωρισμένους πολιτικούς πρόσφυγες.
- ✓ Στους αλλοδαπούς, οι οποίοι βρίσκονται προσωρινά στη χώρα (τουρίστες), δεν παρέχεται δωρεάν περίθαλψη ακόμη και στην περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εκτός εάν προέρχονται από τις χώρες του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού

Χάρτη.

- ✓ 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 τη σταθεροποίηση της υγείας τους»

Η παραπάνω εγκύκλιος ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων από φορείς των μεταναστών και από μη κυβερνητικές οργανώσεις. Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα σε ανακοίνωσή τους μεταξύ άλλων αναφέρουν: ότι η διάκριση επειγόντων και τακτικών περιστατικών, την οποία θα διενεργούν ενυπόγραφα οι υπεύθυνοι των Εφημεριών, είναι ταυτόχρονα ιατρικά ανέφικτη και επικίνδυνη. Ιατρικά ανέφικτη είναι γιατί ο διαχωρισμός είναι εκ των προτέρων επισφαλής αφού για παράδειγμα είναι δύσκολη η απάντηση σε ένα ερώτημα όπως "μια πάθηση του αναπνευστικού, η οποία χωρίς θεραπεία μπορεί ανά πάσα στιγμή να εξελιχθεί σε μοιραία οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, είναι οξύ ή σταθεροποιημένο χρόνιο περιστατικό;"¹⁸.

- **Ο Νόμος 2910/2001**, «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια, Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας και άλλες διατάξεις», της 4.4.2001 (ΦΕΚ Α/2.5.2001), προσπαθεί να συγκεντρώσει όλη την τεχνογνωσία που μέχρι τότε αποκτήθηκε. Ένα νέο στοιχείο υπεισέρχεται, αυτό το να μην επιβαρύνεται οικονομικά το Ελληνικό Δημόσιο, από κάθε παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε μετανάστη η πρόσφυγα, ο οποίος απαραίτητα θα πρέπει να νοσηλεύεται με δικά του έξοδα η με έξοδα του ασφαλιστικού του οργανισμού.

Θα πρέπει να επισημανθεί εξ αρχής ότι στα ζητήματα ασφάλισης της υγείας, όπως αναφέραμε λόγω της ύπαρξης διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών (νόμιμοι και παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες ομογενείς και πρόσφυγες), δεν υπάρχει ένας ενιαίος τρόπος ρύθμισης. Παρακάτω θα αναφερθούμε στις δύο πολυπληθέστερες κατηγορίες μεταναστών, σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου

¹⁸ Ανοιχτή επιστολή της 11 Αυγούστου 2000

2910/2001.

2.3.1 Νόμιμοι οικονομικοί μετανάστες

Στο Νόμο 2910/2001, και συγκεκριμένα στο άρθρο 39 παρ.1 του κεφαλαίου για τα δικαιώματα και της υποχρεώσεις των αλλοδαπών, αναφέρεται ότι «...αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαλιζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ίδιων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους ημεδαπούς». Επομένως, οι αλλοδαποί εκείνοι που έχουν εισέλθει στη χώρα και παραμένουν νόμιμα, εφόσον απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας η ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα, έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να ασφαλιζονται στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες και δικαιούνται τις ίδιες παροχές...»¹⁹.

Προκειμένου να παρασχεθεί νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη «...σε αυτή τη κατηγορία αλλοδαπών, απαιτείται η προσκόμιση βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα για να καλυφθεί η δαπάνη από αυτόν. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει βιβλιάριο υγείας ασφαλιστικού φορέα, υποχρεούνται να πληρώσουν τη δαπάνη της νοσηλείας τους. Κατ'εξίαιρεση, 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...»²⁰.

2.3.2. Παράνομοι οικονομικοί μετανάστες

Παρά τη νομιμοποίηση μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, εντούτοις εξακολουθούν να υπάρχουν πολλοί παράνομα διαμένοντες αλλοδαποί και οικονομικοί μετανάστες. Σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση των αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών μη νόμιμων, τόσο στον προηγούμενο νόμο (1975/91, άρ.31, παρ2), όσο και στο νέο νόμο (2910/2001, αρ. 51, παρ1) υπάρχει διάταξη σύμφωνα με την οποία « τα νομικά πρόσωπα δημοσίου η ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο Ελληνικό έδαφος αν δεν

¹⁹ Μαράτου – Αλιπράντη, Γκαζόν, ό π., σελ. 14.

²⁰ Στο ίδιο , σελ. 15.

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». Ο νεότερος νόμος συμπληρώνει την παραπάνω διάταξη προβλέποντας ότι εξαιρούνται τα ανήλικα παιδιά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα παροχής ιατροφαρμακευτικής στήριξης καθώς και μη ικανοποίηση οποιουδήποτε θέματος μετανάστη αλλοδαπού, που δεν διαμένει νόμιμα στη χώρα μας²¹.

Επιπλέον σύμφωνα με το **άρθρο 54 παρ.2 του ίδιου νόμου** «*οι διευθυντές ξενοδοχείων, παραθεριστικών κέντρων, κλινικών και θεραπευτηρίων οφείλουν να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και την αναχώρηση αλλοδαπών που φιλοξενούν*». Η ρύθμιση αυτή προσβάλλει βάνανυσα το ιατρικό απόρρητο, καθιστά τον γιατρό ουσιαστικά επίορκο και το σημαντικότερο αποθαρρύνει τους μετανάστες να τεθούν υπό ιατρική μέριμνα και επιδημιολογική παρακολούθηση, με αποτέλεσμα σημαντικότερους κινδύνους για τη δημόσια υγεία. Ο ιατρός οφείλει να περιθάλπει, δεν καταδίδει, με μόνη εξαίρεση βαρύτατους εγκληματίες του κοινού ποινικού δικαίου, εκτός και αν ο ίδιος ο ασθενής έχει παράσχει συναίνεση, ως προϊόν ελεύθερης βούλησης.

Η προσπάθεια αντιμετώπισης των διακρίσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας τους μετανάστες, αλλά και της διαφύλαξης της Δημόσιας Υγείας βασίζεται πολλές φορές σε επισφαλές νομοθετικό έδαφος. Απαιτείται η καταγραφή και αρκετές φορές η αλλαγή του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου, όχι μόνο του Υπουργείου Υγείας, αλλά και όλη η λοιπή νομοθεσία (αγορανομική, περιβαλλοντική κτλ). Γιατί εκεί που νομίζουμε ότι έχουμε επιλύσει προβλήματα, άλλα αναφύονται σε άλλο νόμο, που ανατρέπει τα ήδη υπάρχοντα.

2.4 Μεταναστευτική πολιτική και κοινωνική προστασία

Η μεταναστευτική πολιτική αφορά το σύνολο των πολιτικών παρεμβάσεων και ρυθμίσεων και προϋποθέτει την αναγκαία και αποτελεσματική θεσμική συγκρότηση για

²¹ Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., (1996). «Ξένο εργατικό δυναμικό: Τάσεις και το πρόβλημα της κοινωνικής ενσωμάτωσης» στο Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη, Ε. Φρονίμου, (επιμ.) *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, ΕΚΚΕ Αθήνα, Α' Τόμος, σελ. 275-306.

την εφαρμογή τους. Συνεπώς η πολιτική για τη μετανάστευση αποτελεί μέρος της συνολικής πολιτικής για την κοινωνία, την οικονομία και την κοινωνική συνοχή.

Η άμεση συσχέτιση της μεταναστευτικής πολιτικής με την κοινωνική πολιτική και την κοινωνική προστασία φανερώνεται στον παρακάτω ορισμό²².

Η μεταναστευτική πολιτική ορίζεται ως το σύνολο των μέτρων και των υιοθετημένων κοινωνικών πρακτικών-σύμφωνα με δυο αναγκαίους και συμπληρωματικούς άξονες- οι οποίοι:

α) Ρυθμίζουν και ελέγχουν την είσοδο, την διαμονή και την απασχόληση των μη πολιτών μιας συγκεκριμένης κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων για ενθάρρυνση για επιστροφή ή προσωρινή διαμονή και για την καταπολέμηση της λαθρομετανάστευσης.

β) Αντιμετωπίζουν τους ήδη εγκατεστημένους μεταναστευτικούς πληθυσμούς σε εθνικό έδαφος. Με άλλα λόγια, ο δεύτερος άξονας αποτελεί τον άξονα της καθαρής κοινωνικής πολιτικής που διακρίνεται στις επιμέρους εθνικές πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών, είτε αυτές αφορούν στην εκπαιδευτική πολιτική είτε στην στεγαστική πολιτική είτε στις πολιτικές της κοινωνικής ασφάλισης, υγείας και πρόνοιας είτε στις πολιτικές απασχόλησης που εφαρμόζονται στους νόμιμους πληθυσμούς, οι οποίοι δεν διαθέτουν την εθνικότητα της χώρας, στην οποία είναι εγκατεστημένοι.

Η κοινωνική προστασία στοχεύει στη μείωση των φαινομένων ευπάθειας και στον έλεγχο των οικονομικών κινδύνων που αντιμετωπίζουν τα άτομα, τα νοικοκυριά και ολόκληρες περιοχές. Η κοινωνική προστασία περιλαμβάνει παρεμβάσεις και πρωτοβουλίες οι οποίες στηρίζουν τα άτομα, τα νοικοκυριά και τις περιοχές στις προσπάθειες τους να εμποδίσουν, να μετριάσουν και να ξεπεράσουν τους κινδύνους, την ευπάθεια καθώς και να ενισχύσουν την κοινωνική τους θέση και τα δικαιώματά τους. Κατά συνέπεια, η κοινωνική προστασία περιλαμβάνει επίσημους και ανεπίσημους μηχανισμούς ελέγχου των κοινωνικών κινδύνων αλλά επιπλέον συμπεριλαμβάνει

²² Παπαδοπούλου Δ., (2006) «Μορφές κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών», στο Χ. Μπάγκαβος, Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.) *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία* Gutenberg, Αθήνα, σελ.293

πολιτικές διαδικασίες οι οποίες ενδυναμώνουν και καλύπτουν τις περιθωριοποιημένες ομάδες όσον αφορά την πρόσβαση στους μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας²³.

Το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας εμφανίζει δύο χαρακτηριστικά. Την περιορισμένη ανάπτυξη γενικών προγραμμάτων δημόσιας αντίληψης (δηλ. παροχές προς τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού) και αντίστοιχα την έλλειψη εξειδικευμένων μέτρων για συγκεκριμένες ανάγκες των ομάδων εκείνων του πληθυσμού που αντιμετωπίζουν προβλήματα ένταξης, προσαρμογής ή ακόμα και το δικαίωμα της αξιοπρεπούς διαβίωσης²⁴.

Όσον αφορά τα μέλη των μεταναστευτικών ομάδων βαθμιαία μέσω της εργασίας τους αποκτούν ίσα δικαιώματα πρόσβασης στο σύστημα των κοινωνικών παροχών χωρίς αυτό όμως να συνεπάγεται πως οι ανάγκες τους καλύπτονται. Αυτό το φαινόμενο εμφανίζεται διότι το κράτος πρόνοιας δεν επιτυγχάνει να παρέχει αξιόπιστες λύσεις στις νέες ανάγκες που παρουσιάζονται, έτσι περιορίζονται συνεχώς οι δυνατότητες κοινωνικής ενσωμάτωσης των νέων εργαζόμενων ομάδων²⁵. Συνήθως επισημαίνονται δυο κύριοι παράγοντες για την απουσία ενός ολοκληρωμένου πλέγματος υπηρεσιών δημόσιας αντίληψης: η αδυναμία εισαγωγής ενός γενικού συστήματος ελάχιστου εισοδήματος και η έλλειψη αναγνώρισης ενός γνήσιου και αυτοτελούς προνοιακού δικαιώματος για αντίστοιχες υπηρεσίες

α) Ένα γενικό σύστημα ελάχιστου εισοδήματος κατευθύνεται στην οικονομική κάλυψη κάθε ατόμου που αποδεδειγμένα βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης²⁶.

β) Οι υπηρεσίες δημόσιας αντίληψης για την κοινωνική αποκατάσταση διακρίνονται συνήθως σε δυο κατηγορίες που επικεντρώνονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ομάδων-στόχων που προορίζονται να καλύψουν: υπηρεσίες προς τις αποκαλούμενες ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού(μακροχρόνια άνεργοι, ανασφάλιστοι ηλικιωμένοι,

²³ Lucas, R. (2008) *Integrating migration issues into development planning*. International Labour Office Geneva, σελ. 14 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp93.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 30/06/2011

²⁴ Αμίτσης, Γ.(2001) Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα σελ. 202-203

²⁵ Skamnakis Ch., (2007), "Migrant groups in a deficient system of social protection. Informal practices of social services employees as an element in accessibility", *The Greek Review of Social Research, special issue on "Gender and Migration: Aspects of Social Integration and Social policy"*, vol.124 (c) pp 121-138. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.grsr.gr/pdf/124_121-138.pdf ημερομηνία επίσκεψης 19/07/2011

²⁶ Στην περίπτωση αυτή η παρέμβαση των προνοιακών φορέων ενεργοποιεί ένα τελικό δίκτυο ασφαλείας που εξασφαλίζει τις προϋποθέσεις συντήρησης του ατόμου μέσω της παροχής οικονομικής ενίσχυσης. Η χώρα μας δεν έχει θεσμοθετήσει ακόμα ένα παρόμοιο σύστημα.

άστεγοι, πρόσφυγες κ.α.) και υπηρεσίες προς τα θύματα φυσικών καταστροφών και έκτακτων γεγονότων²⁷.

Οι φορείς Πρόνοιας κατατάσσονται σε τέσσερις τομείς:

α) Δημόσιος τομέας. Στο Δημόσιο περιλαμβάνονται οι κρατικές υπηρεσίες, ιδίως εκείνες του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, τόσο σε κεντρικό όσο και σε Περιφερειακό και Νομαρχιακό επίπεδο. Ακόμη, στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κοινωνικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και φορείς του πρώτου και δεύτερου βαθμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

β) Ιδιωτικός Κερδοσκοπικός Τομέας. Οι φορείς που ανήκουν σε αυτό τον τομέα λειτουργούν με άδεια των κρατικών αρχών ώστε να διασφαλίζεται ότι τηρούνται οι σχετικές προδιαγραφές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι βρεφικοί σταθμοί, οι οίκοι ευγηρίας, οι παιδικές κατασκηνώσεις αλλά και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία.

γ) Εθελοντικός Μη-Κερδοσκοπικός Τομέας. Εδώ ανήκουν μη κυβερνητικοί φορείς όπως η εκκλησία, οι Εθελοντικές οργανώσεις και τα Φιλανθρωπικά σωματεία. Λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των αρμόδιων Υπουργείων.

δ) Δίκτυα Άτυπης Φροντίδας. Στον τομέα αυτό εντάσσονται οι φορείς αυτοβοήθειας και τα δίκτυα άτυπης φροντίδας. Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας. Στην Ελλάδα τα άτυπα δίκτυα υποκαθιστούν σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο των κοινωνικών υπηρεσιών²⁸.

Οι αρμοδιότητες άσκησης προνοιακής πολιτικής εντοπίζονται σε τέσσερα επίπεδα που αντιστοιχούν στην διοικητική οργάνωση του Ελληνικού κράτους. Αυτά τα επίπεδα είναι η Κεντρική, η Περιφερειακή, η Νομαρχιακή και η Τοπική Αυτοδιοίκηση²⁹.

Σύμφωνα με την μελέτη του Χ. Σκαμνάκη³⁰ κάθε βαθμίδα αυτοδιοίκησης αναπτύσσει την πολιτική της στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας αυτόνομα και ανεξάρτητα από το άλλο με αποτέλεσμα να μην καθίσταται δυνατή η συνεργασία μεταξύ

²⁷ Αμίτσης Γ. , ό .π., σελ. 202-203.

²⁸ Σταθόπουλος Α. Π. (2005) *Κοινωνική Πρόνοια* εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα σελ. 226-241

²⁹ Αμίτσης Γ. , ό π. σελ. 138

³⁰ Σκαμνάκης Χ. (2006) Ο ρόλος των φορέων της Αυτοδιοίκησης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής: Η περίπτωση των φορέων της Αχαΐας. Gutenberg, Αθήνα, σελ. 411

των δράσεων που πηγάζουν από διαφορετικό επίπεδο αυτοδιοίκησης. Το σύνολο των παρεμβάσεων της αυτοδιοίκησης, στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας αποτελούν ένα φάσμα μηχανισμών και παρεμβάσεων χωρίς ωστόσο να εξασφαλίζεται η εσωτερική του συνοχή. Το άθροισμα των δράσεων που έχουν ως κεντρικό φορέα ευθύνης την αυτοδιοίκηση συγκροτεί ένα ατελές σύνολο με αποσπασματικές δράσεις σε μια σειρά ζητημάτων. Η ασυνέχεια αυτή περιορίζει τις δυνατότητες των φορέων της αυτοδιοίκησης στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής και καθιστά το ρόλο της συμπληρωματικό των κεντρικών μηχανισμών κοινωνικής προστασίας. Οι φορείς της αυτοδιοίκησης δεν έχουν δυνατότητα να συγκροτήσουν ένα σύστημα κοινωνικής πολιτικής στο τοπικό επίπεδο. Οι περιπτώσεις της Νομαρχιακής αυτοδιοίκησης Αχαΐας και του δήμου της Πάτρας όπως θα αναφέρουμε και παρακάτω ενισχύουν την διαπίστωση αυτή. Οι δράσεις που αναλαμβάνουν και υλοποιούν οι φορείς των δυο βαθμίδων αυτοδιοίκησης δεν είναι προσανατολισμένες στη διαμόρφωση αυτόνομων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας είναι όμως σημαντικές και βοηθούν σε σημαντικό βαθμό το πρόβλημα των παράνομων κυρίως μεταναστών που υπάρχει στην περιοχή.

Γενικά, ο ρόλος της αυτοδιοίκησης στο σύστημα κοινωνικής πολιτικής οροθετείται από το κράτος και εξυπηρετεί ανάγκες του συστήματος κοινωνικής πολιτικής, όπως αυτές διαμορφώνονται σε επίπεδο περιφερειακό ή και εθνικό. Ωστόσο, η αυτοδιοίκηση είναι σε θέση να αναπτύσσει πρωτοβουλίες και να οργανώνει παρεμβάσεις στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας με δικές της δυνάμεις, αλλά κυρίως δεχόμενη ενισχύσεις από τοπικές συνεργασίες, εθνικά προγράμματα, ή και χρηματοδοτήσεις από την Ε.Ε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

3.1 Το προφίλ υγείας των μεταναστών

Η γνώση μας γύρω από το προφίλ υγείας του πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένη. Ελάχιστες είναι οι μελέτες που αφορούν προβλήματα υγείας σε αυτό τον πληθυσμό και ελάχιστα τα επιδημιολογικά δεδομένα.

Οι περισσότερες ερευνητικές εργασίες εξετάζουν τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών. Τα αποτελέσματα των ερευνών θα τα αναφέρουμε μόνο επιγραμματικά προκειμένου να αναδείξουμε τον τρόπο με τον οποίο οι μετανάστες νόμιμοι και παράνομοι συμβάλουν στην μεταβολή και την αύξηση εμφάνισης των κρουσμάτων κάποιων ασθενειών.

Αποτελέσματα αυτών των ερευνών (Καpanακί κ.α., 2005³¹; Κωνσταντινίδης κ.α., 2000³²; Παιονίδης κ.α., 1995³³) δείχνουν μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση. Επιπλέον, η συχνότητα απομόνωσης της αντοχής του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα πρώτης γραμμής αντιφυματικά φάρμακα, σύμφωνα με τους Καναβάκη κ.α. (2007)³⁴, παρουσιάζει σταδιακή αύξηση, με αιχμή το 2000, ακολούθως δε σταδιακή κάμψη, διαγράφοντας παράλληλη τροχιά με αυτή του μεταναστευτικού κύματος. Η αντοχή (ισονιαζίδη 13% και ριφαμπικίνη 6,4%) είναι μεγαλύτερη στον πληθυσμό των μεταναστών από ότι η αντοχή του μυκοβακτηριδίου σε Έλληνες (ισονιαζίδη 6,7% και ριφαμπικίνη 3%) ενώ και η πολυαντοχή MDR είναι υψηλότερη στον πληθυσμό των μεταναστών από τον πληθυσμό των Ελλήνων ασθενών (4,9% και 2,7% αντίστοιχα).

³¹ Καράμπελα, Σ. και συν. (2005) Επιδημιολογικές μεταβολές της φυματίωσης στην Ελλάδα, από τη συνεχιζόμενη μετανάστευση, *Πνεύμων*, 18(1):74-83 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.pneumon.org/795/newsid844/108> ημερομηνία επίσκεψης 30/06/2011.

³² Τσάρα, Β. και συν. (2000) Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-97. *Πνεύμων*, 13(1): 73-83. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.pneumon.org/774/newsid844/280> ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011

³³ Παιονίδης, Α. (1995) Η υγεία των παλιννοστούντων παιδιών. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, 7: 105-109.

³⁴ Καναβάκη, Σ., και συν, (2007) Η αντοχή του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα αντιφυματικά φάρμακα. Ελληνικά δεδομένα για τη δεκαετία 1997-2006. *Ιατρική*, 92(5):414-420.

Οι Pantazis κ.α. (2008)³⁵ διαπιστώνουν ότι ενώ στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β μειώνεται διαχρονικά ως αποτέλεσμα των προσπαθειών ενημέρωσης και των μέτρων πρόληψης και προφύλαξης (εμβολιασμός) υπάρχουν ομάδες του πληθυσμού, όπως οι μετανάστες, που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Β, για τις οποίες απαιτείται επιδημιολογική παρακολούθηση και παρέμβαση.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει και η μελέτη των Ρούσσος κ.α. (2001)³⁶, σύμφωνα με την οποία ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β είναι υψηλός για τις ομάδες μεταναστών από την Αλβανία και την Ασία που κατοικούν στην Αττική.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Raptopoulou κ.α.. (2009)³⁷ έδειξαν επίσης αλλαγή στην επιδημιολογία της ηπατίτιδας Β καθώς ο κυρίαρχος τύπος ηπατίτιδας ανάμεσα στους μετανάστες ασθενείς ήταν ο ΗΒεΑg(+) σε αντίθεση με τον ΗΒεΑg(-) που είναι ο κυρίαρχος τύπος ηπατίτιδας στο γηγενή πληθυσμό. Στη συγκεκριμένη μελέτη από το δείγμα 3.480 ασθενών που παρακολούθηθηκαν μεταξύ του 1997 και του 2006, το 18.6% αφορούσε ενήλικες μετανάστες από την Αλβανία, ενώ στον πληθυσμό των παιδιών ασθενών που περιλαμβάνονταν στο δείγμα το 56.6% ήταν παιδιά Αλβανικής καταγωγής.

Η ανασκόπηση των Γαλανάκη κ.α. (1998)³⁸ 2.231 εισαγωγών παιδιών αλβανικής υπηκοότητας στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κατά την εξαετία 1990-1995, έδειξε ότι τα παιδιά αλβανικής υπηκοότητας με διαμονή στην Ελλάδα νοσηλεύονταν κυρίως για ηπατίτιδα Β αλλά και β-μεσογειακή αναιμία.

Σύμφωνα με μελέτη του Δρίτσα (1996)³⁹ σε δείγμα άστεγων μεταναστών στην περιοχή της Αττικής ο επιπολασμός της φυματίωσης και τα ποσοστά Ηπατίτιδας Β και C είναι υψηλότερα αυτών που παρατηρούνται στο γηγενή πληθυσμό. Πολύ υψηλά

³⁵ Pantazis K., D., Elefsiniotis I., S., Brokalaki H. (2008). New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece. *Gastroenterol Res Pract.* 2008; 2008: 580341 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533103/> ημερομηνία επίσκεψης 30/06/2011

³⁶ Ρούσσος, Α. και συν. (2001) Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 35, σελ. 161-165.

³⁷ Raptopoulou, M. Et al (2009) Epidemiology, course and disease burden of chronic hepatitis B virus infection. HEPNET study for chronic hepatitis B: a multicentre Greek study. *Journal of Viral Hepatitis*. doi:10.1111/j.1365-2893.2008.01057.x διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

<http://www.keelplno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CE%97%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%82/epid.pdf>

ημερομηνία επίσκεψης 19/07/2011

³⁸ Γαλανάκης, Ε. και συν. (1998) Νοσηλεία παιδιών αλβανικής υπηκοότητας: πραγματικότητα, προβλήματα, προοπτικές, *Παιδιατρική* 61:276-286

³⁹ Δρίτσας, Σ., και συν, (1996) Επιπολασμός των ηπατίτιδων Β και C, της HIV-λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους λαθρομετανάστες των Αθηνών. *Ιατρική*, 70(4):347-350.

ποσοστά ηπατίτιδας Α και Β καταγράφονται και στον πληθυσμό των Ρομά που μελέτησαν οι Νικολάου κ.α. (1995)⁴⁰.

Οι Nikolopoulos κ.α. (2005)⁴¹ εκτιμούν το ποσοστό και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των μεταναστών φορέων του ιού HIV που έχουν αναφερθεί στην Ελλάδα. Άτομα προερχόμενα από χώρες εκτός Ελλάδας αντιπροσωπεύουν το 11,9% του συνόλου των περιπτώσεων HIV που έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο 1989-2003 στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Από τους 749 μετανάστες φορείς του ιού, 439 ήταν άντρες και 303 γυναίκες, ενώ για 7 άτομα δεν είχε καταγραφεί φύλο. Η κατανομή αυτή σκιαγραφεί μια διαφορετική εικόνα από αυτή που παρατηρείται στην περίπτωση των Ελλήνων και σε ότι αφορά τον τρόπο μετάδοσής, που είναι η ετεροσεξουαλική επαφή για την πλειοψηφία των μεταναστών.

Οι Tatsioni κ.α. (2001)⁴² μελέτησαν βιοψίες χειρουργικού υλικού από επεμβάσεις σκωληκοειδίτιδας την περίοδο 1994-99 σε έξι νοσοκομεία στην περιφέρεια Ηπείρου, κοντά στα αλβανικά σύνορα. Βρέθηκε ότι οι Αλβανοί μετανάστες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν υψηλό ρίσκο για αρνητική σκωληκοειδίτιδα, γεγονός που οι συγγραφείς ερμηνεύουν με βάση τις κοινωνικο-οικονομικές, πολιτισμικές και γλωσσικές παραμέτρους που υπογραμμίζουν τις ανισότητες στην υγεία, καθώς και την υψηλή κινητικότητα του πληθυσμού αυτού.

Άλλοι παράγοντες ρίσκου για την υγεία των μεταναστών σχετίζονται με τους τύπους και τις συνθήκες εργασίας τους. Έτσι, φαίνεται ότι «οι μετανάστες πλήττονται, αναλογικά με την παρουσία τους στον εργατικό πληθυσμό, σε μεγαλύτερο βαθμό από τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες. Στη λίστα των κύριων θυμάτων από εργατικά ατυχήματα την πρώτη θέση κατέχουν οι αλλοδαποί, με 50% περίπου αυξημένη πιθανότητα ατυχήματος⁴³». Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ για το 2005,

⁴⁰ Νικολάου, Α., και συν. (1995) Η Ηπατίτιδα Μείζον Πρόβλημα στους Αθιγγάνους της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 12(2), 138-141.

⁴¹ Nikolopoulos, G. et al (2005) Migration and HIV epidemic in Greece. *European Journal of Public Health*, 15(3):296-299 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/15/3/296.full.pdf+html> ημερομηνία επίσκεψης 25/09/2011

⁴² Tatsioni, A., Charchanti, A., Kitsiou, E., Ioannidis, J.P.A. (2001) Appendicectomies in Albanians in Greece: outcomes in a highly mobile immigrant patient population. *BMC Health Serv Res.* 1: 5. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC35286/> ημερομηνία επίσκεψης 28/09/2011

⁴³ Καψάλης, Α. (2004) *Παρουσίαση των αποτελεσμάτων από τη διεξαγωγή συνεντεύξεων με μέλη της ομάδας-στόχου των εργαζόμενων μεταναστών στους κλάδους της οικοδομής, των πρατηρίων βενζίνης και της ένδυσης* Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Αθήνας, Αθήνα.

αντιστοιχούν περίπου 7 ατυχήματα ανά 1000 εργαζόμενους, όπως αυτά καταγράφονται από τις στατιστικές του οργανισμού. Η συχνότητα των ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζόμενους (καταγωγής εκτός Ε.Ε.) είναι μεγαλύτερη καθώς κατεγράφησαν 11 ατυχήματα ανά 1000 αλλοδαπούς εργαζομένους.

Επίσης, οι Alexe κ.α. (2003)⁴⁴, εξετάζοντας 4,326 καταγεγραμμένες κακώσεις από ατυχήματα στον αγροτικό τομέα την περίοδο 1996-2000, διαπίστωσαν ότι μία από τις πιο ευπαθείς ομάδες είναι οι μετανάστες εργαζόμενοι οι οποίοι συνήθως υπέφεραν από βαριές και πολλαπλές κακώσεις λόγω πτώσεων από ύψος και τραυματισμούς στα άνω άκρα λόγω του χειρισμού μηχανημάτων.

Η Emke-Poulopoulos (2001)⁴⁵ αναφέρεται στις συνέπειες της διακίνησης ανθρώπων (trafficking) για σεξουαλική εκμετάλλευση όσον αφορά τόσο τη φυσική όσο και την ψυχική υγεία των θυμάτων (ψυχολογικά τραύματα, αυξημένος κίνδυνος πρόιμης εγκυμοσύνης, HIV/AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).

Η βιβλιογραφία σε σχέση με την ψυχική υγεία των μεταναστών είναι ακόμα πιο περιορισμένη. Η συντριπτική πλειοψηφία μεταξύ του μικρού αριθμού πρωτότυπων μελετών ασχολείται με την ψυχική υγεία και την κοινωνική ένταξη των παλιννοστούντων, και ελάχιστες με την ψυχική υγεία των προσφύγων ή των μεταναστών. Από τις υπάρχουσες μελέτες δεν παρατηρείται, πάντως, σημαντική διαφορά στην ψυχοπαθολογία των μεταναστών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, ενώ παρατηρείται «διαφορά στα επίπεδα στρες, άγχους και πίεσης, με αποτέλεσμα αυξημένα ψυχολογικά συμπτώματα χωρίς κατ' ανάγκη νοσηρότητα, όπως κατάθλιψη, δυσθυμία, ματαιίωση και αποθάρρυνση⁴⁶». Επίσης σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων παίζει και η έλλειψη των οικείων τους που νιώθουν οι μετανάστες, καθώς σε πολλές περιπτώσεις αφήνουν στις χώρες προέλευσης τους τη σύζυγο, τα παιδιά, τους γονείς τους.

Η μελέτη των Ντάλλα κ.α. (2004)⁴⁷ εξετάζει παράγοντες που συνδέονται με την ομαλή ψυχολογική προσαρμογή και τις ψυχικές δυσκολίες μεταναστών και

⁴⁴ Alexe, D.M., et all, (2003) Characteristics of farm injuries in Greece. *Journal of Agricultural Safety and Health*, 9(3):233-40.

⁴⁵ Emke Poulopoulos I. (2001). Trafficking in women and children. With special emphasis to the case of Greece as a country of destination and transit, IMEO-ΕΔΗΜ Athens.

⁴⁶ Παπαβασιλείου Δ. (2005). *Η ψυχική υγεία και η επίδραση της μετανάστευσης στην ελληνική πραγματικότητα*. Διπλωματική εργασία, Τμήμα Βαλκανικών Σλαβικών, Ανατολικών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://mighealth.net/el/index.php/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/Mental_Health ημερομηνία επίσκεψης 18/11/2011

⁴⁷ 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

παλιννοστούντων στην Ελλάδα. Διαπιστώθηκε η εκδήλωση έντονου άγχους (με διαταραχές ύπνου) στον πληθυσμό των Αλβανών μεταναστών οι οποίοι βιώνουν «μεγαλύτερη ανησυχία, ανασφάλεια και αβεβαιότητα και αφετέρου λιγότερο θετικά συναισθήματα ικανοποίησης σε σχέση με γηγενείς και Ελληνοποντίους». Ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας αναδεικνύονται η αφομοίωση, ο διαχωρισμός και η περιθωριοποίηση που ως τακτικές προσαρμογής συνδέονται και με το καθεστώς «παράνομης» παρουσίας στη χώρα.

«Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται μετανάστες, πρόσφυγες και άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες κάτω από την επίδραση μιας διαφορετικής κουλτούρας στην επικοινωνία, στην εργασία, στον τρόπο ζωής, στη γλώσσα, η εκάστοτε βίαιη προσαρμογή τους στις συνθήκες του τόπου και της διαμονής τους, η ματαιώση των προσδοκιών τους, οι προσωπικοί τους φόβοι, η ξеноφοβία και ο ρατσισμός που υπάρχει, τους οδηγούν σε απόσυρση, ψυχοκοινωνική μειονεξία και διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας τους», παρατηρεί ο Σ. Μπουφίδης παρουσιάζοντας στοιχεία από 240 περιστατικά στα οποία προσέφεραν υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα κατά το διάστημα 1997-1999. Οι κύριες διαγνώσεις στο δείγμα αυτό αφορούσαν σωματόμορφες διαταραχές (45%), διαταραχές της διάθεσης (14%), αγχώδεις διαταραχές (29%).

Στοιχεία από το Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, για το διάστημα 2000 έως 2004 έδειξαν ότι «το 33% όσων κατέφυγαν για βοήθεια έπασχε από συναισθηματικές διαταραχές, το 31% από ψυχωσικές καταστάσεις, το 28% από άγχος και σωματοποίηση⁴⁸».

Η μελέτη των Μπεζεβέγκη κ.α. (2008)⁴⁹ για τον επιπολιτισμό και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των μεταναστών στην Ελλάδα έδειξε ότι η μετανάστευση βιώνεται από τους

⁴⁸ Θεοδωράκης, Π., Χρυσανθακοπούλου Κ., (2008) «Ψυχική υγεία σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο: Η επίδραση της κουλτούρας και της διαφορετικότητας». Στο Γκιωνάκης Ν.(επιμ) *Διασχίζοντας Σύνορα: Διαιώνιση ή φροντίδα τραύματος*. Συν-ειρμός – Κέντρο Ημέρας Βαβέλ, Αθήνα, σελ. 19-26, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vavel/pdfs/Diasxizontas_ta_sunora.pdf ημερομηνία επίσκεψης 14/11/2011

⁴⁹ Παυλόπουλος, Β., Μπεζεβέγκης, Η., (2008) «Διεργασίες επιπολιτισμού των μεταναστών» στο Μπεζεβέγκης Η. (επιμ), *Μετανάστες στην Ελλάδα: Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή* εκδόσεις ΙΜΕΠΟ, Αθήνα, σελ. 54-71, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.psych.uoa.gr/~vpavlop/index.files/pdf/IMEPO%20monograph,%202008,%20pp.%2054-71.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 14/11/2011.

μετανάστες περισσότερο ως ευκαιρία και λιγότερο ως απώλεια.

Τα ευρήματα μελετών σχετικά με τη σχολική προσαρμογή και την ψυχική υγεία εφήβων μεταναστών, σε δείγμα 1.035 μαθητών (Ελλήνων γηγενών, Αλβανών, Παλινοστούτων Ποντίων) παρουσιάζουν οι Μόττη-Στεφανίδη κ.α. (2008)⁵⁰. Διαπιστώνεται ότι η μετανάστευση αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη σχολική προσαρμογή του εφήβου, αυξάνοντας την πιθανότητα σχολικής αποτυχίας, όχι όμως και για την ψυχική του υγεία.

Οι Kolaitis κ.α. (2003)⁵¹ εκτιμώντας τις ψυχιατρικές διαταραχές, την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και τη σχολική επίδοση σε ομάδα παιδιών ελληνικής καταγωγής από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, που οι οικογένειες τους είχαν μεταναστέψει στην Ελλάδα την τελευταία τριετία, δεν διαπίστωσαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε όρους ψυχοπαθολογίας και κοινωνικής προσαρμογής. Διαπίστωσαν όμως σημαντικά χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις για τα παιδιά από την πρώην Σοβιετική Ένωση ιδίως στο γλωσσικό τομέα.

Οι Anagnostopoulos κ.α. (1994)⁵² μελέτησαν την ψυχοπαθολογία παιδιών μεταναστών και τη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών από οικογένειες μεταναστών. Δε διαπίστωσαν διαφορές στον τύπο και τη συχνότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων ούτε σημαντικές διαφορές στη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών. Παρόλα αυτά 91% των παιδιών μεταναστών έλαβαν ψυχοκοινωνική διάγνωση σε αντίθεση με 49% των γηγενών. Οι συγγραφείς διαπιστώνουν ότι οι οικογένειες μεταναστών δεν αναζητούσαν έγκαιρα βοήθεια σε σύγκριση με τους γηγενείς.

Με δεδομένο ότι οι μετακινούμενοι πληθυσμοί μεταφέρουν στον τόπο προορισμού το επιδημιολογικό πρότυπο της περιοχής προέλευσης, οι κίνδυνοι εμφάνισης νέων ασθενειών αποτελούν μια σημαντική διάσταση του προβλήματος, την οποία το σύστημα υγείας της χώρας μας, δεν διαθέτει τις απαραίτητες υποδομές για να αντιμετωπίσει⁵³.

⁵⁰ Μόττη-Στεφανίδη Φ., Τάκης Ν., Παυλόπουλος Β., Masten, A. S. (2008). «Ψυχική ανθεκτικότητα, μετανάστευση και εφηβεία», στο: Καβουνίδη Τ., Καρύδης Β., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., Μ. Γ. Λίλυ-Στυλιανούδη (επιμ.) *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες- Πολιτικές – Προοπτικές*, Τόμος Β' Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Αθήνα, σελ. 162-177

⁵¹ 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.

⁵² Anagnostopoulos, D.C. et al. (2004) Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcult Psychiatry*. 41, 465-486.

⁵³ Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού (2002) *Έρευνα – μελέτη για την εκπόνηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος « Για τους Μετανάστες στην Ελλάδα»*. ΙΑΠΑΔ Πάντειο

Στην Ελλάδα, τα προβλήματα υγείας των πληθυσμών μεταναστών, ιδιαίτερα αυτών από βαλκανικές χώρες, μπορούν να προκαλέσουν πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους στο εσωτερικό της χώρας, με αποδέκτες είτε τους ίδιους τους μετανάστες, είτε τον πληθυσμό υποδοχής δηλαδή εμάς τους ίδιους. Ενδεικτικά συμπεράσματα τα οποία προέκυψαν από στοιχεία μελέτης και τα οποία οριοθετούν τις διαστάσεις του προβλήματος για τη χώρα μας, είναι τα κάτωθι:

Το προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των βαλκανικών χωρών και κυμαίνεται από 69 έτη για την Τουρκία, σε 77,8 για την Ελλάδα (1995), ενώ ο σχετικός μέσος όρος στην Ευρώπη είναι 77,4 έτη.

Η βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων αντίστοιχα, κυμαίνεται από 8,15 για την Ελλάδα σε 21,24 για τη Ρουμανία (1995), με τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο να είναι 13,43.

Η επίπτωση της φυματίωσης είναι ιδιαίτερα υψηλή σε ορισμένες χώρες, με κύριο παράδειγμα την περίπτωση της Ρουμανίας, όπου ο σχετικός δείκτης είναι 112,38 ανά 100.000 κατοίκους το 1995⁵⁴.

3.2 Πάροχοι υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες

Η χώρα μας, ως μέλος διεθνών Οργανισμών, έχει αποδεχθεί και συνυπογράψει συμβάσεις παροχής ασύλου και σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και υποχρεούται να αντιμετωπίσει την είσοδο του μεταναστευτικού πληθυσμού με απόλυτο σεβασμό στα δικαιώματά τους, διαφυλάττοντας ταυτόχρονα τη δημόσια υγεία της χώρας.

Σταδιακά, με την αύξηση του αριθμού των μεταναστών πολλοί φορείς άρχισαν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας προς τους μετανάστες. Πρωτοπόροι στην παροχή τέτοιων υπηρεσιών ήταν ιδίως οι Μη κυβερνητικές οργανώσεις, στην προσπάθειά τους να καλύψουν τις πρώτες βασικές ανάγκες και να υποστηρίξουν την

Πανεπιστήμιο, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.uehr.panteion.gr/siteView_2/pdf/metanastes_main.pdf ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011.

⁵⁴ Ingleby, D. (χ.χ.) Ευρωπαϊκή έρευνα για τη μετανάστευση και την υγεία σελ. 9, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.esdy.edu.gr/files/006Koinoniologias/European%20Research%20Migrants.pdf>

ημερομηνία επίσκεψης 12/11/2011.

κοινωνική ένταξη των μεταναστών. Σταδιακά, άρχισε και η Ελληνική Πολιτεία να σχεδιάζει και να αναπτύσσει υπηρεσίες και ανάλογα προγράμματα για τους μετανάστες, κυρίως αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών. Σήμερα, με την αλματώδη αύξηση του αριθμού των μεταναστών οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα παροχών και υπηρεσιών.

Είναι χαρακτηριστικό, ότι μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί συνολική καταγραφή όλων αυτών των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει πολλές φορές ο αναγκαίος συντονισμός και η κρατική υποστήριξη στους διάφορους φορείς, αλλά και να μην έχει εκδοθεί ένας « οδηγός υπηρεσιών υγείας » μέσω του οποίου οι μετανάστες θα «καθοδηγούνται» μέσα στο σύστημα υγείας.

Η γνώση όμως των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, του αριθμού των χρηστών των υπηρεσιών αυτών, αλλά και του βαθμού κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού - στόχου, είναι όχι απλώς απαραίτητη, αλλά κομβικής σημασίας για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση της όποιας πολιτικής υγείας προς στους μετανάστες.

3.3 Υπηρεσίες και φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα ελάχιστα είναι τα παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχουν ενταχθεί ακόμη πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης και δεν παρέχονται πληροφορίες σε άλλες γλώσσες εκτός της Ελληνικής αλλά ούτε και η δυνατότητα διερμηνείας γεγονόσ που καθιστά την επικοινωνία και την εξυπηρέτηση των μεταναστών από δυσχερή έως αδύνατη.

Οι κυριότεροι φορείς που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης για θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας και καταπολέμησης των τοξικοεξαρτήσεων σε μετανάστες «χωρίς έγγραφα», πρόσφυγες και άτομα διαφόρων μειονοτήτων είναι κυρίως Μη Κυβερνητικές οργανώσεις, που εθελοντικά δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό, όπως το ελληνικό τμήμα των Γιατρών χωρίς Σύνορα και των Γιατρών του Κόσμου, η PRAKSIS, κλπ που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, συμβουλευτική για ζητήματα υγείας και πρόνοιας και υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης. Αλλά και «επίσημοι» κρατικοί φορείς όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

μέσω των εποπτευόμενων από αυτό φορέων (το ΚΕΛΠΝΟ, το ΚΕΘΕΑ, η Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, κλπ) αλλά και άλλες οργανώσεις όπως η Διεθνής Κοινωνική Υπηρεσία παραπέμπουν σε υπηρεσίες υγείας μετανάστες οι οποίοι ζητάνε την βοήθειά τους και την υποστήριξή τους.

Οι Γιατροί του Κόσμου και η Οργάνωση PRAKSIS λειτουργούν πολυιατρεία στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Κρήτη προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα και συμβουλευτική για θέματα πρόνοιας και ένταξης, σε μετανάστες «χωρίς έγγραφα» και αιτούντες άσυλο οι οποίοι τελούν υπό καθεστώς απέλασης. Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες και ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε καταυλισμούς προσφύγων. Ορισμένες οργανώσεις χρησιμοποιούν διερμηνείς αν και αυτό δεν αντιπροσωπεύει καθολική πρακτική.

Η δραστηριοποίηση της πολιτείας στον τομέα αυτό άρχισε ουσιαστικά τον Ιούνιο του 2001 όταν το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανάθεσε στο ειδικό Γραφείο Μετακινούμενων Πληθυσμών και Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ, που σήμερα λειτουργεί ως ΚΕΕΛΠΝΟ), το στρατηγικό σχεδιασμό δράσεων για τους μαζικά αφιχθέντες μετανάστες και γενικότερα τους μετακινούμενους πληθυσμούς.

Στις στρατηγικές αυτές δράσεις περιλαμβάνονται τα παρακάτω προγράμματα:

- Αξιολόγησης κινδύνων στην Δημόσια Υγεία από μετακινούμενους πληθυσμούς σε εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο.
- Επιτήρησης και ελέγχου νοσημάτων Δημόσιας Υγείας σε Μετακινούμενους Πληθυσμούς.
- Εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων για τον χειρισμό θεμάτων υγείας σε μετακινούμενους πληθυσμούς.
- Ενημέρωση, σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και την Ε.Ε., για τους μηχανισμούς αντιμετώπισης μετακινούμενων πληθυσμών σε Ευρωπαϊκό και Παγκόσμιο Επίπεδο.

Για τους λαθρομετανάστες, υπάρχει πρόβλεψη για:

- Την οργάνωση δομών για άμεση παρέμβαση (Task force) στους χώρους

μαζικών αφίξεων αλλοδαπών.

- Την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους, μέσω κλινικής εξέτασης και διαγνωστικού εργαστηριακού ελέγχου
- Την ειδική βοήθεια σε ευάλωτες ομάδες και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, σύμφωνα με τους κανόνες υγιεινής.

Στόχοι του προγράμματος είναι, η συστηματική πρώτη καταγραφή των μεταναστών και η εν συνεχεία επιδημιολογική επιτήρηση με την παρακολούθηση τους στους χώρους μετακίνησής τους.

Στα πλαίσια αυτά το ΚΕΛΠΝΟ δημιούργησε ένα μηχανισμό άμεσης υγειονομικής παρέμβασης και επιτήρησης για τους μετακινούμενους πληθυσμούς με μέχρι στιγμής παρεμβάσεις στην Ζάκυνθο, στην Ιεράπετρα, Ραφήνα, Μυτιλήνη, Κάρυστο Ευβοίας και τελευταία στον καταυλισμό λαθρομεταναστών στην Κω. Στις επιτόπου υγειονομικές παρεμβάσεις του ΚΕΛΠΝΟ διενεργείται ιατρική εξέταση, αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών, παροχή φαρμακευτικής εμβολιασμοί βρεφών, παιδιών και ενηλίκων, αιμοληψίες και συλλογή πτυέλων εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο, ακτινογραφικός έλεγχος με την παραμικρή κλινική υποψία φυματίωσης.

Άλλες πρωτοβουλίες, μετά το 2000 αφορούν προγράμματα ψυχικής υγείας. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός», υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, προβλέπει την ίδρυση και υποστήριξη δομών παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ευπαθείς ομάδες κυρίως βέβαια σαν πύλες εισόδου των μεταναστών στο ΕΣΥ. Ειδικότερα στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργούν Κέντρα Ημέρας όπου παρέχονται ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες, Ρομά και Έλληνες της μουσουλμανικής κοινότητας. Η μη κυβερνητική οργάνωση Κλίμακα λειτουργεί από το 2005 Κέντρα Ημέρας προσφέροντας υπηρεσίες στις παραπάνω ομάδες. Από το 2007 η οργάνωση «Συν-ειρμός», στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ, στο κέντρο της Αθήνας, το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε μετανάστες και έχει ως στόχο την ενεργητική προσέγγιση των μεταναστών, είτε αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είτε βιώνουν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση-εκδήλωση αυτών των προβλημάτων. Επίσης, στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου λειτουργεί το ειδικό Διαπολιτισμικό Τακτικό Ιατρείο για

μετανάστες (λειτουργεί δύο φορές την εβδομάδα και εργάζονται σε αυτό τέσσερις ψυχίατροι)⁵⁵.

Στα Πολυιατρεία της **PRAKSIS**, όπως αναφέρεται στη σχετική ιστοσελίδα της Οργάνωσης,⁵⁶ παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω οργανωμένου γενικού ιατρείου, γυναικολογικού ιατρείου και οδοντιατρείου. Η ιατρική υπηρεσία διαθέτει όλο τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό (ηλεκτροκαρδιογράφος, υπερηχογράφος) για παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης. Υποστηρικτικά λειτουργεί φαρμακείο, παρέχοντας δωρεάν φάρμακα στους ασθενείς. Ουσιαστικά πρόκειται για επιτόπιες επισκέψεις (street work) εξειδικευμένου προσωπικού της οργάνωσης (ιατροί και κοινωνικοί επιστήμονες) σε άτυπους αλλά και μόνιμους καταυλισμούς που διαβιούν ιδιαίτερα ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Στις παρεμβάσεις αυτές γίνεται ενημέρωση των ατόμων από το προσωπικό και τους εθελοντές της PRAKSIS για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν είτε στο χώρο διαβίωσής τους είτε μέσω παραπομπής στα προγράμματα της οργάνωσης. Στα πλαίσια της οργάνωσης λειτουργεί και το “Κέντρο Πληροφόρησης-Υποστήριξης Μεταναστών”/ “Legal Information Center” (L.I.C), στο οποίο οι ωφελούμενοι μπορούν δωρεάν να λάβουν πληροφόρηση, ενημέρωση και συμβουλές για νομικά ζητήματα, διαδικασίες και δικαιώματα (π.χ. διαδικασία νομιμοποίησης αλλοδαπών, έκδοση άδειας εργασίας κ.ά.). Έχουν διασύνδεση με αρμόδιους και ειδικούς φορείς (δημόσιους και ιδιωτικούς). Ενώ έχουν συνεχή και σταθερή υποστήριξη και παρακολούθηση των αιτημάτων τους από εξειδικευμένα στελέχη προκειμένου να ξεπεράσουν τον «δαίδαλο» της γραφειοκρατίας. Οι πληροφορίες έχουν μεταφραστεί σε αραβικά, τουρκικά, αγγλικά και γαλλικά.

Το Ελληνικό τμήμα των **Γιατρών Χωρίς Σύνορα**, διεθνούς ανεξάρτητης, ιατρικής ανθρωπιστικής οργάνωσης, που παρέχει επείγουσα βοήθεια σε άτομα που έχουν πληγεί από ένοπλες συγκρούσεις, επιδημίες, αποκλεισμό από την παροχή ιατρικής φροντίδας και φυσικές καταστροφές, στα πλαίσια των καταστατικών αρχών της Οργάνωσης για την παροχή

⁵⁵ Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού (2002) *Έρευνα – μελέτη για την εκπόνηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος « Για τους Μετανάστες στην Ελλάδα»*. ΙΑΠΑΔ Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθίνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.uehr.panteion.gr/siteView_2/pdf/metanastes_main.pdf ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011

⁵⁶ «ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΑ ΑΘΗΝΑΣ – ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Εκεί που γεννήθηκε και εξακολουθεί να χτυπά η καρδιά της PRAKSIS» <http://www.praksis.gr/default.asp?pid=54&la=1> ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011

ιατρικής φροντίδας σε άτομα που μειονεκτούν δημιούργησε το 1996 το πρώτο Πολυιατρείο στην Αθήνα για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες. Έκτοτε και σύμφωνα με τις πληροφορίες της ιστοσελίδας «Ποιοι είμαστε -Η ΠΟΡΕΙΑ ΜΑΣ» της μη Κυβερνητικής Οργάνωσης PRAKSIS⁵⁷ ανέπτυξε διάφορα προγράμματα, όπως το Πολυιατρείο της Θεσσαλονίκης, το Θεραπευτικό Ανοικτό Πρόγραμμα «Διάβαση», το πρόγραμμα «Παιδιά της Διπλανής Πόρτας», το πρόγραμμα παρεμβάσεων δημόσιας υγείας για τους κρατούμενους των Φυλακών Κορυδαλλού, και άλλα αντίστοιχα προγράμματα στα οποία κυρίως δραστηριοποιείται πλέον η συγκεκριμένη οργάνωση.

Το ελληνικό τμήμα των **Γιατρών του Κόσμου**, έχει ως αιχμή της δράσης του στο εσωτερικό, το πρόγραμμα «Ανοικτό Πολυιατρείο», το οποίο λειτουργεί από το 1997, με βασικό στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα τα οποία δεν έχουν πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, σε καθημερινή βάση και δωρεάν όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη σχετική ιστοσελίδα της οργάνωσης, με τίτλο «Προγράμματα ιατροφαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης»⁵⁸. Χρήστες του προγράμματος είναι μειονεκτούντα άτομα, όπως μετανάστες και πρόσφυγες που δεν διαθέτουν νόμιμο έγγραφο παραμονής στη χώρα, άποροι, ανασφάλιστοι, άστεγοι και Ρομά. Στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργεί πολυιατρεία στην Αθήνα (στην πλατεία Βάθης, μια υποβαθμισμένη περιοχή με πολυάριθμα προβλήματα μεταναστών αστέγων και άλλων μειονεκτούντων ατόμων) αλλά και στο Πέραμα του Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη και στα Χανιά.

Στο χώρο των τοξικοεξαρτήσεων, το ΚΕΘΕΑ προτείνει τη δημιουργία και λειτουργία του «Μεταβατικού Κέντρου Ένταξης Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων» που θα έχει ως στόχο την παροχή υπηρεσιών πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης μέσα από την ενεργοποίηση ευρέως φάσματος υπηρεσιών και μονάδων, οι οποίες θα περιλαμβάνουν Συμβουλευτικό Σταθμό ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, προγράμματα street work, ξενώνα, ενώ ιδιαίτερη σημασία έχουν και οι συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες προκειμένου να δημιουργηθούν δίκτυα

⁵⁷ Ποιοι είμαστε «Η ΠΟΡΕΙΑ ΜΑΣ» <http://www.praksis.gr/default.asp?pid=53&la=1>, ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011

⁵⁸ Ελληνικό Τμήμα Γιατρών του Κόσμου «Προγράμματα ιατροφαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης», διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://mdmgreece.gr/Πολυιατρεία/> ημερομηνία επίσκεψης 14/09/2011

ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Από τους φορείς και τις μέχρι σήμερα παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους μετανάστες, μπορούν να εξαχθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

I. Η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους μετανάστες καλύπτει τόσο τον τομέα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όσο και στους τομείς ψυχικής υγείας και των τοξικοεξαρτήσεων.

II. Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί η ελλιπής η πλημμελής ενημέρωση των μεταναστών, τόσο για τα δικαιώματα, όσο και για τις υποχρεώσεις τους.

III. Οι περισσότεροι από τους φορείς παρέχουν υπηρεσίες προς τους μετανάστες στα πλαίσια των υπηρεσιών που παρέχουν σε κάθε Έλληνα πολίτη. Θα πρέπει να διευκρινισθεί όμως ότι οι Δημόσιοι φορείς παρέχουν υπηρεσίες στους νόμιμους μετανάστες, όπως ο νόμος ορίζει.

Ο συνδυασμός των παραπάνω ιδιαιτεροτήτων των μετακινούμενων πληθυσμιακών ομάδων, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα εκδήλωσης των νοσημάτων εάν δεν υπάρξει η πρόληψη.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στην συχνότητα εμφάνισης της Ηπατίτιδας Β στην Ελλάδα, γεγονός που αποδίδεται από τους ειδικούς κυρίως στην εισροή των μεταναστών. Επίσης συτό που δημιουργεί μεγάλη ανησυχία είναι πως οι διαφορές στη συχνότητα της νόσου ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς σε σύγκριση με τον Ελληνικό είναι τεράστιες. Σε πολλές περιπτώσεις θα μπορούσαμε να πούμε πως η συχνότητα της ηπατίτιδας σε κάποιους πληθυσμούς είναι ακόμα και 20% υψηλότερη από την συχνότητα στον Ελληνικό πληθυσμό.

Σε μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του ιού της ηπατίτιδας C σε πληθυσμιακές ομάδες του Πειραιά, ανευρεθεί υψηλός επιπολασμός anti-HCV σε παλινοστούντες⁵⁹.

Τα **ψυχολογικά προβλήματα** αποτελούν την αθέατη όψη των προβλημάτων των μεταναστών, αυτή που βρίσκεται στη σκιά της δημοσιότητας. Συνήθως η μετανάστευση δεν βελτιώνει την κοινωνική ευεξία, αντιθέτως, συχνά έχει ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά ανεργίας και άθλιες συνθήκες ζωής, εκθέτοντας τους

⁵⁹ Σκληρός Ε, Βλάχος Δ, Λιόλιος Ν, Περδικάκη Π, και συν, «Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ιού της ηπατίτιδας C: Συγκεντρωτική μελέτη ομάδων πληθυσμού περιοχής Πειραιά», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1996, 8(3) : 141-145.

μετανάστες σε κοινωνικό άγχος και σε αυξημένο κίνδυνο ψυχικής ασθένειας, λόγω έλλειψης υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων⁶⁰. Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται οι μετανάστες κάτω από την επίδραση μιας διαφορετικής κουλτούρας στην επικοινωνία, στην εργασία, στον τρόπο ζωής, η εκάστοτε βίαιη προσαρμογή τους στις συνθήκες του τόπου και της διαμονής τους, η ματαιώση των προσδοκιών τους, οι προσωπικοί τους φόβοι, τους οδηγούν σε απόσυρση, ψυχοκοινωνική μειονεξία και διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας τους. Στο πολυιατρείο των Γιατρών χωρίς Σύνορα, από το Μάιο του 1997 έως και το Μάιο του 1999, καταγράφονται 240 αιτήματα μεταναστών για ψυχολογική υποστήριξη σε ένα σύνολο 6.297 περιστατικών δηλαδή, ποσοστό 3,8%⁶¹.

Η οικονομική επίπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι ευρεία, διαρκής και τεράστια, τόσο για τα άτομα και τις οικογένειες, όσο και ολόκληρες της κοινότητες. Μέρος του οικονομικού βάρους είναι προφανές και μετρήσιμο, ενώ μέρος αυτού είναι αδύνατο να μετρηθεί. Μεταξύ των μετρήσιμων στοιχείων του οικονομικού βάρους είναι οι ανάγκες κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, η αναγκαστική ανεργία και η μειωμένη παραγωγικότητα, τα επίπεδα εγκληματικότητας και δημόσιας ασφάλειας⁶².

Παρ' όλες τις προσπάθειες που έχουν γίνει και συνεχίζουν να πραγματοποιούνται η μεγάλη πλειοψηφία των μεταναστών δεν μπορεί όμως να εξυπηρετηθεί από τις προαναφερθείσες δομές και προγράμματα καθώς οι δυνατότητες αυτών των πρωτοβουλιών δεν είναι ικανές να αντεπεξέλθουν σε μεγάλους αριθμούς μεταναστών. Όσο έντονη και αν είναι η πρόθεση των ιδιωτικών φορέων και πρωτοβουλιών για την εξάλειψη του προβλήματος, η απουσία της πολιτείας είναι αισθητή. Καμία Μη Κυβερνητική οργάνωση και κανένας φορέας δράσης δεν μπορεί να υποκαταστήσει το ΕΣΥ. Η ανάγκη για μια συντονισμένη δράση είναι φανερή και στα πλαίσια αυτής θα πρέπει να καταπολεμηθεί η γραφειοκρατία, να διαχυθεί η πολιτισμική ευαισθησία στους

⁶⁰ World Health Organization (2001) *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. WHO, Geneva Switzerland, σελ. 14 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf ημερομηνία επίσκεψης 16/11/2011

⁶¹ Μπουφίδης Στ. (χ.χ.) Ματαιώση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=42 ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011

λειτουργούς υγείας, να εκπαιδευτεί ένα πληροφορημένο και με γλωσσικές δεξιότητες προσωπικό και να εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα της ενημέρωσης γύρω από ζητήματα υγείας.

Στον βαθμό που η μεταναστευτική πολιτική της χώρας στοχεύει στην κοινωνική ενσωμάτωση – και όχι στην αφομοίωση ή την περιθωριοποίηση – των νομίμων μεταναστών επιβάλλεται για ανθρωπιστικούς κυρίως λόγους αλλά και για την εικόνα της Ελλάδας ως κράτος μέλος της Ε.Ε., να προάγει μια αποτελεσματική πολιτική δράσης Δημόσιας Υγείας για τους μετανάστες. Ιδιαίτερης σημασίας είναι και η οικονομική παράμετρος της προστασίας της δημόσιας υγείας. Πρέπει να τονιστεί ότι η Δημόσια Υγεία δεν είναι πλέον ζήτημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας και οι χώρες σήμερα έχουν συνειδητοποιήσει ότι η διαφύλαξη της απαιτεί ιδιαίτερα υψηλό κόστος και εφαρμογή προηγμένης τεχνολογίας⁶³. Αποτελεί αξίωμα πλέον, ότι όσο πιο έγκαιρη είναι η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων, τόσο πιο μικρό είναι το κόστος που καλείται εντέλει να καταβάλλει το κράτος. Άρα στόχο του κρατικού μηχανισμού θα πρέπει να αποτελέσει η ενημέρωση και η πρόληψη και όχι η θεραπεία.

3.4 Η ασφαλιστική κάλυψη των μεταναστών

Η Ελληνική νομοθεσία (2910/2001) σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών αναφέρει: «οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαρίζονται 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 ασφαρίζονται στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες και δικαιούνται τις ίδιες παροχές.

Προκειμένου όμως να τους χορηγηθεί η άδεια παραμονής πρέπει να συντρέχουν

⁶³ Duckett, M. (2001) *Migrants Right to Health*. UNAIDS. Geneva Switzerland p. 25 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_en.pdf ημερομηνία επίσκεψης 16/11/2011

σωρευτικά 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 ημεδαπά κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα ή κέντρα υγείας ή θεραπευτήρια και ιατρεία του ΙΚΑ. Σε αυτό, πρέπει να πιστοποιείται ότι ο αλλοδαπός δεν πάσχει από νόσημα, το οποίο σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ), μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Πρέπει να σημειωθεί επιπλέον ότι, οι αλλοδαποί που κατοικούν νόμιμα στην Ελλάδα, για δυο τουλάχιστον χρόνια, έχουν τη δυνατότητα, στο πλαίσιο της οικογενειακής συνένωσης, 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, που συντηρούνται από αυτόν έχουν το δικαίωμα να ασφαλιστούν έμμεσα στον ασφαλιστικό φορέα του αλλοδαπού. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε πως ο μεταναστευτικός πληθυσμός και ιδιαίτερα οι μετανάστριες εργάτριες αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες στην προσπάθεια συλλογής ενσήμων ώστε να αποκτήσουν την πολυπόθητη άδεια παραμονής.⁶⁴

Σε θεωρητικό επίπεδο, η σχετικά νεανική ηλικία των μεταναστών εργαζομένων επιδρά θετικά στο κοινωνικό – ασφαλιστικό σύστημα αφού τα άτομα αυτά συνεισφέρουν οικονομικά χωρίς ακόμη να επωφελούνται από το σύστημα. Αντίθετα, η υψηλότερη γονιμότητα των μεταναστών συνδυάζεται με υψηλότερες δαπάνες κοινωνικής προστασίας για τα μέλη των οικογενειών τους. Είναι φανερό ότι ο χρόνος αναφοράς μπορεί να μεταβάλλει την αρνητική ή θετική φορά των προαναφερόμενων επιπτώσεων. Οι σημερινοί εργαζόμενοι θα είναι οι αυριανοί συνταξιούχοι οι οποίοι θα επωφεληθούν με τη συνταξιοδότηση τους, έναντι των πόρων (ασφαλιστικών εισφορών) που κατεβλήθησαν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Τα σημερινά παιδιά των μεταναστών στην Ελλάδα θα είναι αυριανοί εργαζόμενοι και επομένως ως εργαζόμενοι, μέσα σ' ένα καθεστώς συρρίκνωσης του πληθυσμού σε ηλικία της εργασίας, θα συμβάλλουν στην οικονομική μεγέθυνση και στα έσοδα του ασφαλιστικού συστήματος. Επιπλέον, παραμένει ζητούμενο σε ποιο βαθμό η διαφορική γονιμότητα μεταξύ γηγενών και μεταναστών μπορεί να υφίσταται για μεγάλο χρονικό διάστημα στο βαθμό που η

⁶⁴ Μαράτου- Αλιπράντη , Γκαζόν, ό π σελ. 17

εμπειρία των παραδοσιακών χωρών υποδοχής επιβεβαιώνει ότι η γονιμότητα των μεταναστών ακολουθεί με την πάροδο του χρόνου την εξέλιξη της γονιμότητας των γηγενών.

Σύμφωνα με την αναλογιστική μελέτη για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ⁶⁵, το σύνολο των ασφαλισμένων είναι 2.450.503(1.452.152 άνδρες και 998.351 γυναίκες). Ο αριθμός των ασφαλισμένων από άλλες χώρες είναι 416.145(272.475 άνδρες και 143.670 γυναίκες). Ο μέσος αριθμός ημερών εργασίας ανά μήνα είναι συνολικά 17,05, για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό είναι 17,64 ενώ για τις άλλες χώρες 14,17. Το μέσο ημερομίσθιο συνολικά είναι 46,29, για την Ελλάδα το μέσο ημερομίσθιο είναι 48,50 ενώ για τις άλλες χώρες 35,48.

Στην παραπάνω έρευνα θα πρέπει να αναφέρουμε πως καταρρίπτεται ο μύθος στον οποίο ήδη αναφερθήκαμε, ότι δηλαδή η ένταξη των μεταναστών αποτελεί σωτηρία για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Από την κατανομή του συνόλου των ενεργών ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προκύπτει, ότι, το 81,9% είναι ηλικίας κάτω των 50 ετών και εξ αυτού το 58,2% είναι ηλικίας κάτω των 40 ετών, ενώ, από την διαγραμματική απεικόνιση της ηλικιακής πυραμίδας των Ελλήνων ασφαλισμένων, φαίνεται, σαφώς η «ηλικιακή ανάσα» που παρέχει στο σύστημα, η ουσιώδης απόκλιση των ηλικιών της πλειοψηφίας των ασφαλισμένων από τις κρίσιμες ηλικίες συνταξιοδότησης. Είναι όμως εμφανές ότι η εικόνα που παρέχει η ηλικιακή πυραμίδα ανδρών και γυναικών βελτιώνεται σημαντικά, αν προσθέσουμε και τους αλλοδαπούς. Η περαιτέρω διερεύνηση, όμως, του θέματος αποκαλύπτει, ότι, η επερχόμενη βελτίωση της ηλικιακής πυραμίδας, με την προσθήκη και των μεταναστών ασφαλισμένων κατά ηλικία δεν επιφέρει ανάλογα αποτελέσματα και στον οικονομικό τομέα λόγω των λιγότερων ημερών εργασίας που πραγματοποιούν και λόγω των χαμηλότερων μέσων μισθών που απολαμβάνουν οι μετανάστες έναντι των Ελλήνων

Η πρόσβαση σε μια επίσημη και δηλωμένη σχέση εργασίας αποδεικνύεται δυσχερής, δεδομένου ότι ο μετανάστης μισθωτός, εκτός από το γενικότερο κίνδυνο της αδήλωτης απασχόλησης, θα πρέπει επιπλέον να υπερπηδήσει και ένα θεσμικής φύσης εμπόδιο. Ο λόγος για την υποχρέωση απόδειξης ενός συγκεκριμένου κατ' έτος αριθμού

⁶⁵ Ρομπόλης, Σ., Ρωμανιάς, Γ., Μαργιός, Β., Χατζηβασιλόγλου, Ι. (2007), *Αναλογιστική μελέτη για το ΙΚΑ Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)*. ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα σελ. 29, 62-64 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.inegsee.gr/sitefiles/studies/MELETH_26.pdf ημερομηνία επίσκεψης 01/07/2011

ενσήμων ως απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση άδειας διαμονής, η ύπαρξη της οποίας και μόνο επιτρέπει την εργασία με νόμιμους όρους. Ανεξάρτητα από τον κατά περίπτωση απαιτούμενο αριθμό ενσήμων, η αποτυχία απόδειξης του έχει ως αποτέλεσμα την οριστική έκπτωση από το επίσημο καθεστώς διαμονής, γεγονός που συνεπάγεται δυνατότητα απασχόλησης αποκλειστικά με όρους αδήλωτης και ανασφάλιστης εργασίας.

Ο μεγαλύτερος αριθμός των μεταναστών δεν καταφέρνει να αποκτήσει τα απαραίτητα έγγραφα, ενώ το σύνολο των σχετικών επιστημονικών μελετών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το φαινόμενο αυτό απορρέει από την ελληνική μεταναστευτική νομοθεσία⁶⁶. Ενώ η ατομική ασφάλιση είναι σχεδόν απαγορευτική για τις μετανάστριες διότι:

- Ακόμα και στις περιπτώσεις νόμιμης εισόδου η διατήρηση της νομιμότητας, εξαρτάται από τη νομιμότητα του συζύγου(αν υπάρχει οικογενειακή συνένωση) ή από την έκδοση και επανέκδοση των αδειών παραμονής/εργασίας από τις μετανάστριες.
- Για την κάλυψη των άμεσων αναγκών και πριν εκδοθεί οποιαδήποτε άδεια παραμονής ή/και εργασίας οι μετανάστριες ωθούνται(για να καλύψουν τα τεράστια έξοδα των αιτήσεων) στην παραοικονομία και σε επαγγέλματα που προσφέρουν άμεση χρηματοδοτική ανταποδοτικότητα. Άλλωστε αυτά τα επαγγέλματα είναι σχεδόν και τα μοναδικά που προσφέρονται.
- Σε αυτά τα επαγγέλματα η κοινωνική ασφάλιση συνήθως είναι μονάχα προϊόν ατομικής επιλογής της εργαζόμενης(αυτασφάλιση). Οι οικονομικές ανάγκες της καθημερινής επιβίωσης και οι δυσκολίες των μεταναστριών να διαμορφώσουν συνθήκες εργασίας που θα επιτρέπουν ακόμα και την αυτασφάλιση συνθέτουν ένα μεγάλο εμπόδιο στην κοινωνική ασφάλιση.
- Οι αμφιβολίες ή αβεβαιότητες για το μέλλον των εργατριών στην Ελλάδα και οι χαμηλές προσδοκίες από την έκδοση των αδειών εργασίας και ένταξης στα

⁶⁶ ΚΕΚ ΓΣΕΒΕΕ (2006) *Μετανάστες και ένταξη στην αγορά εργασίας στην Ελλάδα*. Ενημερωτικό κείμενο στα πλαίσια υλοποίησης του προγράμματος του «Ενδυνάμωση των οικονομικών μεταναστών και προσφύγων στην αγορά εργασίας» (Ενέργεια 2,δράση 11) διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.inegsee.gr/equal/equal2/TelikoFylladioGseve_%CE%B4%CE%B9%CE%BF%CF%81%CE%B8%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CE%9A%CE%95%CE%9A%20%CE%93%CE%A3%CE%95%CE%92%CE%95%CE%95%202.pdf ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011

ασφαλιστικά ταμεία, περισσότερο παγιώνουν την ανασφάλιστη εργασία παρά ενδυναμώνουν τη αναζήτηση τρόπων επίσημης κοινωνικής ασφάλισης⁶⁷.

Η πλειοψηφία των μεταναστριών, που αποτελούν και το πιο ευάλωτο κομμάτι του μεταναστευτικού πληθυσμού, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ασφάλιση της εργασίας τους γιατί οι εργοδότες αρνούνται να καλύψουν το κόστος της ασφάλισης, οι ίδιες είναι αδύναμες να εξασφαλίσουν συνεχή ροή ενσήμων αν ήθελαν να καταφύγουν σε αυτασφάλιση και τα γραφειοκρατικά εμπόδια τις φέρνουν αντιμέτωπες με τις υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης. Τα γραφειοκρατικά αυτά εμπόδια εντοπίζονται στη μη αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων της οικιακής εργασίας και στην έλλειψη ιδιαίτερης μεταχείρισης των εργατριών που απασχολούνται στον τομέα αυτόν από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

Η ανασφάλιστη εργασία είναι ένα σημαντικό στοιχείο της οικονομικής ένταξης των μεταναστριών, στην ιδιωτική φροντίδα και καθαριότητα, γιατί η οικιακή φροντίδα στην Ελλάδα εξαρτάται από την ενσωμάτωση των μεταναστριών σε ένα ευέλικτο πλαίσιο δραστηριότητας. Δεν είναι περίεργο που πολλά από τα κοινωνικά αγαθά και δικαιώματα που θα έπρεπε να καρπώνονται οι μετανάστριες τα εκχωρούν προκειμένου να βρискουν εργασία με ένα μάλιστα εκτεταμένο «πελατολόγιο», το οποίο μπορούν να το εξασφαλίσουν οι καλές φιλικές σχέσεις με τις εργοδοτικές οικογένειες⁶⁸.

Με βάση τα στοιχεία της Απογραφής του 2001, ο πληθυσμός των μεταναστών στην Ελλάδα ήταν 762.191 (Πίνακας 1). Ο αριθμός των ανδρών ανερχόταν σε 415.552 και των γυναικών σε 346.639. Ο μεταναστευτικός πληθυσμός αποτελούσε το 7% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Οι κυριότερες χώρες προέλευσης των μεταναστών ήταν η Αλβανία, η Βουλγαρία, η Γεωργία και η Ρουμανία. Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, οι απασχολούμενοι μετανάστες (Πίνακας 1) αποτελούν το 92% του συνολικού εργατικού δυναμικού και οι μετανάστριες αποτελούν περίπου το 88%. Σε ό,τι αφορά τους Έλληνες απασχολούμενους, τα ποσοστά συμμετοχής στο συνολικό εργατικό δυναμικό είναι 90% για τους άνδρες και 86,6% για τις γυναίκες⁶⁹.

⁶⁷ Ψημμένος Ι., Σκαμνάκης Χ., (2008) *Οικιακή εργασία των μεταναστριών και κοινωνική προστασία*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα., σελ. 169

⁶⁸ Κασιμάτη Κ, Μουσούρου Λ., (2007) *Φύλο και Μετανάστευση: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρική διερεύνηση Τόμος Ι*. Gutenberg/ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Αθήνα σελ. 108

⁶⁹ Καψάλης, Α. (2006), *Μετανάστριες και απασχόληση στην Ελλάδα*. Εισήγηση στην Ημερίδα *Γυναίκες και μετανάστευση. Πραγματικότητα και προοπτικές* (διοργάνωση Ρ. Κράτσα και ΙΜΕΠΟ) Αθήνα 30.6.2006.

Πίνακας 1. Αριθμός απασχολούμενων μεταναστών και ποσοστά στον πληθυσμό και στο εργατικό δυναμικό

	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	% ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	% ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	762.191	391.632	51,4	90,8
ΑΝΔΡΕΣ	415.552	270.731	65,1	92,0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	346.639	120.901	34,9	88,1

	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	% ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	% ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΕΛΛΗΝΕΣ	10.171.906	3.710.317	36,5	88,8
ΑΝΔΡΕΣ	4.997.874	2.326.153	46,5	92,0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5.174.032	1.384.164	26,8	88,6

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή Πληθυσμού 2001, Επεξεργασία: ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ (Γ. Κρητικίδης) στο Καπάλης 2006.

Ο συνολικός αριθμός ασφαλισμένων μεταναστών στα τρία βασικά ασφαλιστικά ταμεία, ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ, για το 2004 φαίνεται να είναι 263.373 άτομα (Πίνακας 2, πηγή: ΙΜΕΠΟ 2006), με το ΙΚΑ να έχει το μεγαλύτερο αριθμό των ασφαλισμένων. Όπως σημειώνει η έρευνα του ΙΜΕΠΟ, το 87,7% των αλλοδαπών που είναι ασφαλισμένοι στο ΤΕΒΕ εγγράφηκαν με το νόμο 2910 του 2001.

Πίνακας 2. Μετανάστες ασφαλισμένοι στα βασικά ασφαλιστικά ταμεία

	ΙΚΑ	ΟΓΑ	ΟΑΕΕ
ΣΥΝΟΛΟ	207.831	41.817	13.725
ΑΝΔΡΕΣ	149.336	34.257	-
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	58.494	58.494	-

Πηγή: ΙΜΕΠΟ (2006)⁷⁰

⁷⁰ Οικονόμου, Μ. και συν. (2008) «Η συμβολή των μεταναστών στο Ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα», στο Τ. Καβουνίδη, Α. Κόντης, Θ. Λιανός, Ρ. Φακιολάς (επιμ) Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες – Πολιτικές – Προοπτικές ΙΜΕΠΟ Αθήνα, σελ. 82-93.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Δικαίωμα χρήσης του συστήματος υγείας από τους μετανάστες

Η πρόσβαση των μεταναστών στο ΕΣΥ και κατ' επέκταση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική παράμετρο καταρχάς της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, αλλά και της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και τη ζωή⁷¹. Στην Ελλάδα, όπως έχουμε ήδη αναφέρει ένα μεγάλο τμήμα του μεταναστευτικού πληθυσμού, οι μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα», στερείται της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών εμφανίστηκε στο προσκήνιο μετά το 2000. Η τυπική πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες του ΕΣΥ υπήρξε και παραμένει συνάρτηση της επίσημης απασχόλησης και του νόμιμου καθεστώτος, κανένα από τα οποία δεν ίσχυε για την πλειοψηφία των μεταναστών στην Ελλάδα στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, πριν τις δύο διαδικασίες νομιμοποίησης. Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημοσίευσε Εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της Ε.Ε. Σύμφωνα με αυτήν και ο νόμιμος μετανάστης μπορεί να έχει δωρεάν πρόσβαση στο ΕΣΥ, εφόσον κατέχει βιβλιάριο υγείας εκδιδόμενο από το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένος.

Ο μεταναστευτικός νόμος του 2001 (Ν. 2910/2001) χορήγησε επίσημα ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων στους ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία. Ο ασφαλιστικός φορέας που καλύπτει τους περισσότερους μετανάστες «με έγγραφα» είναι το Ι.Κ.Α. Οι παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος και τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς του είναι ίδιες

⁷¹ Η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, το 2007 στην Απόφασή της «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής» στοιχειοθετεί το δικαίωμα στην υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα και συμπεραίνει ότι «το Σύνταγμα επιτάσσει ένα ευρύτερο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη για τους μετανάστες» βλ. Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2008) *Ετήσια Έκθεση 2007*. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.nchr.gr/category.php?category_id=307 ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011.

με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων: ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας, σύνταξη και λοιπές παροχές.

Εντούτοις λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη έκταση της άτυπης εργασίας, πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται κοινωνικής ασφάλισης και επομένως δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας παρακωλύεται από τις πολύμηνες καθυστερήσεις που παρατηρούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής. Οι μετανάστες δεν απολαμβάνουν επίσης παροχές κοινωνικής πρόνοιας, όπως το βιβλιάριο περίθαλψης ανασφάλιστων που προβλέπει την κάλυψη της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη και κάποια προνοιακά επιδόματα (επίδομα τετραπληγίας κα).

Οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) μπορούν να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας εφόσον προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα, συμπεριλαμβανομένου για τους ανασφάλιστους που παίρνουν επίδομα πρόνοιας, του σχετικού βιβλιαρίου υγείας. Σε κάθε περίπτωση, το μέλος του νοικοκυριού που είναι ασφαλισμένο ή παίρνει επίδομα πρόνοιας καλύπτει και τα υπόλοιπα (εξαρτημένα) μέλη της οικογένειας. Οι ομογενείς έχουν ακόμη τη δυνατότητα αυτασφάλισης στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ).

Οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο χαίρουν ισότιμα με τους Έλληνες δικαιώματα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, έως ότου να αναγνωριστεί το καθεστώς τους ως αιτούντες άσυλο εξομοιώνονται με τους μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα» σε ότι αφορά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι η διαδικασία έκδοσης της κάρτας αιτούντα άσυλο αλλά και της προσφυγικής ταυτότητας μπορεί να διαρκέσει πολλούς μήνες, για γραφειοκρατικούς λόγους. Το Προεδρικό Διάταγμα 668/18.5.2005 προβλέπει τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων που δεν είναι ασφαλισμένοι ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν οι ίδιοι τα έξοδα. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει δωρεάν νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία. Για να έχουν δικαίωμα στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι μεν αιτούντες άσυλο πρέπει να έχουν στην κατοχή τους ειδικό δελτίο αιτούντος άσυλο, οι δε πρόσφυγες πρέπει να διαθέτουν το δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα.

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 266/1999, τα ίδια ισχύουν και για τους αλλοδαπούς των οποίων η παραμονή στην Ελλάδα έχει εγκριθεί για ανθρωπιστικούς

λόγους ή έχει οριστεί σε αυτούς προθεσμία η οποία δεν έχει εκπνεύσει ακόμα, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Προεδρικού Διατάγματος 61/1999. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν και οι αλλοδαποί ασθενείς με HIV ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες, οι οποίοι μπορούν να επωφεληθούν της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας, εφόσον όμως η κατάλληλη θεραπεία δεν εφαρμόζεται στη χώρα προέλευσής τους. Έχουν επίσης δικαίωμα σε προσωρινή άδεια παραμονής και εργασίας (Ν. 2955/2001).

Σε αλλοδαπούς που δεν βρίσκονται νόμιμα στην χώρα και δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής, δεν επιτρέπεται να προσφερθεί οποιαδήποτε υπηρεσία από φορείς του δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για ανήλικα παιδιά και για αλλοδαπούς που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία (Άρθρο 84/Ν.3386/2005).

Τα δικαιώματα των μεταναστών «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα» είναι πράγματι πολύ περιορισμένα στην Ελλάδα συγκριτικά με πολλές χώρες της Ε.Ε., όσον αφορά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας για την «Υγειονομική Περίθαλψη Αλλοδαπών»: «για τους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους». Η ερμηνεία της διάταξης όμως καθίσταται προβληματική από τη στιγμή που «η έκτακτη/επείγουσα ιατρική περίθαλψη», την οποία και μόνο επιτρέπει, δε μπορεί να οριστεί εύκολα. Δε μπορεί κάποιος να απαντήσει με ευκολία και σιγουριά ποια περιστατικά θα κάλυπτε η διάταξη⁷². Σημαντικό έλλειμμα προκύπτει, για παράδειγμα, όσον αφορά τον προγεννητικό έλεγχο ο οποίος αν και απαραίτητος για τη διασφάλιση της υγείας αλλά και της ζωής του εμβρύου και της εγκύου «δεν καλύπτεται από το γράμμα του Νόμου, εκτός αν πρόκειται για ανήλικες κυοφορούσες».

Πρόβλημα αντιμετωπίζουν, επίσης, όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή χρειαστεί να κάνουν κάποια επέμβαση ή δαπανηρή θεραπεία δεδομένης και της κατά κανόνα δυσχερούς οικονομικής τους θέσης.

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει επίσης στους ασυνόδευτους ανήλικους, που εάν και βάση του νόμου δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν δεν διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα, δεν απολαμβάνουν της προστασίας που ορίζει το διεθνές δίκαιο καθώς μεταξύ άλλων δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι χώροι για τη στέγασή

⁷² Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, ό π.

τους. Αποτέλεσμα της ελλιπούς προστασίας είναι να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία τους καθώς συχνά πέφτουν θύματα σωματεμπορίας, θύματα εργασιακής εκμετάλλευσης, ενώ διαβιούν σε άθλιες συνθήκες.

Θα πρέπει ακόμη να γίνει αναφορά στην παράγραφο 4 του άρθρου 85 (Ν.3386/2005) που προβλέπει ότι: «Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν τις διατάξεις αυτές διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του ποινικού κώδικα, για παράβαση καθήκοντος». Στην πραγματικότητα ο Νόμος του 2005 διατηρεί τις αυστηρές διατάξεις του Νόμου 2910/2001 που περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση των «άτυπων» μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Καταργεί μόνο τη διάταξη του άρθρου 54, «η οποία προέβλεπε την υποχρέωση των διευθυντών θεραπευτηρίων να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την άφιξη σε αυτά αλλοδαπών»⁷³. Οι παραπάνω διατάξεις έχουν στην πράξη παραμείνει ανενεργές καθώς οι Έλληνες λειτουργοί υγείας αρνήθηκαν να τις εφαρμόσουν, ενώ πολλοί γιατροί ακολουθώντας τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας «επιλέγουν να παράσχουν ιατρική φροντίδα παρακάμπτοντας τις επιταγές του νόμου». Πολλοί μετανάστες "χωρίς έγγραφα" καταφεύγουν επίσης στα πολυιατρεία μη κυβερνητικών οργάνωσεων.

Ειδική κατηγορία αποτελούν οι έγκλειστοι μετανάστες και αιτούντες άσυλο που φιλοξενούνται στα κέντρα διοικητικής κράτησης. Τα άτομα που εισέρχονται στην Ελλάδα παράνομα συλλαμβάνονται και κρατούνται σε κέντρα διοικητικής κράτησης. Αξιόπιστες αναφορές για ορισμένα από τα κλειστά κέντρα κράτησης περιγράφουν πολύ άσχημες συνθήκες διαβίωσης με σημαντικά προβλήματα στις εγκαταστάσεις και τις συνθήκες υγιεινής και ελλιπή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, όπως απουσία βασικού ιατρικού εξοπλισμού, δυσχερή ή αδύνατη παραπομπή στο νοσοκομείο, απουσία ψυχολόγου και διερμηνέων⁷⁴.

Χαρακτηριστική είναι επίσης η απουσία συγκεκριμένου πρωτοκόλλου για τον ιατρικό έλεγχο που πρέπει να γίνεται στους αιτούντες άσυλο και τους άτυπους

⁷³ Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, ό π.

⁷⁴ Hennis-Plasschaet, J. (2007) *Report from the LIBE Committee Delegation on the Visit to Greece (Samos and Athens)*. European Parliament (Committee on Civil Liberties, Justice and Home Affairs) Brussels διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://mighealth.net/el/images/3/37/Report_LIBE_delegation_to_Greece_EN.doc ημερομηνία επίσκεψης 19/09/2011

μετανάστες κατά την άφιξή τους. Οι Norredam κ.α. (2005)⁷⁵ συγκρίνοντας τις πολιτικές των 25 κρατών μελών της Ε.Ε. που αφορούν στην πρόσβαση των αιτούντων άσυλο στην περίθαλψη διαπιστώνουν ότι η Ελλάδα είναι η μοναδική από τις 25 χώρες μέλη που στερείται ιατρικού πρωτοκόλλου για τους νεοαφιχθέντες μετανάστες και αιτούντες άσυλο. Στις υπόλοιπες χώρες εφαρμόζονται σχέδια που περιλαμβάνουν εξέταση για φυματίωση, οροθετικότητα στον ιό HIV, γενική κλινική και ψυχολογική εξέταση. Στην Ελλάδα το πρωτόκολλο για τον ιατρικό έλεγχο εφαρμόζεται μόνο κατά τη διαδικασία αίτησης των αιτούντων άσυλο για άδεια εργασίας.

Η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με το καθεστώς παραμονής και ειδικότερα:

A) Μετανάστες με τα απαραίτητα χαρτιά (νόμιμα διαμένοντες)

Κάθε αλλοδαπός τρίτης χώρας ο οποίος διατηρεί άδεια παραμονής σε ισχύ απολαμβάνει πρόσβαση στο ΕΣΥ με τα ίδια δικαιώματα όπως οι Έλληνες πολίτες. Κατ' επέκταση οι «νόμιμοι» μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι και διαθέτουν το βιβλιάριο υγείας που εκδίδει ο ασφαλιστικός τους φορέας μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ δωρεάν ή καλύπτοντας τμήμα του κόστους. Δεν έχουν, όμως, τη δυνατότητα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας, όπως οι Έλληνες, οι παλιννοστούντες και οι ομογενείς που είναι ανασφάλιστοι και αποδεικνύουν χαμηλό εισόδημα.

B) Μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα»

Σύμφωνα με το νόμο (Άρθρο 84/Ν.3386/2005) οι άτυποι μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας με εξαίρεση τις περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους (εξαιρούνται οι ανήλικοι). Η μόνη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που δικαιολογείται από το νόμο είναι επομένως η περίθαλψη στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

Γ) Παλιννοστούντες και ομογενείς

⁷⁵ Norredam, M., Mygind, A., Krasnik A. (2005). Access to healthcare for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *Eur J Public Health*. 16(3) pp. 285-289 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/16/3/285.full.pdf+html> ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011

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

Δ) Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο

Οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο μετά την έκδοση της προσφυγικής ταυτότητας και της κάρτας αίτησης ασύλου, και για το χρονικό διάστημα που αυτές βρίσκονται σε ισχύ, απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σε περίπτωση που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα δικαιούνται δωρεάν πρόσβασης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια περίθαλψη και φαρμακευτική κάλυψη.

4.2 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Σημαντικός παράγοντας που δύναται να περιορίσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στην περίθαλψη είναι η υψηλή ιδιωτική οικονομική δαπάνη (out-of-pocket payments)⁷⁶. Τα ποσοστά των ανασφάλιστων μεταναστών παραμένουν υψηλά ακόμα και για αυτούς που έχουν καταφέρει να νομιμοποιήσουν το καθεστώς παραμονής τους. Οι ανασφάλιστοι πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι ολόκληρο το ποσό της περίθαλψης, προκαταβάλλοντας το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας. Το κόστος αυτό όμως μπορεί να είναι πολύ υψηλό για αρκετούς μετανάστες οι οποίοι ταυτόχρονα δεν δικαιούνται του βιβλιαρίου οικονομικής απορίας και αδυνατούν οικονομικά να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Όπως δείχνουν και τα στοιχεία της έρευνας των Μαρατού-Αλιπράντη και Γκαζόν (2005)⁷⁷ οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό οικονομική ανασφάλεια από το γηγενή πληθυσμό καθώς τα εισοδήματά τους είναι γενικά χαμηλότερα και το ποσοστό ιδιοκατοίκησης πολύ μικρότερο, 11,1% για τους αλλοδαπούς έναντι 75% για τους Έλληνες. Είναι επομένως πιθανό πολλοί από τους μετανάστες να μην είναι σε θέση «να αντιμετωπίσουν το κόστος μιας έκτακτης

⁷⁶ Altanis, P. (2008) *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services — Country Report for Greece*. European Commission Brussels διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.ehma.org/files/healthquest_greece_en.pdf ημερομηνία επίσκεψης 18/10/2011

⁷⁷ Μαρατού-Αλιπράντη, Γκαζόν, ό. π . σελ. 19

ανασφάλειας όπως είναι τα προβλήματα υγείας». Την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνουν συνεπώς, το καθεστώς εργασίας πολλών μεταναστών στην «άτυπη» οικονομία που έχει ως συνέπεια να παραμένουν ανασφάλιστοι, τα χαμηλά εισοδήματα των μεταναστών, καθώς και η ιδιαιτερότητα του συστήματος καταβολής «άτυπων αμοιβών» στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως οι αιτούντες άσυλο ή οι πρόσφυγες αποτελεί συχνά σημαντικό εμπόδιο στην προσβασιμότητα τους σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης, οι μεγάλες καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανέωση αδειών παραμονής ή την έκδοση των ειδικών δελτίων του αιτούντος άσυλο αλλοδαπού, έχουν ως συνέπεια την παρεμπόδιση της πρόσβασης πολλών μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Άλλωστε την πρόσβαση στο σύστημα υγείας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές και άλλα χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας που επηρεάζουν αρνητικά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους μετανάστες και τους πρόσφυγες⁷⁸.

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

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

⁷⁸ 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

Πρόσφατη μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου⁷⁹ δείχνει ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Τα στοιχεία για την Ελλάδα αφορούσαν 112 ανθρώπους που επισκέφθηκαν τις δύο πολυκλινικές των Γιατρών του Κόσμου σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Σε ερώτηση αναφορικά με την ενημέρωση για τις υπηρεσίες ελέγχου για τον ιό HIV, το 83,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν έχουν γνώση του δικαιώματος χρήσης αυτών των υπηρεσιών. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με τις υπόλοιπες 8 χώρες της μελέτης. "Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως απόρροια της άρνησης του δικαιώματος στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που κατά μεγάλο μέρος αφορά τους μετανάστες χωρίς χαρτιά: ο γενικός κανόνας είναι ότι δεν έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη, επομένως οι εξαιρέσεις σε αυτόν τον κανόνα (στην προκειμένη περίπτωση, η πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες ελέγχου για HIV) είναι, δυστυχώς εύλογα, ελάχιστα γνωστές". Αντίστοιχα είναι τα συμπεράσματα και της μελέτης «*Quality in and Equality of Access to Healthcare Services – Country Report for Greece*» όπου διαπιστώνεται το έλλειμμα πληροφόρησης και η άγνοια των μεταναστών και προσφύγων σχετικά με τα δικαιώματά τους⁸⁰.

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

⁷⁹ Γιατροί του Κόσμου (2009) Πρώτο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Πρόσβαση στην Περίθαλψη Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία ; Ελληνικό Τμήμα των Γιατρών του Κόσμου, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.eurocharity.eu/files/presskit_outlines.pdf ημερομηνία πρόσβασης 24/11/2011

⁸⁰ Altanis P., ό π.

προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα ψυχικής υγείας.

Τέλος, περιπτώσεις κακομεταχείρισης αλλοδαπών από γιατρούς και νοσοκομειακό προσωπικό είναι μάλλον σπάνια και μεμονωμένα περιστατικά. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι η εκτίμηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων αλλοδαπών από το προσωπικό νοσοκομείου είναι σημαντικά υψηλότερη από την πραγματική καταμέτρηση⁸¹. Τα στοιχεία από την έρευνα με ερωτηματολόγια σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό νοσοκομείων της Αττικής, στα πλαίσια της μελέτης «Equality in Health: Greek National Report»⁸² παρουσιάζουν επίσης ενδιαφέρον. Έτσι, μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών που μπορούν να οδηγήσουν σε διάκριση η δημοφιλέστερη απάντηση είναι η φυλή ή εθνικότητα με ποσοστό 58,7%. Επίσης σε ποσοστό περίπου 20% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι δεν θεωρούν απαραίτητο οι γυναίκες ασθενείς που τους το επιβάλλει η κουλτούρα ή η θρησκεία τους να εξετάζονται από γυναίκες γιατρούς. Τέλος, το 41,5% υποστηρίζει ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες καταχράζονται το σύστημα κοινωνικών παροχών.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν εν δυνάμει εμπόδια που περιορίζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν τυπικά δικαιούνται την πρόσβαση. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου η προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνεται παρόλο που τυπικά διαπιστώνεται άρνηση πρόσβασης. Η παρατυπία πράγματι φαίνεται να χαρακτηρίζει τις οδούς πρόσβασης των μεταναστών στην περίθαλψη εκτός αλλά και εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας⁸³.

Έτσι συχνά είναι τα παραδείγματα όπου μετανάστες "χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα" εξυπηρετούνται από τις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς οι λειτουργοί υγείας αγνοώντας το "γράμμα του νόμου" διευκολύνουν την πρόσβαση των άτυπων μεταναστών στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Έτσι μια μάλλον κοινή

⁸¹ Καψάλης Α. (2003) *Εθνική Έκθεση για την Ελλάδα*. Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε Θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών. Αθήνα

⁸² Altanis P., ό π

⁸³ Kotsioni, I., 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.

στρατηγική μεταξύ των μεταναστών "χωρίς χαρτιά" που έχουν ανάγκη πρόσβασης σε νοσοκομείο είναι να χρησιμοποιούν τα επείγοντα.

Σημαντικός είναι ο ρόλος υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων αλλά και μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) που παρέχουν δωρεάν πρωτοβάθμια υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη σε μετανάστες που δεν έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ. Διευκολύνουν επίσης την πρόσβαση των εξυπηρετούμενων μεταναστών στα Νοσοκομεία για εξειδικευμένες εξετάσεις ή νοσηλεία μέσω της χρήσης ενός άτυπου δικτύου παραπομπών.

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

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

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

αλλοδαπούς καθώς ούτε τα ασφαλιστικά ταμεία ούτε τα νοσοκομεία καταγράφουν συστηματικά και με τρόπο αξιόπιστο τέτοια δεδομένα⁸⁴.

⁸⁴ Μαράτου-Αλιπράντη, Γκαζόν, ό π. σελ 83.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΧΑΪΑΣ.

5.1. Ιστορική αναδρομή

Το μεταναστευτικό κύμα προς τον Νομό Αχαΐας ξεκίνησε από τα μέσα της δεκαετίας του 90, εξ' αιτίας της αθρόας εισροής οικονομικών μεταναστών και της μόνιμης διαβίωσής τους όπως και σε ολόκληρη την χώρα. Μέχρι σήμερα έχουν υπάρξει διακυμάνσεις στον αριθμό και στην εθνικότητα των μεταναστών. Κατά τα πρώτα χρόνια που ξεκίνησε το φαινόμενο οι μετανάστες ήταν κυρίως Αλβανοί υπήκοοι και κινήθηκαν προς τις αγροτικές περιοχές της Αχαΐας όπου η ανεύρεση εργασίας ήταν πιο εύκολη στις αγροτικές δουλειές και δεν απαιτούνταν ιδιαίτερες γνώσεις. Επίσης η πόλη της Πάτρας δεν απέχει πολύ και η ανεύρεση εργασίας σε θέσεις που αφορούν τον κατασκευαστικό κλάδο, ο οποίος άνθιζε την περίοδο εκείνη στην πόλη, δεν ήταν δύσκολη τις εποχές του χρόνου που δεν υπήρχε ανάγκη στις αγροτικές δουλειές. Μετέπειτα και κυρίως από τις αρχές του 21ου αιώνα άρχισαν να συρρέουν ανεξέλεγκτα Αφγανοί λαθρομετανάστες, καθώς επίσης Σομαλοί και Σουδανοί. Σήμερα υπολογίζεται ότι διαβιούν στην Πάτρα περίπου 3000 με 5000 λαθρομετανάστες, με σκοπό τη λαθραία ακτοπλοϊκή έξοδο τους από την Ελλάδα προς την Ιταλία και τις χώρες της ανεπτυγμένης Ευρώπης. Το φαινόμενο των μεταναστών στην πόλη της Πάτρας αποτελεί πρόβλημα καθώς σκοπός των μεταναστών δεν είναι η εγκατάστασή τους στην ευρύτερη περιφέρεια, η ανεύρεση εργασίας και η αφομοίωσή τους, παρά μόνο η λαθραία έξοδος τους από τη χώρα με οποιοδήποτε τρόπο και με οποιοδήποτε κόστος, πολλές φορές και με την ίδια τους τη ζωή.

Οι πρώτες ομάδες Κούρδων παράνομων μεταναστών εμφανίστηκαν το 1996 και ήταν αποτέλεσμα του πολέμου στο Ιράκ αλλά και των διώξεων που αντιμετώπιζαν από το τουρκικό κράτος. Ενδεικτικό της κατάστασης είναι ότι από το 1995 έως τον Νοέμβριο του 1997 υπολογίζεται σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου δημοσίας τάξεως ότι εισήλθαν παράνομα στην Ελλάδα 22.451 ιρακινοί υπήκοοι. Το πρόβλημα όμως στην Πάτρα διογκώθηκε μετά το 2001 και την εισβολή των Αμερικανών στο Αφγανιστάν, όταν και χιλιάδες Αφγανοί εγκατέλειψαν τα σπίτια τους ζητώντας μια καλύτερη ζωή στις χώρες της Δύσης. Στον αριθμό των Αφγανών προστέθηκαν από το 2008 και κάποιες εκατοντάδες Σομαλών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν εμφύλιο πόλεμο στη χώρα τους από το 1991.

Το λιμάνι της Πάτρας αποτελεί τον βασικό κόμβο σύνδεσης με την Ιταλία μέσω ακτοπλοϊκής γραμμής και συνεπώς αποτελεί την κυριότερη πύλη εξόδου από την Ανατολή προς τη δύση. Οι παράνομοι μετανάστες προερχόμενοι από το Αφγανιστάν ή την Σομαλία επιλέγουν ως συντομότερο και ασφαλέστερο δρόμο για τις χώρες της Ευρώπης τα δύο λιμάνια της δυτικής Ελλάδας, την Ηγουμενίτσα και την Πάτρα. Το λιμάνι της Πάτρας λόγω των περισσότερων γραμμών προς Ιταλία, αλλά και της ελλιπούς φύλαξης αποτελεί τον πόλο έλξης του μεγαλύτερου μέρους των λαθρομεταναστών. Κύριος στόχος αυτών είναι να φτάσουν στη Γερμανία, την Ολλανδία ή την Σουηδία. Τις ομάδες αυτές των λαθρομεταναστών ενισχύουν οι «έμποροι κεφαλών», οι οποίοι κατόπιν μεγάλου χρηματικού αντιτίμου, αναλαμβάνουν να τους περάσουν από τα σύνορα και να τους οδηγήσουν στις χώρες της Δύσης. Η διαδικασία με την οποία περνάνε στην κεντρική Ευρώπη είναι η εξής. Αφού περάσουν τα ελληνικά σύνορα με κύριες διόδους εισόδου τα νησιά του Αιγαίου και τον Έβρο, κατευθύνονται προς την Πάτρα και με τη βοήθεια μεσαζόντων ή και μόνοι τους κρύβονται σε φορτηγά που πρόκειται να επιβιβαστούν σε ένα από τα πλοία της γραμμής με κατεύθυνση την Ιταλία. Πολλές φορές στις περιπτώσεις που και οι ίδιοι οι οδηγοί συμμετέχουν στην λαθραία μεταφορά αλλοδαπών, τα φορτηγά περιέχουν ειδικές κρύπτες έτσι ώστε να μην γίνουν αντιληπτοί από τις αρχές. Σε άλλες όμως περιπτώσεις οι αλλοδαποί προκειμένου να μουν στο πλοίο είναι ικανοί να πιαστούν ακόμη και κάτω από τις ρόδες των φορτηγών και να μείνουν εκεί χωρίς φαγητό ή νερό ακόμη και για 3 ημέρες.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα του Μεταναστευτικού προβλήματος στην Πάτρα είναι το θέμα συντήρησης, διαβίωσης και ιδίως αυτό της στέγασης. Κατά το πρώτο κύμα μεταναστών, το 1996, είχε δημιουργηθεί ένας μικρός καταυλισμός στον παλιό σταθμό τραίνων που βρίσκεται ακριβώς απέναντι από το λιμάνι. Λόγω όμως αντιδράσεων των κατοίκων της περιοχής αλλά και φορέων αυτής και κατόπιν διαπραγματεύσεων των Κούρδων με τις αστυνομικές αρχές αποφασίστηκε η διάλυση του καταυλισμού και η μεταφορά τους σε κατασκηνώσεις στην Περαχώρα Λουτρακίου. Καθώς όμως ο στόχος των λαθρομεταναστών ήταν να περάσουν στις χώρες της Δύσης, ο καταυλισμός του Λουτρακίου γρήγορα ερημώθηκε και οι ίδιοι επανεμφανίστηκαν στην Πάτρα.

Τη δεύτερη αυτή φορά, το 1998, δημιούργησαν νέο αυτοσχέδιο καταυλισμό σε οικόπεδο στην περιοχή της Αγυιάς, λίγο πιο μακριά από το λιμάνι, ο οποίος διατηρείται ακόμα και σήμερα. Για τον συγκεκριμένο καταυλισμό έχουν υποβληθεί μηνύσεις από

τους κατοίκους της περιοχής. Εκτός από τον καταυλισμό αρκετοί διαμένουν σε εγκαταλελειμμένα σπίτια ενώ οι πρόσφατα αφιχθέντες Σομαλοί πρόσφυγες ζουν έξω από τον καταυλισμό, κυρίως στις περιοχές του Αγίου Ανδρέα και του Κάστρου, λόγω της κόντρας που υπάρχει μεταξύ αυτών και των Αφγανών. Και στους δύο καταυλισμούς δεν τηρούνται οι στοιχειώδεις όροι υγιεινής με αποτέλεσμα να εγκυμονεί κίνδυνος έξαρσης και μετάδοσης σοβαρών ασθενειών. Αντίστοιχα δεν τηρούνται και οι στοιχειώδεις κανόνες ασφάλειας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η πυρκαγιά που ξέσπασε στις 21 Ιανουαρίου του 2009 στον καταυλισμό των προσφύγων, απειλώντας τις ζωές των μεταναστών, αλλά και τις περιουσίες του παράπλευρου οικισμού.

Οι δυσκολίες άλλωστε που παρουσιάζονται στην κάλυψη των βιοτικών τους αναγκών αυξάνουν σοβαρά τον κίνδυνο αυτό, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα την έλλειψη χώρων υγιεινής που υπάρχει στον καταυλισμό. Επιπρόσθετα δεν είναι λίγοι αυτοί που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα λόγω των δυσχερειών που αντιμετωπίζουν και της απουσίας των οικογενειακών τους προσώπων. Χαρακτηριστικό άλλωστε της κατάστασης που επικρατεί στην Πάτρα, αλλά και σε όλη την επικράτεια, είναι το γεγονός ότι αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν αρνηθεί να επιστρέψουν πρόσφυγες στην Ελλάδα, ως χώρα πρώτης εισόδου, καθώς οι αρμόδιες αρχές έκριναν ότι δεν εξασφαλιζόταν η ασφάλειά τους και οι σωστές συνθήκες διαβίωσής του. Ο Συνήγορος του Πολίτη σε έκθεσή του αφού τονίζει τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης παρατηρεί ότι "πλήττεται καίρια και η προσωπική αξιοπρέπεια των διαβιούντων". Οι πρόσφυγες δεν υποστηρίζονται επίσημα από το υπάρχον κρατικό σύστημα υγείας οπότε δεν έχουν τη δυνατότητα να εξετάζονται ή να νοσηλεύονται για προληπτικές εξετάσεις πάρα μόνο σε επείγουσα περίπτωση .

Πέρα όμως από τις συνθήκες διαβίωσης, οι πρόσφυγες διατρέχουν άμεσο κίνδυνο για τη ζωή τους κάθε φορά που επιχειρούν να περάσουν στην Ιταλία κρυμμένοι μέσα στα φορτηγά. Και αυτό γιατί πολλές φορές στοιβάζονται μέσα σε αυτά χωρίς τον στοιχειώδη εξαερισμό. Άλλωστε έχουν καταγραφεί αρκετοί θάνατοι από ασφυξία μέσα στα φορτηγά ενώ το τραγικότερο περιστατικό και το πλέον πολυάριθμο σε νεκρούς συνέβη το 1999, όταν έπιασε φωτιά στο πλοίο «Superfast III» ενώ έπλεε ανοιχτά της Πάτρας. Από τη

φωτιά αυτή βρήκαν τραγικό θάνατο 10 Κούρδοι, οι οποίοι είχαν κρυφτεί σε φορτηγά και πέθαναν μάλλον από ασφυξία⁸⁵.

5.2. Παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες της Αχαΐας

Στην προσπάθεια διερεύνησης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στο νομό Αχαΐας, διαπιστώθηκε ότι αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο, εφόσον οι νοσηλευθέντες ασθενείς - μετανάστες ή αυτοί που έκαναν χρήση άλλων υπηρεσιών των Μονάδων υγείας (εξωτερικά ιατρεία, τμήματα οικογενειακού προγραμματισμού κτλ) δεν καταχωρούνται πάντα χωριστά σε τηρούμενα αρχεία.

Όπως ήδη αναφέραμε στην περιοχή δεν υπάρχουν υπηρεσίες και φορείς οι οποίοι να παρέχουν υπηρεσίες υγείας αποκλειστικά σε μετανάστες. Πρόκειται για υπηρεσίες και φορείς που παρέχουν υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες. Με εξαίρεση φυσικά την Μητρόπολη Αχαΐας, τον Δήμο Πατρέων, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό που ενισχύουν καθημερινά τους πρόσφυγες με παροχή τροφίμων και διοργάνωση συσσιτίων. Αλλά και κάποιες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, όπως οι γιατροί χωρίς σύνορα οι οποίοι από τον Μάιο του 2008 έχουν δημιουργήσει στον καταυλισμό ειδικό κλιμάκιο που παρέχει συστηματική ιατρική φροντίδα και παράλληλα ενημερώνει τους πρόσφυγες για τους κινδύνους που διατρέχουν.

Το μεγαλύτερο βάρος βέβαια στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες σηκώνουν τα Νοσοκομεία του νομού, το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών « Ο Άγιος Ανδρέας » στο οποίο υπάγονται, το Καραμανδάνειο γενικό νοσοκομείο παιδών, το ειδικό Νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος «Ο Άγιος Λουκάς», το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών αλλά και τα μικρότερα σε μέγεθος Γενικό Νοσοκομείο του Αιγίου και Γενικό Νοσοκομείο Καλαβρύτων. Επίσης στη Περιοχή λειτουργούν και πέντε Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου, στα Καλάβρυτα, την Κλειτορία, την Ερυμάνθεια, την Κάτω Αχαΐα και την Χαλανδρίτσα. Τέλος τα αγροτικά ιατρεία του νομού προσφέρουν στοιχειώδεις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στις αγροτικές περιοχές του νομού, τόσο στον ημεδαπό όσο και στο αλλοδαπό πληθυσμό δωρεάν και φυσικά δεν γίνεται

⁸⁵ Δικτυακός τόπος <http://in.gr/> , 03/11/199 «Με πλαστά διαβατήρια ταξίδευαν Κούρδοι στο Superfast III», <http://news.in.gr/greece/article/?aid=324639> ημερομηνία επίσκεψης 12/12/2011

καταγραφή των στοιχείων.

Τα στοιχεία που έχουν καταγραφεί σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών στα νοσοκομεία της Αχαΐας παραχωρήθηκαν από την 6^η Υγειονομική Περιφέρεια που εδρεύει στην Πάτρα. Τα στοιχεία αφορούν τον αριθμό των μεταναστών που επισκέφθηκαν το κάθε νοσοκομείο ανάλογα με την εθνικότητα, το σύνολο της δαπάνης νοσηλείας που επιβαρύνθηκε το νοσοκομείο, ξεχωριστά την δαπάνη φαρμάκων όπως και το σύνολο της δαπάνης περίθαλψης αλλοδαπών οι οποίοι δεν διέθεταν ασφάλιση αλλά ούτε και βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας (κυρίως παράνομοι μετανάστες).

Τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα μέχρι τώρα αφορούν τα τρία πρώτα τρίμηνα του 2011. Η επισκεψιμότητα των αλλοδαπών στα νοσοκομεία του νομού εμφανίζεται παρακάτω.

Πίνακας 3. Αριθμός αλλοδαπών ανά Νοσοκομείο ανά τρίμηνο

ΤΡΙΜΗΝΑ	Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ"	Γ.Ν. ΑΙΓΙΟΥ	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑ-ΝΔΑΝΕΙΟ"	Ε.Ν.Ν. ΘΩΡΑΚΟΣ ΝΔ ΕΛΛΑΔΑΣ "Ο ΑΓ. ΛΟΥΚΑΣ"	Π.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ "ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ"	ΣΥΝΟΛΟ
Α' ΤΡΙΜΗΝΟ 2011	133	3	17	5	83	241
Β' ΤΡΙΜΗΝΟ 2011	196	7	13	4	110	330
Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ 2011	160	6	15	3	92	276

Πηγή : 6^η Υγειονομική Περιφέρεια

Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε πως για διάφορους λόγους τα νοσοκομεία πολλές φορές αδυνατούν να δώσουν τα στοιχεία αυτά στην υγειονομική περιφέρεια, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση το νοσοκομείο των Καλαβρύτων, το οποίο λόγω έλλειψης προσωπικού δεν απέστειλε τα στοιχεία.

5.3 Δαπάνη νοσηλείας μεταναστών στην Αχαΐα

Στους παρακάτω πίνακες εμφανίζεται ο αριθμός και η δαπάνη νοσηλείας των αλλοδαπών ασθενών ανά εθνικότητα και ανά τρίμηνο για τα τρία πρώτα τρίμηνα του

2011 για ολόκληρη την 6^η υγειονομική περιφέρεια, η οποία περιλαμβάνει τα 23 νοσοκομεία της Πελοποννήσου, των Ιονίων νήσων, της Ηπείρου και της Δυτικής Ελλάδας. Πιο συγκεκριμένα τα νοσοκομεία που υπάγονται στην 6^η ΥΠΕ είναι το Π.Γ.Ν Πατρών «Παναγία η βοήθεια», το Γ.Ν. Πατρών «ο Άγιος Ανδρέας», το Γ.Ν. Αγίου, το Γ.Ν. Καλαβρύτων, το Γ.Ν. παιδών Πατρών «Καραμανδάνειο», το Ε.Ν.Ν. θώρακος ΝΔ Ελλάδος « Ο Άγιος Λουκάς», το Γ.Ν. Κεφαλληνίας, το Γ.Ν. Ληξουρίου, του Γ.Ν. Ζακύνθου, το Γ.Ν. Πύργου, το Ζ.Ν. Αμαλιάδας, το Γ.Ν. Κρεστένων, το Γ.Ν. Αργινίου, το Γ.Ν. Μεσολογγίου, το Γ.Ν. Τρίπολης, Το Γ.Ν. Σπάρτης, Το Γ.Ν. Μολάων, το ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης, το Γ.Ν. Καλαμάτας, το Γ.Ν. Κυπαρισσίας, το Γ.Ν. Κορίνθου, το Γ.Ν. Αργους και το Γ.Ν. Ναυπλίου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Πίνακας 4. Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία της 6^{ης} Υ.Π.Ε. το Α' τρίμηνο του 2011

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ / ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (σε ευρώ)
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	10	12.371,62 €
ΑΛΒΑΝΙΑ	358	200.142,65 €
ΑΛΓΕΡΙΑ	2	220,09 €
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	35	32.092,13 €
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	1	88,04 €
ΓΕΩΡΓΙΑ	4	2.424,18 €
ΕΡΥΘΡΕΑ	1	437,92 €
ΙΝΔΙΑ	6	7.567,06 €
ΙΟΡΔΑΝΙΑ	1	73,36 €
ΙΡΑΚ	16	5.218,18 €
ΚΙΝΑ	1	88,04 €
ΜΑΡΟΚΟ	3	491,90 €
ΜΕΞΙΚΟ	1	88,04 €
ΜΠΑΓΚΛΑΝΤΕΣ	2	366,83 €
ΝΙΓΗΡΙΑ	2	3.838,52 €
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	5	3.705,42 €
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	25	125.752,55 €
ΠΑΛΑΙΣΤΗΝΙΑΚΗ ΑΡΧΗ	5	1.056,46 €
ΣΕΝΕΓΑΛΗ	1	102,71 €
ΣΕΡΒΙΑ	2	176,08 €
ΣΟΜΑΛΙΑ	7	9.240,41 €
ΣΟΥΔΑΝ	3	418,53 €
ΣΡΙ ΛΑΝΚΑ	1	88,04 €
ΣΥΡΙΑ	1	77,36 €
ΤΟΥΡΚΙΑ	3	249,45 €
ΠΟΛΙΤΙΚΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ (ΑΔΗΛΩΤΗΣ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ)	2	6.321,51 €
ΣΥΝΟΛΟ	498	412.697,08 €

Πίνακας 5. Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία της 6^{ης} Υ.Π.Ε. για το Β' τρίμηνο του 2011

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ / ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (σε ευρώ)
ΑΓΓΟΛΑ	2	161,40 €
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	11	14.190,75 €
ΑΙΘΙΟΠΙΑ	1	225,97 €
ΑΛΒΑΝΙΑ	436	322.992,76 €
ΑΛΓΕΡΙΑ	4	1.498,87 €
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	30	55.388,24 €
ΓΕΩΡΓΙΑ	6	5.073,37 €
ΕΡΥΘΡΕΑ	2	976,08 €
ΙΝΔΙΑ	4	1.777,71 €
ΙΡΑΚ	14	9.938,10 €
ΙΡΑΝ	6	2.101,65 €
ΚΙΝΑ	2	602,58 €
ΜΑΡΟΚΟ	4	1.531,15 €
ΜΑΥΡΙΤΑΝΙΑ	1	249,43 €
ΜΟΛΔΑΒΙΑ	4	381,50 €
ΜΠΑΓΚΛΑΝΤΕΣ	6	1.499,19 €
ΝΙΓΗΡΙΑ	1	161,41 €
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	9	7.132,05 €
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	32	20.742,76 €
ΠΑΛΑΙΣΤΗΝΙΑΚΗ ΑΡΧΗ	5	2.161,07 €
ΠΑΛΑΟΥ	1	132,05 €
ΣΕΝΕΓΑΛΗ	4	784,87 €
ΣΟΜΑΛΙΑ	7	9.507,80 €
ΣΟΥΔΑΝ	1	542,88 €
ΣΥΡΙΑ	2	1.267,06 €
ΤΥΝΗΣΙΑ	3	2.440,40 €
ΣΥΝΟΛΟ	598	463.461,10 €

Πίνακας 6. Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία της 6^{ης} Υ.Π.Ε. το Γ' τρίμηνο του 2011

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ / ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (σε ευρώ)
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	9	12.216,19 €
ΑΛΒΑΝΙΑ	424	270.147,07 €
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	26	30.939,55 €
ΓΕΩΡΓΙΑ	5	6.588,29 €
ΙΝΔΙΑ	9	6.507,25 €
ΙΡΑΚ	10	12.942,70 €
ΙΡΑΝ	3	3.488,04 €
ΚΑΖΑΚΣΤΑΝ	1	504,67 €
ΚΕΝΥΑ	1	249,43 €
ΚΙΝΑ	1	300,00 €
ΛΕΥΚΟΡΩΣΙΑ	1	73,36 €
ΛΙΒΥΗ	1	458,30 €
ΜΑΡΟΚΟ	2	1.423,33 €
ΜΕΞΙΚΟ	1	88,04 €
ΜΟΛΔΑΒΙΑ	1	389,32 €
ΜΠΑΓΚΛΑΝΤΕΣ	7	9.854,36 €
ΝΙΓΗΡΙΑ	1	73,37 €
ΝΟΤΙΟΣ ΑΦΡΙΚΗ	1	88,04 €
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	8	9.173,14 €
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	57	91.547,76 €
ΣΕΝΕΓΑΛΗ	1	73,36 €
ΣΕΡΒΙΑ	1	381,52 €
ΤΟΥΡΚΙΑ	2	1.234,77 €
ΠΟΛΙΤΙΚΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ (ΑΔΗΛΩΤΗΣ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ)	2	2.159,45 €
ΣΥΝΟΛΟ	575	460.901,31 €

Από τη μελέτη των παραπάνω πινάκων προκύπτει ότι και για τα τρία τρίμηνα του 2011 η δαπάνη των νοσοκομείων για τους αλλοδαπούς ασθενείς ανέρχεται σε ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσό. Ποσό το οποίο ζημιώνει το Ελληνικό δημόσιο, δημιουργώντας μεγάλα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και εν συνεχεία στον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς τα νοσοκομεία λαμβάνουν χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό και όχι από ίδια κεφάλαια.

Παρακάτω θα δούμε τους αντίστοιχους πίνακες συγκεκριμένα για τα 5 νοσοκομεία του νομού Αχαΐας.

Πίνακας 7. Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας το Α' τρίμηνο του 2011

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ / ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (σε ευρώ)
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	5	5.500,00 €
ΑΙΘΙΟΠΙΑ	1	355,11 €
ΑΛΒΑΝΙΑ	194	136.957,60 €
ΑΛΓΕΡΙΑ	3	2.849,39 €
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	9	6.218,02 €
ΓΕΩΡΓΙΑ	4	2.290,74 €
ΙΡΑΚ	4	4.752,33 €
ΙΡΑΝ	1	73,37 €
ΜΠΑΓΚΚΛΑΝΤΕΣ	2	1.152,04 €
ΝΙΓΗΡΙΑ	1	238,58 €
ΝΟΤΙΑ ΑΦΡΙΚΗ	1	129,12 €
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	4	3.632,05 €
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	6	11.051,43 €
ΠΑΛΑΙΣΤΗΝΙΑΚΗ ΑΡΧΗ	1	249,43 €
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	2	161,40 €
ΣΟΜΑΛΙΑ	3	5.970,97 €
ΣΥΝΟΛΟ	241	181.581,58 €

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας το Β' τρίμηνο του 2011

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ / ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (σε ευρώ)
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	10	6.000,00 €
ΑΛΒΑΝΙΑ	242	246.720,59 €
ΑΛΓΕΡΙΑ	5	1.995,66 €
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	34	26.206,75 €
ΓΕΩΡΓΙΑ	7	33.053,49 €
ΙΡΑΚ	1	425,50 €
ΙΡΑΝ	6	2.613,99 €
ΜΑΡΟΚΟ	2	3.738,05 €
ΜΟΛΔΑΒΙΑ	1	132,05 €
ΜΠΑΓΚΛΑΝΤΕΣ	1	5.468,69 €
ΝΙΓΗΡΙΑ	1	99,78 €
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	9	7.871,78 €
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	10	20.031,17 €
ΠΑΛΑΙΣΤΗΝΙΑΚΗ ΑΡΧΗ	1	73,37 €
ΣΥΝΟΛΟ	330	354.430,87 €

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Αριθμός αλλοδαπών που προσήλθαν στα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας το Γ' τρίμηνο του 2011

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ / ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (σε ευρώ)
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	8	4.956,29 €
ΑΛΒΑΝΙΑ	198	157.420,35 €
ΑΛΓΕΡΙΑ	2	792,34 €
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	20	205.979,91 €
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	1	660,26 €
ΓΕΩΡΓΙΑ	6	5.150,24 €
ΙΝΔΙΑ	2	800,00 €
ΙΝΔΟΝΗΣΙΑ	1	1.707,70 €
ΙΡΑΚ	2	327,59 €
ΙΡΑΝ	3	1.727,59 €
ΚΙΝΑ	1	300,00 €
ΚΑΜΕΡΟΥΝ	1	366,83 €
ΚΡΟΑΤΙΑ	1	397,65 €
ΜΑΡΟΚΟ	1	234,78 €
ΜΠΑΓΚΛΑΝΤΕΣ	4	3.799,35 €
ΝΙΓΗΡΙΑ	2	4.537,50 €
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	7	3.161,41 €
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	9	5.799,96 €
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	3	358,88 €
ΣΕΝΕΓΑΛΗ	1	308,15 €
ΣΟΜΑΛΙΑ	2	440,20 €
ΤΥΝΗΣΙΑ	1	161,41 €
ΣΥΝΟΛΟ	276	399.388,39 €

Όπως παρατηρούμε οι δαπάνες είναι αντίστοιχες και για τον νομό Αχαΐας. Οι αλλοδαποί που βλέπουμε να νοσηλεύονται είναι κατά κύριο λόγο Αλβανοί, Αιγύπτιοι, Αφγανοί, Πακιστανοί και Σομαλοί και αποτελούν περίπου το 90% των αλλοδαπών που επισκέπτονται τα νοσοκομεία του νομού. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει αυτές είναι και οι βασικές εθνικότητες των παράνομων μεταναστών που υπάρχουν στον νομό. Βέβαια θα πρέπει να αναφέρουμε πως πολλοί από τους Αλβανούς μετανάστες είναι νόμιμοι στην χώρα και διαθέτουν άδεια παραμονής και εργασίας, δεν διαθέτουν όμως κοινωνική ασφάλιση καθώς κατά κύριο λόγο απασχολούνται με την μορφή της ανασφάλιστης εργασίας.

Επομένως όταν αναφερόμαστε σε λύσεις σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους μετανάστες, θα πρέπει να βλέπουμε το θέμα όχι μόνο από την αλτρουιστική πλευρά αλλά δυστυχώς και από την οικονομική πλευρά. Καθώς σε μια περίοδο τέτοιας κρίσης η ανάγκη για εξοικονόμηση χρημάτων είναι επιταγμένη. Χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει πως θα πρέπει να σταματήσει να λειτουργεί το κράτος ως κράτος πρόνοιας. Παρακάτω θα δούμε κάποιες από τις διορθωτικές ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν στο σύστημα υγείας όσον αφορά το κομμάτι των μεταναστών προκειμένου και οι άνθρωποι αυτοί να απολαμβάνουν καλύτερη φροντίδα περίθαλψης και το κοινωνικό σύνολο να μην αντιμετωπίζει καθημερινά τον κίνδυνο να βρεθεί αντιμέτωπο με μια επιδημική έκρηξη αλλά και το σύστημα να λειτουργεί με το μικρότερο δυνατό κόστος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Στην Ελλάδα, η στρατηγική μιας σύγχρονης μεταναστευτικής πολιτικής δεν μπορεί παρά να έχει σαν βασικό στόχο και σαν κύρια αρχή την ανάπτυξη ενός βέλτιστου προτύπου ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελληνική Κοινωνία, στο πλαίσιο της προσπάθειας για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και της εύρυθμης ένταξής τους στην κοινωνική, οικονομική, πολιτισμική και θεσμική πραγματικότητα της χώρας.

Σύμφωνα με τα στατιστικά και θεωρητικά δεδομένα που υπάρχουν, τόσο από τα στοιχεία της Απογραφής του Πληθυσμού που διεξήχθη το 2001, όσο και από μελέτες – έρευνες που έχουν εκπονηθεί και έχουν αναλύσει τα στοιχεία από τις έως τώρα διαδικασίες νομιμοποίησης των μεταναστών και παρά την θετική προσπάθεια θεσμικής κατοχύρωσης ενός πλαισίου μέσω του οποίου θα ασκείται η μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα (ν. 2910/2001, ΦΕΚ 91 Α), διαπιστώνεται ένα σοβαρό έλλειμμα σχεδιασμού, πολιτικών και δράσεων οι οποίες θα αντιμετωπίσουν ενεργητικά το φαινόμενο της μετανάστευσης.

Η αποσπασματικότητα, η αναντιστοιχία εκφρασμένης πολιτικής βούλησης και εφαρμοζόμενων πρακτικών, η αναποτελεσματικότητα, η αντιφατικότητα, η γραφειοκρατία, η έλλειψη συντονισμού και οι δυσλειτουργίες στις μέχρι τώρα ασκούμενες πολιτικές από το Ελληνικό Κράτος, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, κυριαρχούν στην αντιμετώπιση του φαινομένου της μετανάστευσης και βρίσκονται σε αντίθεση με τις αρχές που πρέπει να διέπουν την λειτουργία μιας σύγχρονης και κοινωνικά δίκαιης Πολιτείας.

Η μεγάλη αύξηση των μεταναστών στην Ελλάδα και οι κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές συνέπειες που έχει η ένταξή τους στην Ελληνική Κοινωνία, μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με ενεργητικές πολιτικές σε όλες της εκφάνσεις της κοινωνικής, οικονομικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που υπάρχουν αυτή την στιγμή στην Ελλάδα.

Στα πλαίσια αυτά, οι δράσεις των ενεργών αυτών πολιτικών, όπως και της πολιτικής για την υγεία, δεν μπορεί παρά να στοχεύουν στον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας της κοινωνικής ομάδας των μεταναστών, στην ισότιμη αντιμετώπισή τους

από τους θεσμούς, τις δομές και τα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, στον σεβασμό της «διαφορετικότητας» και την ανάδειξη της πολυπολιτισμικότητας. Η διασφάλιση των παραπάνω, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την καταπολέμηση των φαινομένων ρατσισμού και ξενοφοβίας που αναπτύσσονται, για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και την διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής.

6.1 Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις μεταναστευτικές τομεακές πολιτικές

- Η αρχή της αποφυγής διακρίσεων και της εφαρμογής της ισότιμης μεταχείρισης για όλους τους πολίτες και τους νόμιμα εγκατεστημένους ξένους, στα πλαίσια των θεμελιωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η προστασία αυτών, καθώς και των κοινωνικών δικαιωμάτων όλων των ατόμων που βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια, εκτός από συνταγματική επιταγή είναι και ηθική και πολιτική υποχρέωση ενός σύγχρονου κράτους δικαίου⁸⁶.
- Ο σεβασμός και η προστασία της διαφορετικότητας, της πολυπολιτισμικής ιδιαιτερότητας και πολιτισμικής ταυτότητας, αποτελούν μείζονες αρχές και προκλήσεις που απαιτούν την δέσμευση όλων των εμπλεκόμενων φορέων, τόσο στον σχεδιασμό, όσο και στην υλοποίηση των πολιτικών, διατηρώντας πάντα τις πολιτισμικές και ιστορικές τους ρίζες με την χώρα καταγωγής τους και παρέχοντας τις δυνατές διευκολύνσεις ώστε να είναι εφικτός ο επαναπατρισμός τους όταν εκείνοι το επιθυμήσουν
- Βάσει της συνταγματικής επιταγής για την καθολική εξασφάλιση παροχής των αναγκαίων υπηρεσιών για την κάλυψη των κοινωνικών δικαιωμάτων, κρίνεται επίσης αναγκαίος ο συνδυασμός της αρχής της καθολικότητας, με την αρχή της «εξειδίκευσης» στον χρήστη⁸⁷. Απόρροια αυτών των αρχών είναι η αποφυγή της ομογενοποίησης των μεταναστών και η αναγνώριση σε αυτούς (όπως και στους πολίτες της χώρας) της ύπαρξης διαφοροποιημένων αναγκών και συνθηκών, σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία, τη θρησκεία, την ιδιαίτερη εθνική προέλευση, τυχόν αναπηρίες, κλπ.

⁸⁶ Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος & Ανθρώπινου Δυναμικού, όπ., σελ. 10.

⁸⁷ Στο ίδιο

Η κοινωνική ενσωμάτωση δεν μπορεί να επιτευχθεί με επιβολή άνωθεν προστασίας, χωρίς ατομική και συλλογική βούληση. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η αίσθηση και έμπρακτη ανάδειξη της ίδιας συμβολής των ανθρώπων στο κοινωνικό γίνεσθαι, της αυτοβοήθειας και της συμμετοχής στην βελτίωση της ποιότητας ζωής. Αυτό συμβάλλει στην αποφυγή κατασπατάλησης πόρων και αποτρέπει την αποδοχή της των μεταναστών ως παθητικών αποδεκτών, βάρους και απειλής για την ευημερία και συνοχή των πολιτών της χώρας.

Η αρχή της ενδυνάμωσης, στηρίζεται στο συνδυασμό ενίσχυσης της ουσιαστικής συμμετοχής, οργάνωσης στο επίπεδο της κοινωνίας των πολιτών και της ανάπτυξης ισχυρών κοινωνικών δικτύων. Στόχος πρέπει να είναι η ενδυνάμωση και η ουσιαστική ισότιμη ένταξη. Όχι ως ένταξη αδυνάμων, «κατώτερων», και εξαρτημένων «ευπαθών ομάδων», αλλά ανθρώπων ικανών να δημιουργήσουν και να προσφέρουν στους ίδιους και στους άλλους, αξιοποιώντας τις γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητές τους.

Η εφαρμογή των όποιων μέτρων και πολιτικών θα πρέπει να διέπεται από την ολιστική προσέγγιση του μετανάστη στην παροχή υπηρεσιών, όχι ως παθητικό αντικείμενο αλλά ως ενεργό υποκείμενο, ανεξάρτητη ψυχοσωματική οντότητα και ολοκληρωμένη προσωπικότητα, στο πλαίσιο πάντα της προσπάθειας αποφυγής του στιγματισμού, του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των συνταγματικών ελευθεριών.

Η Ελληνική πολιτεία και κοινωνία αρνούνται να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της μετανάστευσης και μόλις την τελευταία δεκαετία έστρεψαν την προσοχή τους στο ζήτημα αυτό τόσο νομοθετικά, όσο και πολιτικά. Τα προβλήματα της μετανάστευσης είναι ιδιαίτερα σύνθετα και πολύπλευρα, όπως ήδη αναφέραμε, και απαιτείται η πλήρως και σε βάθος κατανόησή τους πριν διατυπωθούν, σχεδιαστούν και εφαρμοστούν οι όποιες πολιτικές. Δυστυχώς όμως, λόγω της σχετικά πρόσφατης εμφάνισης του φαινομένου δεν υπάρχουν οι απαραίτητες μελέτες και έρευνες, ούτε και η σχετική εμπειρία για αυτές τις πολιτικές.

Η «συγκρότηση» μιας πολιτικής υγείας για τους μετανάστες δεν μπορεί παρά να εντάσσεται στο πλαίσιο μιας γενικότερης προσπάθειας προγραμματισμού και οργάνωσης της εισόδου μεταναστών στη χώρα, με συγκεκριμένο σκοπό και προορισμό.

Η χώρα μας, βρέθηκε αντιμέτωπη με το πρόβλημα αυτό, χωρίς να έχει σχεδιάσει την μεταναστευτική της πολιτική η οποία θα επέτρεπε την ομαλή και χωρίς κινδύνους αφομοίωση των εισερχόμενων πληθυσμών. Σήμερα ο σχεδιασμός αυτός

προσλαμβάνει πλέον επιτακτικό χαρακτήρα. Τόσο για να διορθωθούν λάθη του παρελθόντος, όσο και για να γίνει μια νέα αρχή.

Κυρίαρχο ρόλο στη νέα αυτή πολιτική που οφείλει να δημιουργήσει και να εφαρμόσει η Ελληνική πολιτεία αναμένεται να παίξει η αναβάθμιση της παροχής υπηρεσιών υγείας και κυρίως προληπτικής ιατρικής στους μετανάστες. Η οποία, αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο οφείλουμε να αναζητήσουμε τις νέες πολιτικές που θα εφαρμόσει η Ελληνική πολιτεία.

6.2 Οι βασικές προτεραιότητες των μέτρων πολιτικής που θα εφαρμοστούν

Οι βασικές προτεραιότητες των μέτρων πολιτικής που θα εφαρμοστούν πρέπει να αναφέρονται:

- i. Στην καταγραφή και αξιολόγηση των ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες όταν φθάνουν στη χώρα μας.
- ii. Στη διευκόλυνση της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών.
- iii. Στην αναγκαιότητα για ιδιαίτερες υπηρεσίες σε πολιτισμικά καθορισμένες συμπεριφορές υγείας και νόσου.

Παρακάτω θα αναλύσουμε και τις τρεις αυτές βασικές προτεραιότητες.

6.2.1 Καταγραφή και αξιολόγηση των ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες όταν φθάνουν στη χώρα μας.

Με δεδομένο ότι, οι μετακινούμενοι πληθυσμοί μεταφέρουν στον τόπο προορισμού το επιδημιολογικό προφίλ της περιοχής προέλευσης, οι κίνδυνοι εμφάνισης νέων ασθενειών, αποτελούν μια κρίσιμη διάσταση του προβλήματος. Το υγειονομικό σύστημα της χώρας μας, δεν διαθέτει ακόμα ούτε τις απαραίτητες υποδομές για να αντιμετωπίσει τους άμεσους κινδύνους και επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία, ούτε την τεχνογνωσία για τον σχεδιασμό μακροπρόθεσμων παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας. Τα προβλήματα υγείας των πληθυσμών που μεταναστεύουν προς την Ελλάδα μπορούν να προκαλέσουν πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους στο εσωτερικό της

χώρας, με αποδέκτες, είτε τους ίδιους τους μετανάστες, είτε τον πληθυσμό υποδοχής⁸⁸. Οι εξελίξεις των τελευταίων χρόνων, καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη μιας υποδομής, η οποία θα επιτρέψει την αποτύπωση του υγειονομικού προτύπου των μεταναστών και θα οδηγεί στην μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων παρουσιάζουν. Σε αυτό το πλαίσιο η καταγραφή και αξιολόγηση των ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, θα βοηθήσει σημαντικά στην κατευθυνόμενη δράση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης, που επιβάλλεται τόσο για ανθρωπιστικούς λόγους, όσο για λόγους προάσπισης της Δημόσιας Υγείας.

Η Ελληνική πολιτεία οφείλει⁸⁹:

- Να μεριμνά για τη δημόσια παροχή των υπηρεσιών που είναι απαραίτητες για την αποτροπή των κινδύνων που απειλούν την ζωή και την αξιοπρέπεια των μεταναστών.
- Να επιδιώκει την κινητοποίηση των τοπικών κοινοτήτων υποδοχής, καθώς και των κοινοτήτων από τις οποίες προέρχονται οι μετανάστες προκειμένου με προληπτικές ενέργειες (εξέταση, εμβολιασμός, λήψη ιατρικού ιστορικού) να υπάρχει γρήγορη και επαρκής ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους.
- Τέλος να εξασφαλίζει την συντονισμένη, ταχεία και αποτελεσματική δράση των αρμόδιων αρχών είτε αυτές αφορούν κρατικά όργανα, είτε Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

Με τον εσωτερικό κανονισμό του **Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)**, που ισχύει από τον Ιούνιο του 2001, δημιουργήθηκε στο ΚΕΕΛΠΝΟ, ειδικό *Γραφείο Μετακινούμενων Πληθυσμών και Ταξιδιωτικής Ιατρικής*. Στο γραφείο αυτό έχει ανατεθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ο στρατηγικός σχεδιασμός δράσεων για τους μαζικά αφιχθέντες μετανάστες και γενικότερα τους μετακινούμενους πληθυσμούς.

⁸⁸ Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος & Ανθρώπινου Δυναμικού, ό π.

⁸⁹ Στο ίδιο

Στις δράσεις του Γραφείου, εκτός των άλλων περιλαμβάνονται τα παρακάτω προγράμματα:

- Αξιολόγησης κινδύνων στη Δημόσια Υγεία από μετακινούμενους πληθυσμούς σε Εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο, δεδομένου ότι η χώρα μας αποτελεί το « υγειονομικό σύνορο » της Ευρώπης.
- Επιτήρησης και ελέγχου νοσημάτων Δημόσιας Υγείας σε μετακινούμενους πληθυσμούς.
- Ενημέρωσης σε συνεργασία με την Π.Ο.Υ. και Ε.Ε., για τους μηχανισμούς αντιμετώπισης μετακινούμενων πληθυσμών σε Ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο.

Σύμφωνα με την έρευνα - μελέτη για την εκπόνηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Για τους μετανάστες στην Ελλάδα» του Ινστιτούτου Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού του Πάντειου Πανεπιστημίου **δύο επιμέρους δράσεις είναι αναγκαίες :**

- η δημιουργία και λειτουργία ενός Επιδημιολογικού Παρατηρητηρίου στα πλαίσια του ΚΕΕΛΠΝΟ. και η διασύνδεσή του με τα Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας και
- η ενίσχυση του θεσμού των Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας και η εκπόνηση και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρόληψης⁹⁰.

6.2.2 Διευκόλυνση της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών.

Η υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα της υγείας χαρακτηρίζεται από μια επίσημη πολιτική που βασίζεται στη λογική της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών – άρα και των μεταναστών – στις υπηρεσίες υγείας. Ανεξάρτητα όμως από την βούληση της κεντρικής διοίκησης, παρουσιάζονται προβλήματα διακρίσεων κατά των μεταναστών στις δομές υγείας. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να οφείλονται σε οικονομικούς λόγους, σε λόγους νομιμότητας, έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης και,

⁹⁰ Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος & Ανθρώπινου Δυναμικού, ό.π., σελ. 15.

τέλος, ακόμη και σε φαινόμενα ρατσιστικής συμπεριφοράς εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας⁹¹.

Η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί και μια πολιτική ενσωμάτωσης του μετανάστη και σημαίνει ότι ο ίδιος ο μετανάστης είναι καλά, δεν βάζει σε κίνδυνο ούτε τον εαυτό του αλλά ούτε και τους γύρω του και είναι συνεπής στην εργασία του και στις λοιπές υποχρεώσεις του. Το σημαντικότερο βέβαια είναι ότι του παρέχεται το δικαίωμα να απολαμβάνει ένα καλό βιοτικό επίπεδο. Τελικά δηλαδή, ο μετανάστης είναι ικανοποιημένος από της υπηρεσίες που του προσφέρονται, πράγμα που οδηγεί σε μια μακροπρόθεσμη σχέση εμπιστοσύνης προς το κράτος που τον φιλοξενεί.

Η σωστή και έγκαιρη ενημέρωση για τις υφιστάμενες υπηρεσίες υγείας καθώς και η σωστή προσέγγιση ανάλογα με τις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες από το προσωπικό υγείας, αποτελεί εγγύηση για την καλύτερη ποιότητα ζωής και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αλλά και την αποφυγή επιδημιών και την σωστή εργασιακή ένταξη. Σημαντικό ρόλο όπως ήδη αναφέραμε αποτελεί και η γλώσσα στην οποία γίνεται η ενημέρωση. Πολλές φορές τα γλωσσικά εμπόδια μπορεί να οδηγήσουν σε παρανοήσεις, είτε από την πλευρά του ιατρού, είτε από την πλευρά του ασθενούς. Παρανοήσεις όμως όταν πρόκειται για θέμα υγείας δεν επιτρέπονται. Επομένως πολύ σημαντική θεωρώ πως θα ήταν η παρουσία μεταφραστών, προκειμένου να διευκολύνεται η επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας.

Είναι απαραίτητο, να δοθεί μια μεγαλύτερη έμφαση στην προσέγγιση των γυναικών μεταναστών (κυρίως σε θέματα υγιεινής, θέματα προσωπικής ιατρικής φροντίδας – τεστ ΠΑΠ, εξέταση μαστού, θέματα αντισύλληψης- προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων κ.λ.π), ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβαση τους στις δημόσιες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με την έρευνα - μελέτη για την εκπόνηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Για τους μετανάστες στην Ελλάδα» του Ινστιτούτου Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού του Παντείου Πανεπιστημίου τρεις επιμέρους δράσεις είναι αναγκαίες⁹² :

⁹² Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος & Ανθρώπινου Δυναμικού, ό π

1. Η παρακολούθηση, καταγραφή και αξιολόγηση υφιστάμενων υπηρεσιών, με σκοπό την αποτύπωση των κενών στην κάλυψη των αναγκών υγείας των μεταναστών και την επανατροφοδότηση των υπηρεσιών υγείας με τις απαιτούμενες υποδομές.
2. Η εκπαίδευση, κατάρτιση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού υγείας στην προσέγγιση των μεταναστών, με σκοπό την αντιμετώπισή τους με τρόπο που να λαμβάνεται υπόψη η πολιτισμική διαφορετικότητα και την εξειδίκευση σε διάγνωση και θεραπεία μεταναστευτικών νοσημάτων και διαταραχών.
3. Η επικοινωνιακή πολιτική η οποία θα αφορά στις υφιστάμενες υπηρεσίες, μέσω της κυκλοφορίας φυλλαδίων σε διάφορες γλώσσες, της διάδοσης της πληροφορίας μέσω των ΜΜΕ και άλλων οργανώσεων και φορέων.

6.2.3. Αναγκαιότητα για ιδιαίτερες υπηρεσίες και πολιτισμικά καθορισμένες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας.

Η "ασθένεια", έχει διαφορετικό περιεχόμενο και έννοια ανάλογα με τις πολιτιστικές αξίες και την κοινωνική οργάνωση στις οποίες αναφέρεται. Για το λόγο αυτό, η προσαρμογή πολιτικής ως προς τον προσανατολισμό παροχής υπηρεσιών υγείας είναι επιβεβλημένη. Για να είμαστε σε θέση να μιλάμε για υψηλού επιπέδου Υγεία, θα πρέπει η πρόληψη, η νοσηλεία αλλά και η αποκατάσταση να είναι προσαρμοσμένες και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και ιδιαίτερα αυτών που προέρχονται από ειδικές ομάδες.

Βασικό χαρακτηριστικό των πολιτισμικά διαφοροποιημένων κοινωνικών ομάδων μεταναστών είναι το «νόημα»: Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ομάδες αυτές εκφράζουν και εκδηλώνουν τις συμπεριφορές υγείας και αρρώστιας. Η άγνοια του «νοήματος» κάθε ομάδας, δυσκολεύει καθοριστικά την διάγνωση, τον σχεδιασμό θεραπείας αλλά και κάθε απόπειρα Πρωτοβάθμιας φροντίδας και δράσεις πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας (π.χ μουσουλμάνες γυναίκες-εξέταση Pap-test κ.λ.π).

Μέσα από την μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης και των προβλημάτων των

μεταναστών στη χώρα μας, προκύπτει ένα σημαντικό πρόβλημα που είναι η έλλειψη γνώσης και σεβασμού των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων των μεταναστών από το προσωπικό υγείας (για παράδειγμα γυναίκα γιατρός εξετάζει άντρα μουσουλμάνο).

Η γνώση της πολιτισμικής διαφορετικότητας θα αποτελέσει σημαντικό παράγοντα ώστε:

- Ο μετανάστης να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας χωρίς «φόβο» ή προκατάληψη.
- Τα προτεινόμενα μέτρα που θα διασφαλίζουν την Δημόσια Υγεία και τα είδη αγωγής και θεραπείας, θα είναι εξίσου αποδεκτά αλλά και αποτελεσματικά σε όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτως καταγωγής, προέλευσης και κουλτούρας.
- Η « αποδοχή » του μετανάστη από το σύστημα υγείας θα τον βοηθήσει να ενσωματωθεί νιώθοντας αποδεκτός (νιώθοντας ασφαλής για την υγεία του θα μπορέσει πιο εύκολα να εμπιστευτεί και το κράτος).

Βασικός στόχος των πολιτικών που θα επιλεγούν, οφείλει να είναι η διαμόρφωση ενός σύνθετου μοντέλου όπου να συνυπάρχουν η αρχή της ίσης πρόσβασης των μεταναστών στις υφιστάμενες υπηρεσίες υγείας / ψυχικής υγείας με την αρχή της ειδικής μεταχείρισης, ώστε να γίνονται σεβαστές οι ιδιαιτερότητές τους και να βρίσκουν εξειδικευμένες απαντήσεις στα ιδιαίτερα προβλήματά τους. Η αντίφαση μεταξύ στόχων – δράσεων για ίση πρόσβαση στις υφιστάμενες υπηρεσίες και για δημιουργία «ειδικών υπηρεσιών» διαπερνά οποιαδήποτε δράση απευθύνεται σε άτομα η ομάδες που υφίστανται αποκλεισμό. Ο κίνδυνος δημιουργίας περαιτέρω αποκλεισμών μειώνεται, όταν υπάρχει συνείδηση του κινδύνου που εμπεριέχεται σε αμφότερες τις λύσεις, όταν αυτές παρουσιάζονται μεμονωμένα η ως πανάκεια.

Οι αναγκαίες δράσεις οφείλουν να εστιαστούν :

- Στη σύσταση μονάδας Υποστήριξης, Εμφύχωσης και παρακολούθησης των ατόμων
- Στην Εκπαίδευση των ίδιων των Εκπαιδευτών

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών της υγείας, είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της πολιτισμικής διαφορετικότητας των μεταναστών σε συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Κρίσιμο επίσης σημείο για την αποτελεσματικότητα, αποτελεί το επίπεδο της σχέσης και της επικοινωνίας που διαμορφώνεται μεταξύ του «γηγενούς» ιατρού και του «μειονοτικού» ασθενή. Συχνά κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής ή νοσηλευτικής πράξης, οι «μειονοτικοί» ασθενείς χαρακτηρίζονται ως «ασαφείς», «αρνητικοί», «καχύποπτοι» και «μη συνεργάσιμοι».

Απαραίτητη λοιπόν κρίνεται:

- η καταγραφή των αναγκών των μεταναστών και η συσχέτιση του όγκου της ζήτησης των υπηρεσιών,
- η αναζήτηση και ερμηνεία του υγειονομικού προφίλ και των πολιτισμικών ή άλλων ιδιαιτεροτήτων με το εύρος του πληθυσμού συγκεκριμένων προελεύσεων,
- η οργάνωση του συστήματος παραπομπών σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες αυτές (στο βαθμό που κάτι τέτοιο είναι εφικτό),
- η διοργάνωση σεμιναρίων για την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση των στελεχών,
- η τοποθέτηση εκπαιδευμένου προσωπικού,
- η οργάνωση και ο σχεδιασμός της πρόσβασης με τη βοήθεια και τη συνεργασία των συλλόγων των μεταναστών.

Χαρακτηριστική της ανάγκης προσαρμογής ιδιαίτερων υπηρεσιών υγείας προς τους μετανάστες, είναι η στενή αλληλεξάρτηση μεταξύ ψυχικής υγείας και κοινωνικοπολιτισμικού περιβάλλοντος, η οποία αποτελεί μια σταθερή συνιστώσα σε επίπεδο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να δοθούν θεσμικές απαντήσεις που να ανταποκρίνονται στην πολιτισμική και κοινωνική πραγματικότητα διαφορετικών εθνικών ομάδων μεταναστών.⁹³ Είναι τεκμηριωμένο, ότι η Ψυχική Υγεία και κατά συνέπεια η εκδήλωση όλου του φάσματος των ψυχιατρικών διαταραχών, είναι στενά

⁹³ Cohen, A. (1999) *The Mental Health of Indigenous People: an International Overview*. World Health Organization Geneva διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_MNH_NAM_99.1.pdf ημερομηνία πρόσβασης 22/11/2011

συνδεδεμένη με οικονομικές και πολιτικές παραμέτρους, όπως φτώχεια, πείνα, κοινωνικές αλλαγές, βία, ταχείες μετακινήσεις πληθυσμών για πολιτικούς, κοινωνικούς ή οικονομικούς λόγους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην σημερινή εποχή όπου κυριαρχεί η ιδέα της παγκοσμιοποίησης σε ιδεολογικό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο, τα γεωγραφικά σύνορα δεν μπορούν να καθορίσουν αλλά ούτε και να προστατεύσουν τους λαούς. Οι κατηγοριοποιήσεις του τύπου: «εμείς» - «οι άλλοι» θα γίνονται περισσότερο από ποτέ ρευστές. Επίσης η ένταση των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας και κοινωνικού αποκλεισμού που πλήττει στις ευρωπαϊκές κοινωνίες ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, όπως οι μετανάστες, απειλεί άμεσα το εγχείρημα της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής καθώς και της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.

Σε αυτή τη νέα πραγματικότητα, ο αγώνας για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών, των διακρίσεων σε βάρος των ασθενέστερων, για ίση πρόσβαση όλων στα κοινωνικά αγαθά, όπως η υγεία, ο αγώνας για την διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας και παράλληλα την μείωση της δαπάνης είναι μακρύς και αβέβαιος.

Η πληροφόρηση σχετικά με σημαντικά θέματα που επιδρούν στην υγεία και η πρόσβαση στις νέες, και πολλές φορές δαπανηρές θεραπείες, αποτελούν τα νέα πεδία ανισοτήτων, όπου το «εμείς» και οι «άλλοι» δεν διαχωρίζει μετανάστες και γηγενείς, αλλά εγκλωβίζει στους «άλλους» και σημαντική μερίδα του γηγενή πληθυσμού.

Σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας των μεταναστών, διαδραματίζει και η υιοθέτηση στάσεων και συμπεριφορών του κάθε πολίτη ξεχωριστά, σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής μας ζωής. Χρειάζεται επιμονή και καλλιέργεια για να αμυνθεί κανείς στον ενστικτώδη φόβο απέναντι στον ξένο. Όλοι μας γινόμαστε, αλλά και δημιουργούμε «πρότυπα» με μικρή ή μεγάλη απήχηση, συμβάλλοντας έτσι στο επίπεδο του κοινωνικού πολιτισμού μας.

Αναγκαία είναι, όχι μονάχα η υιοθέτηση διατομεακών πολιτικών από τη χώρας μας για την διασφάλιση της αποτελεσματικής διαχείρισης των μεταναστών σε όλα τα στάδια ενσωμάτωσής τους, αλλά και η εφαρμογή σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ενός θεσμικού πλαισίου με συγκεκριμένους άξονες πολιτικής και συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών για μια σειρά από ζητήματα που σχετίζονται με την μετανάστευση.

Προκειμένου να αντιμετωπισθούν με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο οι

κοινωνικές συνέπειες της μετανάστευσης στην Ελλάδα, αλλά και να αρθούν τα προβλήματα και οι ανισότητες που το ίδιο το σύστημα δημιουργεί, χρειάζεται η δημιουργία των κατάλληλων μηχανισμών, και υπηρεσιών από την Ελληνική Πολιτεία, ώστε να υπάρξουν οι κατάλληλες υποστηρικτικές δομές οι οποίες θα συνδράμουν στην ομαλή ένταξη των μεταναστών στην Ελληνική Κοινωνία, σεβόμενη πάντα τα δικαιώματά τους ως ανθρώπινες οντότητες και την πολιτιστική, κοινωνική και θρησκευτική διαφορετικότητά τους.

Ωστόσο, η πρόκληση για τα συστήματα Υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας μας, παραμένει η χρησιμότητάς τους όχι μονάχα για να επιβεβαιώνουν την ισότιμη μεταχείριση των πολιτών, αλλά και για να προστατεύουν από τους κινδύνους και τις προεκτάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού. Κατά συνέπεια, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να προσανατολιστούν προς μια κατεύθυνση, όπου σημαντικό βάρος, θα κατέχει η πρόληψη και η αποκατάσταση των ασθενών και αφετέρου θα δοθεί έμφαση στη συστηματική έρευνα και στη μελέτη των κοινωνικών, πολιτιστικών και ψυχολογικών παραγόντων που επιδρούν και επηρεάζουν τις αντιλήψεις της υγείας και της αρρώστιας.

Πέρα και πάνω από όλα μετρούν οι ανθρώπινες ζωές. Και στις ανθρώπινες ζωές συνυπολογίζουμε όχι μόνο τους οικονομικούς μετανάστες, αλλά και όλους τους πολίτες που θα κινδύνευαν από μια πολιτική που θα υπολόγιζε με εσφαλμένο τρόπο την προστασία της Δημόσιας Υγείας, η οποία θα ετίθετο σε μεγάλο κίνδυνο, αν αναλογισθεί κανείς, ότι οι μετανάστες αποτελούν το 1/10 του πληθυσμού της χώρας μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνική

1. Αμίτσης, Γ. (2001) *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας*. εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
2. Βουλή των Ελλήνων (2010). *Το Σύνταγμα της Ελλάδας*, Αθήνα, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4-bd82-bbba28ca1ef5/SYNTAGMA.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 13/09/2011
3. Γαλανάκης, Ε., και συν. (1998) Νοσηλεία παιδιών αλβανικής υπηκοότητας: πραγματικότητα, προβλήματα, προοπτικές, *Παιδιατρική* 61:276-286.
4. Γιατροί του Κόσμου (2009) Πρώτο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Πρόσβαση στην Περίθαλψη Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία ; Ελληνικό Τμήμα των Γιατρών του Κόσμου, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.eurocharity.eu/files/presskit_outlines.pdf ημερομηνία πρόσβασης 24/11/2011
5. Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2008) *Ετήσια Έκθεση 2007*. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.nchr.gr/category.php?category_id=307 ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011.
6. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (2010) *Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών*. ΕΔΑΔ, Στρασβούργο. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GRE_CONV.pdf ημερομηνία επίσκεψης 13/09/2011
7. Δικτυακός τόπος Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων ατόμων, <http://www.kethea.gr/>, ΚΕΘΕΑ, ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011.
8. Θεοδωράκης, Π., Χρυσανθακοπούλου Κ., (2008) «Ψυχική υγεία σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο: Η επίδραση της κουλτούρας και της διαφορετικότητας». Στο Γκιωνάκης Ν.(επιμ) *Διασχίζοντας Σύνορα: Διαιώνιση ή φροντίδα τραύματος*. Συνειρημός – Κέντρο Ημέρας Βαβέλ, Αθήνα, σελ. 19-26, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

- http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vavel/pdfs/Diasxizontas_ta_sunora.pdf ημερομηνία επίσκεψης 14/11/2011
9. Ingleby, D. (χ.χ.) Ευρωπαϊκή έρευνα για τη μετανάστευση και την υγεία. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.esdy.edu.gr/files/006_Koinoniologias/European%20Research%20Migrations.pdf ημερομηνία επίσκεψης 12/11/2011.
10. Κοτσιώνη, Ι. (2009) Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα Mighealth.net. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο. http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vavel/pdfs/Ekthesi_ugeias_metanaston_gr_03_2009.pdf ημερομηνία επίσκεψης 13/09/2011.
11. Μπουφίδης Στ. (χ.χ.) Ματαιώση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=42 ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011.
12. Δικτυακός τόπος Γιατρών Χωρίς Σύνορα, <http://www.msf.gr/>, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=2069&Itemid=241, ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011.
13. Δρίτσας, Σ., και συν. (1996) Επιπολασμός των ηπατίτιδων Β και C, της HIV-λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους λαθρομετανάστες των Αθηνών. *Ιατρική*. 70 (4):347-350
14. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2002) *Η κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Eurostat, Λουξεμβούργο διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/SSR2002_el.pdf ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011
15. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1959) Νόμος υπ. αριθ. 3989 «Κύρωση Πολυμερούς Σύμβασης Νομικής Καταστάσεως Προσφύγων», ΦΕΚ τεύχος Α 201/ 1959.
16. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1987) Νόμος υπ. αριθ. 1705 «Σύμβασης για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών», ΦΕΚ τεύχος Α 89/1987.

17. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1991) Νόμος υπ. αριθ. 1975 « *Είσοδος - έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις*», ΦΕΚ τεύχος Α 184/1991.
18. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1997) Προεδρικό Διάταγμα υπ. αριθ. 358 «*Προϋποθέσεις και διαδικασία για τη νόμιμη παραμονή και εργασία αλλοδαπών στην Ελλάδα, που δεν είναι υπήκοοι των Κρατών – Μελών της Ε.Ε.*» ΦΕΚ τεύχος Α 240/1997.
19. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1998) Προεδρικό Διάταγμα υπ. αριθ. 241 «*Προϋποθέσεις και διαδικασία για τη νόμιμη παραμονή και εργασία αλλοδαπών στην Ελλάδα, που δεν είναι υπήκοοι των Κρατών – Μελών της Ε.Ε.*» ΦΕΚ τεύχος Α 180/1998.
20. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2001) Νόμος υπ. αριθ. 2910 «*Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια, Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας και άλλες διατάξεις*», ΦΕΚ τεύχος Α 91/2001.
21. Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού (2002) *Έρευνα – μελέτη για την εκπόνηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος « Για τους Μετανάστες στην Ελλάδα*». ΙΑΠΑΔ Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.uehr.panteion.gr/siteView_2/pdf/metanastes_main.pdf ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011.
22. Καναβάκη, Σ., και συν, (2007) Η αντοχή του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα αντιφυματικά φάρμακα. Ελληνικά δεδομένα για τη δεκαετία 1997-2006. *Ιατρική*, 92(5):414-420.
23. Καράμπελα, Σ. και συν. (2005) Επιδημιολογικές μεταβολές της φυματίωσης στην Ελλάδα, από τη συνεχιζόμενη μετανάστευση, *Πνεύμων*, 18(1):74-83 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.pneumon.org/795/newsid844/108> ημερομηνία επίσκεψης 30/06/2011.
24. Κασιμάτη Κ, Μουσούρου Λ., (2007) *Φύλο και Μετανάστευση, Τόμος Ι. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρική διερεύνηση* Gutenberg/ ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Αθήνα

25. Καψάλης Α. (2003), *Εθνική έκθεση για την Ελλάδα*. Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών. Αθήνα.
26. Καψάλης, Α. (2004) *Παρουσίαση των αποτελεσμάτων από τη διεξαγωγή συνεντεύξεων με μέλη της ομάδας-στόχου των εργαζόμενων μεταναστών στους κλάδους της οικοδομής, των πρατηρίων βενζίνης και της ένδυσης* Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Αθήνας, Αθήνα
27. Καψάλης, Α. (2006) *Μετανάστριες και απασχόληση στην Ελλάδα*. Εισήγηση στην Ημερίδα *Γυναίκες και μετανάστευση. Πραγματικότητα και προοπτικές* (διοργάνωση Ρ. Κράτσα και ΙΜΕΠΟ) Αθήνα, 30.6.2006 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.inegsee.gr/equal/equal2/arthra/%CE%93%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%83%CF%87%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 28/09/2011
28. Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., (1996). «Ξένο εργατικό δυναμικό: Τάσεις και το πρόβλημα της κοινωνικής ενσωμάτωσης» στο Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη και Ε. Φρονίμου, (επιμ.) *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, ΕΚΚΕ Αθήνα, Α' Τόμος, σελ. 275-306.
29. Μαράτου- Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005) *Μετανάστευση και υγεία-πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης - Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, ΕΚΚΕ, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://mighealth.net/el/images/a/a0/%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B7%CE%95%CE%9A%CE%9A%CE%952005.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011.
30. ΚΕΚ ΓΣΕΒΕΕ (2006) *Μετανάστες και ένταξη στην αγορά εργασίας στην Ελλάδα*. Ενημερωτικό κείμενο στα πλαίσια υλοποίησης του προγράμματος του «Ενδυνάμωση των οικονομικών μεταναστών και προσφύγων στην αγορά εργασίας» διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.inegsee.gr/equal/equal2/TelikoFylladioGseve_%CE%B4%CE%B9%CE

[%BF%CF%81%CE%B8%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CE%9A%CE%95%CE%9A%20%CE%93%CE%A3%CE%95%CE%92%CE%95%CE%95%202.pdf](#) ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011.

31. Μόττη-Στεφανίδη Φ., Τάκης Ν., Παυλόπουλος Β., Masten, A. S. (2008). «Ψυχική ανθεκτικότητα, μετανάστευση και εφηβεία», στο: Καβουνίδη Τ., Καρύδης Β., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., Μ. Γ. Λίλυ-Στυλιανούδη (επιμ.) *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες- Πολιτικές – Προοπτικές*, Τόμος Β' Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Αθήνα, σελ. 162-177.
32. Μουσούρου Λ., (1991), *Μετανάστευση και Μεταναστευτική Πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, εκδόσεις Gutenberg Αθήνα.
33. Μπαγκαβός Χ., Παπαδοπούλου Δ., (2003) *Μεταναστευτικές τάσεις και Ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική* . ΙΝ.Ε.Γ.Σ.Ε.Ε.-Α.Δ.Ε.Δ.Υ. Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.inegsee.gr/sitefiles/studies/MELETH_15.pdf ημερομηνία επίσκεψης 24/09/2011.
34. Νικολάου, Α., και συν. (1995), Η Ηπατίτιδα Μείζον Πρόβλημα στους Αθίγγανους της Αττικής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 12(2), 138-141.
35. 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
36. Οικονόμου, Μ. και συν. (2008) «Η συμβολή των μεταναστών στο Ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα», στο Τ. Καβουνίδη, Α. Κόντης, Θ. Λιανός, Ρ. Φακιολάς (επιμ) *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες – Πολιτικές – Προοπτικές* ΙΜΕΠΟ Αθήνα, σελ. 82-93.
37. Παιονίδης, Α. (1995) Η υγεία των παλιννοστούντων παιδιών. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος* 7: 105-109.
38. Παπαβασιλείου Δ. (2005). *Η ψυχική υγεία και η επίδραση της μετανάστευσης στην ελληνική πραγματικότητα*. Διπλωματική εργασία, Τμήμα Βαλκανικών Σλαβικών, Ανατολικών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://mighealth.net/el/index.php/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/Mental_Health ημερομηνία επίσκεψης 18/11/2011.

39. Παπαδοπούλου Δ., (2006) «Μορφές κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών», στο Χ. Μπάγκαβος, Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.) *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία* Gutenberg, Αθήνα, σελ.293.
40. Παυλόπουλος, Β., Μπεζεβέγκης, Η., (2008) «Διεργασίες επιπολιτισμού των μεταναστών» στο Μπεζεβέγκης Η. (επιμ), *Μετανάστες στην Ελλάδα: Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή*. Εκδόσεις ΙΜΕΠΟ, Αθήνα, σελ. 54-71, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.psych.uoa.gr/~vpavlop/index.files/pdf/IMEPO%20monograph,%202008,%20pp.%2054-71.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 14/11/2011.
41. Ρομπόλης, Σ., Ρωμανιάς, Γ., Μαργιός, Β., Χατζηβασιλόγλου, Ι. (2007), *Αναλογιστική μελέτη για το ΙΚΑ Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)*. ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.inegsee.gr/sitefiles/studies/MELETH_26.pdf ημερομηνία επίσκεψης 01/07/2011.
42. Ρούσσο, Α. και συν. (2001) Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 35, σελ. 161-165.
43. Σκαμνάκης Χ. (2006) Ο ρόλος των φορέων της Αυτοδιοίκησης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής: Η περίπτωση των φορέων της Αχαΐας. Gutenberg, Αθήνα.
44. Σκληρός Ε, Βλάχος Δ, Λιόλιος Ν, Περδικάκη Π, και συν, (1996), «Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ιού της ηπατίτιδας C: Συγκεντρωτική μελέτη ομάδων πληθυσμού περιοχής Πειραιά», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*.
45. Σταθόπουλος Α. Π., (2005) *Κοινωνική Πρόνοια* εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
46. Γσάρα, Β. και συν. (2000) Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-97. *Πνεύμων*, 13(1): 73-83. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.pneumon.org/774/newsid844/280> ημερομηνία επίσκεψης 20/09/2011.
47. Ψημμένος Ι., Σκαμνάκης Χ., (2008), *Οικιακή εργασία των μεταναστριών και κοινωνική προστασία*. Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα.

Β. Ξενόγλωσση

1. Altanis, P. (2008) *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services – Country Report for Greece*. European Commission Brussels διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.ehma.org/files/healthquest_greece_en.pdf ημερομηνία επίσκεψης 18/10/2011
2. Alexe, D.M., et all, (2003) Characteristics of farm injuries in Greece. *Journal of Agricultural Safety and Health*, 9(3):233-40.
3. Anagnostopoulos, D.C. et al. (2004) Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcult Psychiatry*. 41, 465-486
4. Cohen, A. (1999) *The Mental Health of Indigenous People: an International Overview*. World Health Organization Geneva διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_MNH_NAM_99.1.pdf ημερομηνία πρόσβασης 22/11/2011
5. Duckett, M. (2001) *Migrants Right to Health*. UNAIDS. Geneva Switzerland διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_en.pdf ημερομηνία επίσκεψης 16/11/2011.
6. Emke Pouloupoulos I. (2001). Trafficking in women and children. With special emphasis to the case of Greece as a country of destination and transit, IMEO-ΕΔΗΜ, Athens.
7. 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
8. Hennis-Plasschaet, J. (2007) *Report from the LIBE Committee Delegation on the Visit to Greece (Samos and Athens)*. European Parliament (Committee on Civil Liberties, Justice and Home Affairs) Brussels διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://mighealth.net/el/images/3/37/Report_LIBE_delegation_to_Greece_EN.doc ημερομηνία επίσκεψης 19/09/2011

9. Kolaitis, G., Tsiantis, J., Madianos, M. Kotsopoulos, S. (2003) Psychosocial adaptation of immigrant Greek children from the former Soviet Unionl. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(2):67-74.

10. Kotsioni, I., 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.

11. Lucas, R. (2008) *Integrating migration issues into development planning*. International Labour Office Geneva, σελ 14 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp93.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 30/06/2011.

12. Nikolopoulos, G. et al (2005) Migration and HIV epidemic in Greece. *European Journal of Public Health*, 15(3):296-299 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/15/3/296.full.pdf+html> ημερομηνία επίσκεψης 30/06/2011.

13. Norredam, M., Mygind, A., Krasnik A. (2005). Access to healthcare for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *Eur J Public Health*. 16(3) pp. 285-289 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/16/3/285.full.pdf+html> ημερομηνία επίσκεψης 15/11/2011

14. Pantazis K., D., Elefsiniotis I., S., Brokalaki H. (2008). New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece. *Gastroenterol Res Pract*. 2008; 2008: 580341 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533103/> ημερομηνία επίσκεψης 30/06/2011.

15. Raptopoulou, M. Et al (2009) Epidemiology, course and disease burden of chronic hepatitis B virus infection. HEPNET study for chronic hepatitis B: a multicentre Greek study. *Journal of Viral Hepatitis*. doi:10.1111/j.1365-2893.2008.01057.x διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%A>

[F%CE%B1/%CE%97%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%82/epid.pdf](#) ημερομηνία επίσκεψης 19/07/2011.

16. Skamnakis Ch., (2007), Migrant groups in a deficient system of social protection. Informal practices of social services employees as an element in accessibility, *The Greek Review of Social Research, special issue on "Gender and Migration: Aspects of Social Integration and Social policy"*, vol.124 (c) pp 121-138. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.grsr.gr/pdf/124_121-138.pdf ημερομηνία επίσκεψης 19/07/2011.
17. Tatsioni, A., Charchanti, A., Kitsiou, E., Ioannidis, J.P.A. (2001) Appendicectomies in Albanians in Greece: outcomes in a highly mobile immigrant patient population. *BMC Health Serv Res.* 1: 5. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC35286/> ημερομηνία επίσκεψης 18/11/2011.
18. Νόμος Testo unico sull'immigrazione Decreto legislativo , testo coordinato, 25.07.1998 n° 286 , G.U. 18.08.1998 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.altalex.com/index.php?idnot=836> ημερομηνία επίσκεψης 18/09/2011.
19. World Health Organization (2001) *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope.* WHO, Geneva Switzerland, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf ημερομηνία επίσκεψης 16/11/2011