
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ**

ΘΕΟΧΑΡΑΚΗ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΜΑΡΙΑ

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

Πειραιάς, Έτος 2020

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ**

ΘΕΟΧΑΡΑΚΗ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ – ΜΑΡΙΑ

ΑΜ:ΟΔΥ1810

Επιβλέπων: Πααντελής Παντελίδης / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, Έτος 2020

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**HEALTH POLICIES FOR MIGRANTS IN GREECE AND
IN THE EUROPEAN UNION**

THEOCHARAKI MARGARITA -MARIA

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

Piraeus, Greece, Year 2020

Λαθεμένο μού φαινόταν πάντα τ' όνομα που μας δίναν:
«Μετανάστες».
Θα πει, κείνοι που αφήσαν την πατρίδα τους. Εμείς, ωστόσο,
δε φύγαμε γιατί το θέλαμε,
λεύτερα να διαλέξουμε μιαν άλλη γη. Ούτε
και σε μιαν άλλη χώρα μπήκαμε
να μείνουμε για πάντα εκεί, αν γινόταν.
Εμείς φύγαμε στα κρυφά. Μας κυνηγήσαν, μας προγράψανε.
Κι η χώρα που μας δέχτηκε, σπίτι δε θα 'ναι, μα εξορία.
Έτσι, απομένουμε δω πέρα, ασύχαστοι, όσο μπορούμε πιο κοντά
στα σύνορα,
προσμένοντας του γυρισμού τη μέρα, караδοκώντας το παραμικρό
σημάδι αλλαγής στην άλλην όχθη, πνίγοντας μ' ερωτήσεις
κάθε νεοφερμένο, χωρίς τίποτα να ξεχνάμε, τίποτα
ν' απαρνιόμαστε,
χωρίς να συχωράμε τίποτ' απ' όσα έγιναν, τίποτα δε συχωράμε.
Α, δε μας ξεγελάει τούτη η τριγύρω σιωπή! Ακούμε ίσαμ' εδώ
τα ουρλιαχτά που αντιλαλούν απ' τα στρατόπεδά τους. Εμείς
οι ίδιοι
μοιάζουμε των εγκλημάτων τους απόηχος, που κατάφερε
τα σύνορα να δρασκελίσει. Ο καθένας μας,
περπατώντας μες στο πλήθος με παπούτσια ξεσκισμένα,
μαρτυράει την ντροπή που τη χώρα μας μολεύει.
Όμως κανένας μας
δε θα μείνει εδώ. Η τελευταία λέξη
δεν ειπώθηκε ακόμα.

Μπ. Μπρεχτ, Ποιήματα,

Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν ενεργά στη διαμόρφωση αυτής της διπλωματικής εργασίας . Καταρχάς, εκφράζω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον καθηγητή μου , κύριο Παντελή Παντελίδη, ο οποίος με καθοδήγησε προκειμένου υλοποιηθεί αυτή η εργασία.

Ευχαριστίες, όμως , οφείλω να εκφράσω και στους γονείς μου , Δημήτρη και Φιλιώ , τόσο για την αδιάκοπη πίστη τους και ψυχολογική στήριξη τους , όσο και για την οικονομική στήριξη που μου προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια προκειμένου να πραγματοποιήσω τις σπουδές μου .

Με επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματος

χι

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ]

Σημαντικοί Όροι: μετανάστης , αιτών άσυλο , μη – καταγεγραμμένος μετανάστης , πολιτικές υγείας , πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία , καταπιάνεται με τις μεταναστευτικές πολιτικές υγείας που ακολουθούνται σε ορισμένα κράτη- μέλη της ΕΕ . Αρχικά, παρατίθεται μία σύντομη εισαγωγή η οποία επικεντρώνεται στις ανισότητες που επικρατούν αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας , κυρίως ανθρώπων που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες , όπως είναι οι μετανάστες . Έπειτα , παρουσιάζονται : ο ορισμός της μετανάστευσης , οι κατηγορίες της , τα αίτια που την προκαλούν καθώς και ο βαθμός στον οποίο καθόρισε η Συνθήκη της Γενεύης τις μετέπειτα μεταναστευτικές πολιτικές που ακολουθήθηκαν . Στην συνέχεια , πραγματοποιείται εκτενής ανάλυση αναφορικά με τις πολιτικές υγείας για τους μετανάστες σε 11 κράτη μέλη της ΕΕ . Οι χώρες αυτές είναι οι ακόλουθες : 1) Αυστρία 2) Γαλλία 3) Γερμανία 4) Ελβετία 5) Η. Βασίλειο 6) Ιρλανδία 7) Ισπανία 8) Ιταλία 9) Ολλανδία 10) Πορτογαλία 11) Σουδία . Επιπρόσθετα , γίνεται ανάλυση και των μεταναστευτικών πολιτικών υγείας που ακολουθεί η Ελλάδα , η οποία τα τελευταία χρόνια έχει μετατραπεί από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών . Στην επόμενη ενότητα , περιγράφονται τα μοντέλα ένταξης των μεταναστευτικών πολιτικών που ακολουθούνται , με ιδιαίτερη μνεία σε δύο παραδοσιακές χώρες μετανάστευσης , την Γαλλία και την Γερμανία . Ακόμα , αναλύονται οι μεταναστευτικές πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης που ακολουθεί η Ελλάδα , ενώ δεν παραλείπεται η σαφής αναφορά στο στρατηγικό σχέδιό της , αναφορικά με την προσφυγική κρίση . Η διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση κάποιων συμπερασμάτων βασισμένων στην εκτενή ανάλυση που προηγήθηκε .

HEALTH POLICIES FOR MIGRANTS IN GREECE AND IN THE EUROPEAN UNION

Keywords: immigrant, asylum seeker, undocumented immigrant, health policies, integration and integration policies

Abstract

This current thesis , undertakes the migratory health policies pursued in some member – states of the European Union . Firstly , it is presented a short introduction , which focuses on the inequalities concerning the access to healthcare services mostly of people who belong to some vulnerable social group , such as immigrants . Afterwards , it is presented the definition of immigration , the types of migration , the causes , and as well the degree in which , the Geneva Convention defined the migratory policies taken after its implementation . After that , there is a full analysis concerning the health policies in 11 member -states of the EU . These countries are : 1) Austria , 2) France , 3) Germany , 4) Switzerland , 5) UK , 6) Ireland , 7) Spain , 8) Italy , 9) Netherlands , 10) Portugal , 11) Sweden . In addition to , an analysis of the migratory health policies in Greece is presented , which has become the last few years a reception country of immigrants instead of a country . In the next unit , we describe the models of integration of health policies pursued , especially in two traditional migration countries , France and Germany . Plus , the migratory policies of integration in Greece are analyzed , while there is a clear reference to her strategic plan , concerning the refugee crisis . This thesis , is concluded with the results based on the previous full analysis .

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	xiii
Abstract	xv
Κατάλογος Πινάκων	xxi
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xxiii
Κατάλογος εικόνων	xxv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Εισαγωγή	σελ 1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η μετανάστευση ως διεθνές φαινόμενο	σελ 7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:Εννοιολογικές προσεγγίσεις και ιστορική ανασκόπηση	
3.1 Ορισμός	σελ 11
3.2 Τύποι μετανάστευσης	σελ 11
3.3 Μεταναστευτική ορολογία	σελ 13
3.4 Αίτια μετανάστευσης	σελ 15
3.5 Πρόσφυγας ή μετανάστης	σελ 18
3.6 Συνθήκη της Γενεύης για το προσφυγικό	σελ 21
3.7 Μεταναστευτικός παράγοντας και δημογραφική γήρανση	σελ 25
3.8 Το φαινόμενο των “υγιών μεταναστών”	σελ 27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Πολιτικές υγείας για τους μετανάστες στα κράτη – μέλη της ΕΕ	
4.1 Εισαγωγικά στοιχεία	σελ 31
4.2 Εμπόδια μεταναστών κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας	σελ 31
4.3 Κατηγορίες μεταναστευτικών πολιτικών υγείας	σελ 34
4.4 Πολιτικές υγείας για τους μετανάστες σε 11 κράτη μέλη της ΕΕ	σελ 37
4.4.1 Αυστρία	σελ 37
4.4.2 Γαλλία	σελ 41
4.4.3 Γερμανία	σελ 48

4.4. 4 Ελβετία	σελ 55
4.4.5 Η.Βασίλειο	σελ 61
4.4.6 Ιρλανδία	σελ 67
4.4.7 Ισπανία	σελ 70
4.4.8 Ιταλία	σελ 74
4.4.9 Ολλανδία	σελ 82
4.4.10 Πορτογαλία	σελ 89
4.4.11 Σουηδία	σελ 92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Πολιτικές υγείας για τους μετανάστες στην Ελλάδα	
5.1 Το ΕΣΥ	σελ 97
5.2 Υγειονομικές μεταναστευτικές πολιτικές στην Ελλάδα	σελ 100
5.3 Κέντρα υποδοχής μεταναστών	σελ 103
5.4 Το έργο του ΚΕΕΛΠΝΟ	σελ 104
5.5 Το πρόγραμμα Philos	σελ 105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Η μεταναστευτική πολιτική της ΕΕ	σελ 108
6.1 Ορισμός και κατηγοριοποίηση	σελ 113
6.2 Μοντέλα ένταξης και νομοθετικό πλαίσιο	σελ 115
6.3 Το παράδειγμα της Γαλλίας	σελ 120
6.4 Το παράδειγμα της Γερμανίας	σελ 124
6.5 Η συνθήκη του Σένγκεν	σελ 129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : Η μεταναστευτική πολιτική της Ελλάδας	
7.1 Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχή	σελ 133
7.2 Η στάση των Ελλήνων απέναντι στους μετανάστες	σελ 137
7.3 Πολιτικές ενσωμάτωσης και ένταξης στον Ελλαδικό χώρο	σελ 138
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : Επίλογος -Συμπεράσματα	σελ 143
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ 151

Κατάλογος Πινάκων , Διαγραμμάτων και Εικόνων

Πίνακας 5.6.1	σελ 111
Διάγραμμα 1.1	σελ 10
Εικόνα 4.4.2.1 : Κέντρα μεταναστών στο Calais	σελ 77
Εικόνα 4.4.4.1 : Τα ελβετικά καντόνια	σελ 59

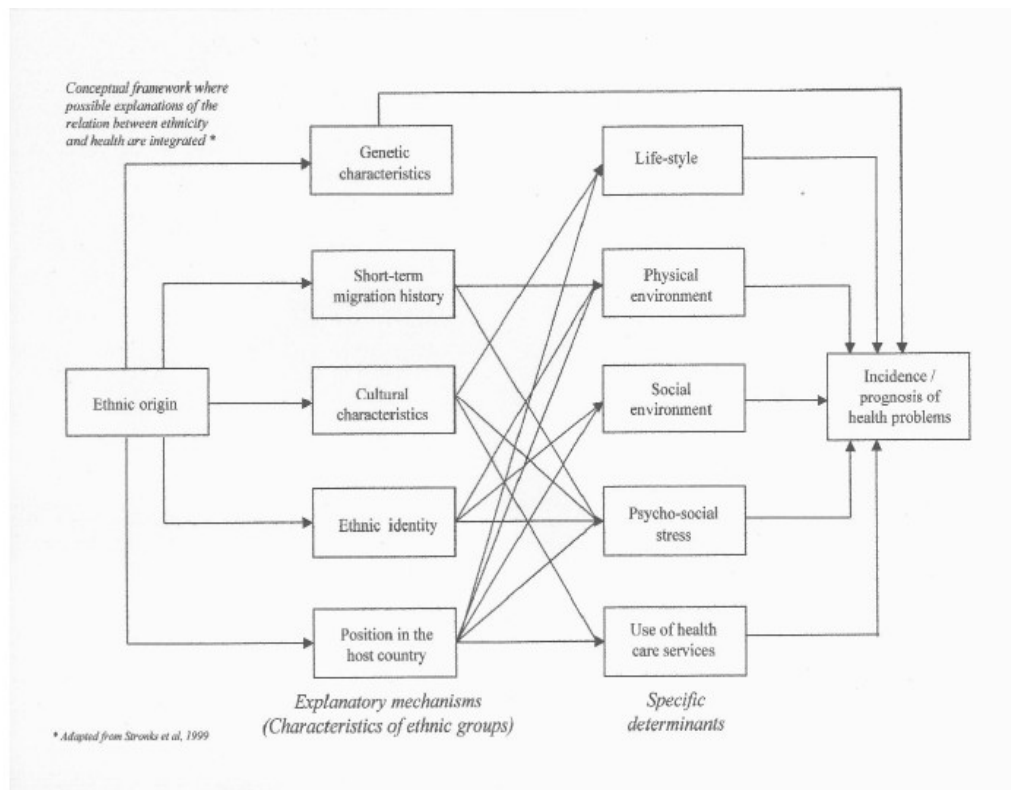
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO- World Health organization) (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας . Το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών του 1948 αναφέρει ότι «Ο καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο κατάλληλο για την υγεία και την ευημερία του ίδιου και της οικογένειάς του , συμπεριλαμβανομένων των τροφίμων , της ένδυσης , της στέγασης και της ιατρικής περίθαλψης και σε αναγκαίες κοινωνικές υπηρεσίες . Παρόλα αυτά , ακόμα και σήμερα , που η υγεία αποτελεί θεμελιωμένο παναθρώπινο δικαίωμα ,συνεχίζουν να υφίστανται ανισότητες στην υγεία , τόσο μεταξύ διαφορετικών κοινωνιών , αλλά και μεταξύ των μελών της ίδιας κοινωνίας , ανάλογα με την θέση που κατέχουν σε αυτήν . Αυτό το γεγονός , αποτελεί συνεπακόλουθο , της αλληλένδετης και πλήρως εξαρτημένης σχέσης μεταξύ της προστασίας της υγείας και του κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου . Όπως είναι επόμενο , επειδή οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων , είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία , είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό . Οι κοινωνικοί παράγοντες που διαδραματίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο είναι οι εξής (Τούντας 2000 , Giannoni *et al* 2016) :

- η κοινωνική θέση , δηλαδή η ένταξη προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος ένταξης στην παραγωγική διαδικασία .
- οι υλικές συνθήκες ύπαρξης έτσι όπως αυτές καθορίζονται από την κοινωνική θέση .
- οι κοινωνικές αξίες που καθορίζουν στάσεις και συμπεριφορές ως προς την υγεία και την αρρώστια .

Διάγραμμα 1. 1: “Έννοιολογικό πλαίσιο για καθοριστικούς παράγοντες της υγείας των μεταναστών”



Source: (Ingleby et al., 2005)

Είναι γεγονός , πως οι άνθρωποι μέσα σε μία κοινωνία που υφίστανται και τις μεγαλύτερες ανισότητες είναι οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες , μεταξύ των οποίων υπάγονται και οι πρόσφυγες και οι μετανάστες . Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα , είναι περισσότερο εκτεθειμένα στις παθογόνες καταστάσεις που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον κάθε χώρας . Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες πριν την άφιξή τους στην χώρα υποδοχής , αλλά μετά την άφιξή τους κυρίως σε δομές φιλοξενίας και κέντρα , έρχονται αντιμέτωποι με ένα πλήθος παραγόντων που επιδεινώνουν το υγειονομικό τους προφίλ , όπως είναι για παράδειγμα η κακή διατροφή , η έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού , η θέρμανση , η αποχέτευση , η στέγη καθώς και στις περισσότερες περιπτώσεις οι ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας (Τούντας 2000) .

Σύμφωνα με το UN Refugee Agency , σήμερα στον κόσμο υπάρχουν πάνω από 70 ,8 εκατομμύρια αναγκαστικά εκτοπισμένοι άνθρωποι . Συμπεραίνουμε λοιπόν , πως υπάρχει άμεση και επιτακτική ανάγκη προσαρμογής των υγειονομικών συστημάτων , έτσι ώστε να αναταποκριθούν στις υψηλές ανάγκες των ευάλωτων αυτών πληθυσμών , παρέχοντάς τους πολιτισμικά κατάλληλες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας . Έχουν ταυτοποιηθεί πέντε διαφορετικές επεξηγήσεις αναφορικά με τις διαφορές που εντοπίζονται στην υγεία μεταξύ διαφορετικών εθνικών ομάδων οι οποίες είναι οι εξής : γεννητικές διαφοροποιήσεις , πολιτισμικές διαφοροποιήσεις , κοινωνικο -οικονομική θέση , βραχυπρόθεσμη μεταναστευτική ιστορία και τέλος εθνική ταυτότητα (Mladovsky 2007) . Η αναδιαμόρφωση των παγκόσμιων συστημάτων υγείας , έτσι ώστε να είναι πολιτισμικά αλλά και γλωσσικά προσαρμοσμένα στις υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών και των προσφύγων , αποτελεί πλέον προτεραιότητα αλλά και μεγάλη πρόκληση (MacFarlane *et al* , 2014) .

Οι χώρες υποδοχής και εγκατάστασης μεταναστών παγκοσμίως , οι οποίες έχουν αναπτύξει στοχευμένες μεταναστευτικές πολιτικές αναφορικά με τους μετανάστες αλλά και τους πρόσφυγες , δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) . Η σημασία της παροχής ΠΦΥ προς τους μετανάστες και τους πρόσφυγες παρουσιάζει πολύπλευρη κοινωνικοοικονομική διάσταση διασφαλίζοντας την κοινωνική συνοχή , την προαγωγή της υγείας όλων των ατόμων χωρίς διακρίσεις και την ενσωμάτωση των μεταναστών στον παραγωγικό ιστό της χώρας . Όπως προαναφέρθηκε , οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών , καθώς και τα επιδημιολογικά δεδομένα των χωρών προέλευσής τους , καθιστούν απαραίτητη και άμεση την ανάγκη ανάπτυξης σχεδίων και πολιτικών υγείας για την πρωτοβάθμια υγεία των μεταναστών κατά την είσοδό τους στην χώρα υποδοχής , με απώτερο και σκοπό και στόχο την προάσπιση της δημόσιας υγείας (Τερζούδης 2017) .

Σύμφωνα με τον IMO (International Organization for Migration) , σε εθνικό επίπεδο , απαγορεύεται η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες σε παράνομους μετανάστες . Το παράδοξο αυτό γεγονός , τείνει να δημιουργεί σύγχυση στους

επαγγελματίες υγείας οι οποίοι στην περίπτωση που παρέχουν περίθαλψη αντιβαίνουν τους νόμους και τους κανονισμούς της χώρας , ενώ αν δεν τους παρέχουν βοήθεια , εναντιώνονται στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα ανθρώπων που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι .

Οι μετανάστες λόγω των δυσχερών συνθηκών διαβίωσής τους , εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση λοιμωδών νοσημάτων . Για παράδειγμα , η εμφάνιση πολιομυελίτιδας στην Συρία το 2013 , έθεσε λόγω των αυξανόμενων μεταναστευτικών εκροών από την Συρία στην υπόλοιπη Ευρώπη , όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες σε ετοιμότητα για την ενδεχόμενη αντιμετώπιση μετάδοσης της νόσου . Δεδομένου ότι οι βασικές χώρες προέλευσης των προσφύγων που καταφθάνουν στην Ευρώπη , είναι η Συρία και το Αφγανιστάν , με την τελευταία να αποτελεί χώρα επίσης ενδημική στην πολιομυελίτιδα , υπογραμμίζεται η σημασία παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους μετανάστες και τους πρόσφυγες που καταφθάνουν στην Ευρώπη . Επιπρόσθετα , ένα μεγάλο μέρος των μεταναστών εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα άγχους και κατάθλιψης κυρίως λόγω της αλλαγής του κοινωνικού τους περιβάλλοντος , των αβέβαιων συνθηκών διαβίωσης τις οποίες αντιμετωπίζουν στην χώρα υποδοχής , καθώς και διαφόρων τραυματικών και ψυχικά στρεσογόνων καταστάσεων που αντιμετώπισαν , είτε λόγω βίαιων συγκρούσεων , διώξεων και πολέμου (Τερζούδης 2017) .

Σκοπό της παρούσας διπλωματικής εργασίας , αποτελεί η εν δυνάμει αποτύπωση και ανάλυση των πολιτικών υγείας που ακολουθήθηκαν σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ αναφορικά με τους μετάναστες και τους πρόσφυγες . Τα 11 κράτη μέλη τα οποία επιλέχθηκαν είναι τα ακόλουθα : 1) Αυστρία 2) Γαλλία 3) Γερμανία 4) Ελβετία 5) Η. Βασίλειο 6) Ιρλανδία 7) Ισπανία 8) Ιταλία 9) Ολλανδία 10) Πορτογαλία 11) Σουδία . Κριτήριο για την επιλογή των χωρών αυτών αποτέλεσε το γεγονός ότι αποτελούσαν μέχρι και το 2009 τις βασικότερες Ευρωπαϊκές χώρες που είχαν αναπτύξει εθνικές μεταναστευτικές πολιτικές υγείας (Mladovsky 2012) . Επιπλέον , γίνεται μνεία στις μεταναστευτικές πολιτικές υγείας που ακολουθεί η Ελλάδα , καθώς η χώρα μας τα

τελευταία χρόνια έχει μετατραπεί σε χώρα υποδοχής ολοένα και αυξανόμενου πληθυσμού προσφύγων που χρησιμοποιούν την Ελλάδα ως ενδιάμεσο σταθμό διέλευσης με στόχο την διασπορά τους στην υπόλοιπη Ευρώπη . Παρολα αυτά , λόγω των αυστηρών μεταναστευτικών πολιτικών των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών και των κλειστών συνόρων με πρόσφατο παράδειγμα αυτό της North Macedonia (Β. Μακεδονίας) , έχουν οδηγήσει έναν τεράστιο αριθμό μεταναστών στον εγκλωβισμό τους στη χώρα μας . Ακόμα , αναλύονται μεταναστευτικές πολιτικές στην Ελλάδα αλλά και σε δύο παραδοσικές χώρες υποδοχής μεταναστών , την Γαλλία και την Γερμανία .

Οι δύο αυτές χώρες επιλέχθηκαν καθώς ακολουθούν εκ διαμέτρου διαφορετικές μεταναστευτικές πολιτικές . Όσον αφορά το γερμανικό δίκαιο ιθαγενείας , έχει θεμελιωθεί πάνω στην ιδέα του *jus sanguinis*, δηλαδή στο δίκαιο του αίματος ή στο δίκαιο της καταγωγής , δηλαδή η ιθαγένεια «κληρονομείται» από τους γονείς . Από την άλλη πλευρά , η Γαλλία αποτελεί μία Ευρωπαϊκή χώρα που ακολουθεί πολιτικές ενσωμάτωσης και κοινωνικής ένταξης των μεταναστών (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΩΣ ΔΙΕΘΝΕΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Η μετανάστευση αποτελεί ένα φαινόμενο πολυδιάστατο και πολυεπίπεδο. Η πολυπλοκότητά του οφείλεται στο γεγονός ότι αποτελεί ένα φαινόμενο εγγενές της ανθρώπινης εξέλιξης και συνεπώς αφορά πολλούς τομείς όπως αυτόν της πολιτικής, της οικονομίας, του πολιτισμού, αλλά και της κοινωνιολογίας; όπως και της ψυχολογίας (Διαδουκτουακός τόπος διαβουλεύσεων μετανάστευσης και ασύλου).

Με τον όρο μετανάστευση ορίζουμε την προσωρινή ή μόνιμη μεταβολή του τόπου κατοικίας ενός ατόμου, μίας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου. Πρόκειται για την διαδικασία εκείνη, η οποία έχει ως συνεπακόλουθο την μηχανική ή τεχνική ανανέωση, και φθορά ενός πληθυσμού (Τσαούσης, 1991). Ολένα και περισσότεροι άνθρωποι, προσφεύγουν από το εξωτερικό στην Ευρώπη με στόχο είτε την αναζήτηση ενός καλύτερου μέλλοντος, είτε προκειμένου να ξεφύγουν από τον πόλεμο, την καταδίωξη ή κάποιες φυσικές καταστροφές. Οι μετανάστες οι οποίοι προέρχονται από χώρες εκτός της ΕΕ αποτελούν το 4% του Ευρωπαϊκού πολιτισμού.

Οι λόγοι για τους οποίους αποφασίζουν να μεταναστεύσουν ποικίλλουν, μερικοί από τους οποίους είναι: σπουδές, εργασία, επανένωση με την οικογένεια τους, προστασία των πολιτικών αλλά και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τα οποία μπορεί να τα στερούνται στην χώρα προέλευσής τους. Το 1999, πάρθηκε η απόφαση από όλα τα κράτη – μέλη της ΕΕ να ακολουθήσουν κοινές μεταναστευτικές πολιτικές αναφορικά με τους μετανάστες οι οποίοι επιθυμούν να εισέλθουν στην ΕΕ. Ταυτόχρονα, πολλά κράτη – μέλη της ΕΕ αποφάσισαν να προχωρήσουν σε παραχώρηση αμνηστίας σε αρκετούς μη νόμιμους μετανάστες, δίνοντας τους ταυτόχρονα το δικαίωμα για εργασία στην χώρα που τους φιλοξενεί, γεγονός το οποίο εγείρει ανησυχίες για την ικανότητα του κάθε κράτους να ελέγχει την μεταναστευτική ροή. Το 2004 θεσπίζεται η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία αναλαμβάνει την νομοθέτηση των μεταναστευτικών

πολιτικών . Το Συμβούλιο Υπουργών , προκειμένου να προχωρήσει στην θέσπιση κάποιου νόμου αναφορικά με την νόμιμη μετανάστευση πρέπει να κατέχει την ομόφωνη συμφωνία όλων των κρατών μελών , ενώ μόνο ένα κράτος – μέλος μπορεί να ασκήσει βέτο σε οποιαδήποτε πρόταση .

Σχετικά με την παράνομη μετανάστευση αποφάσεις λαμβάνονται τόσο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή , όσο και από το Συμβούλιο Υπουργών με την μέθοδο της πλειοψηφίας . Ο βασικός ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέχρι τώρα δεν ήταν η αντικατάσταση ενός εθνικού συστήματος μετανάστευσης αλλά η δημιουργία κοινών ελαχίστων προϋποθέσεων (Ινστιτούτο Στατιστικής τεκμηρίωσης , ανάλυσης και έρευνας) .

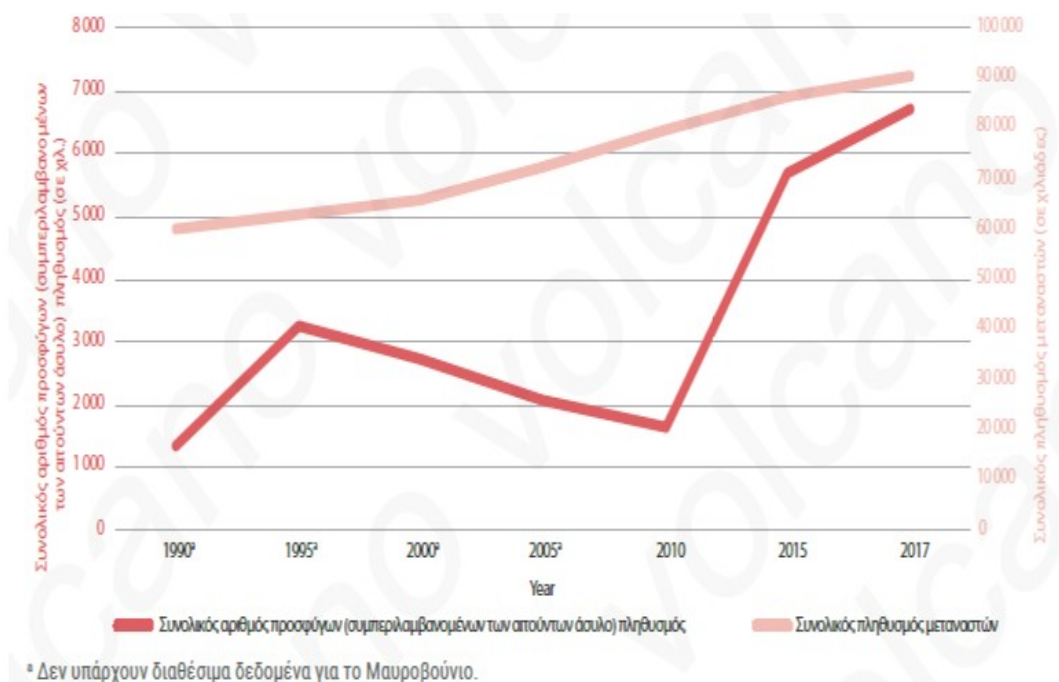
Στις μέρες μας συναντάμε τον όρο σύγχρονη μετανάστευση , σύμφωνα με τον οποίο περιγράφεται η μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου που παρατηρείται στην σύγχρονη βιομηχανική εποχή (Μουσούρου 1991, σελ.16) . Η βασική διαφορά της σύγχρονης μετανάστευσης από τον όρο της παραδοσιακής μετανάστευσης είναι η περίοδος κατά την οποία αναπτύχθηκε ο πρώτος όρος . Ο όρος σύγχρονη μετανάστευση εμφανίζεται για πρώτη φορά με το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου (Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος , 1939-1945) και την άνθιση της βιομηχανικής περιόδου . Μία δεύτερη σημαντική διαφορά είναι ότι η παραδοσιακή μετανάστευση αναφέρεται στην υπερπόντια μετανάστευση του τέλους του 19ου και αρχές του 20ου αιώνα , εν αντιθέσει με την σύγχρονη μετανάστευση η οποία αναφέρεται στην μετακίνηση πληθυσμών προς την Ευρώπη . Ένας επιπρόσθετος ορισμός μέσω του οποίου υποδηλώνεται και ο λόγος που οδήγησε το άτομο , την ομάδα ή το κοινωνικό σύνολο στην μετανάστευση είναι αυτός της νεωτερικής μετανάστευσης . Με τον όρο αυτό , αναφερόμαστε στην μετανάστευση η οποία

πραγματοποιείται για οικονομικούς και όχι για πχ πολιτικούς λόγους .Ο διαχωρισμός αυτός μας βοηθάει στο να ξεχωρίσουμε εκ των προτέρων την διαφορά στην ορολογία μεταξύ του μετανάστη (ο οποίος μεταναστεύει για οικονομικούς λόγους) και του πρόσφυγα (πολιτικού πρόσφυγα) .

Πιο αναλυτικά , με τον όρο “μετανάστης” αναφερόμαστε στο μέλος μίας κοινωνίας το οποίο αποχωρίζεται με την θέλησή του (και όχι ακούσια) την χώρα του , προκειμένου να διαμείνει σε μία νέα χώρα , συνήθως οικονομικά πιο ανπετυγμένη απο την προτύτερη χώρα προέλευσής του , με απώτερο στόχο την αναζήτηση εργασίας και καλύτερων συνθηκών διαβίωσης . Από την άλλη πλευρά με τον όρο “πρόσφυγας” αναφερόμαστε σε ένα μέλος μίας κοινωνίας το οποίο εγκαταλείπει χωρίς την θέληση του τον τόπο κατοικίας του λόγω πολιτικών πεποιθήσεων , διώξεων ή και σοβαρών καταστρατηγήσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του , προκειμένου να αναζητήσει καταφύγιο σε μία νέα χώρα υποδοχής – κοινωνία η οποία δεν αντιμετωπίζει δυνητικά τα ίδια προβλήματα . Ο όρος “πολιτικός πρόσφυγας” εμπερικλείει μία σειρά τόσο από δικαιώματα αλλά και υποχρεώσεις . Σύμφωνα με τον UNHCR (The UN Refugee Agency) ως πολιτικός πρόσφυγας χαρακτηρίζεται ένα άτομο μέλος μίας κοινωνίας το οποίο έχει διαφύγει από ένοπλες συρράξεις ή εκδιώσεις . Υπολογίζεται ότι έως τα τέλη του 2018 υπήρχαν 25,9 εκατομμύρια πρόσφυγες παγκοσμίως . Η κατάσταση στην οποία βρίσκονται είναι συχνά τόσο επικίνδυνη και δύσκολη που αναγκάζονται να διασχίσουν εθνικά σύνορα για να αναζητήσουν ασφάλεια σε γειτονικές χώρες . Για τους λόγους αυτούς , τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται σε παγκόσμιο επίπεδο ως πρόσφυγες , και επιδέχονται βοήθειας από τα υπόλοιπα κράτη - μέλη , καθώς και την Ύπατη αρμοστέια

του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες , όπως και άλλους οργανισμούς . Ο λόγος για τον οποίο ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως πρόσφυγας , είναι όταν κρίνεται επικίνδυνο για αυτό να επιστρέψει στην πατρίδα του , αναγκάζοντας το να αναζητήσει άσυλο κάπου αλλού , η άρνηση του οποίου μπορεί να έχει για αυτό θανάσιμες συνέπειες .

Διάγραμμα 2. 1: “Τάσεις στους πληθυσμούς των προσφύγων (συμπεριλαμβανομένων και των αιτούντων άσυλο) και στον συνολικό πληθυσμό των μεταναστών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Π.Ο.Υ , 2000 – 2017”



Πηγή : Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων των Ηνωμένων Εθνών

Παρόλα αυτά , τόσο οι μετανάστες όσο και οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα στις χώρες υποδοχής στις οποίες καταφεύγουν , κύριως σε θέματα ένταξης και ενσωμάτωσής τους (The UN Refugee Agency) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Ορισμός μετανάστευσης

Σε γενικές γραμμές, ως **μετανάστευση** ορίζεται η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου , μιας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής).

3.2 Τύποι μετανάστευσης

Η διαφοροποίηση της μετανάστευσης πραγματοποιείται αναφορικά με διάφορα κριτήρια , τα οποία οδηγούν ένα άτομο , μία ομάδα ή ένα κοινωνικό σύνολο προς την αναζήτηση μίας νέας χώρας κατοικίας .

➤ Διακρίνεται ανάλογα με την *χρονική περίοδο* κατά την οποία αυτή λαμβάνει χώρα , σε παραδοσιακή , σύγχρονη ή νεωτερική (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ Με *κριτήριο το κράτος* διακρίνεται σε εσωτερική ή εξωτερική όπου «η μετανάστευση γίνεται στα όρια ενός Κράτους ή πέρα απ' αυτό» (Τσαούσης , 1985 , σελ 35) . Πιο αναλυτικά , ανάλογα με τα γεωγραφικά όρια της εθνικής επικράτειας στα οποία πραγματοποιείται , διακρίνεται στην εσωτερική μετανάστευση από την μία πλευρά , που πραγματοποιείται μέσα στα γεωγραφικά όρια της εθνικής επικράτειας , καθώς και την λεγόμενη εξωτερική μετανάστευση , εφόσον αυτή πραγματοποιείται στον διεθνή χώρο (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου , 2002 , σελ 15) .

➤ Με κριτήριο την *πρόθεση* μετανάστευσης διακρίνονται δύο μορφές η εκούσια ή αναγκαστική «με σκοπό να μειωθούν οι στερήσεις και ν' αυξηθούν οι απαιτήσεις των μεταναστών . Συχνά όμως λόγω των πολιτικών, θρησκευτικών ή άλλων διώξεων παρουσιάζεται το φαινόμενο της αναγκαστικής μετανάστευσης» (Τσαούσης, 1985 , σελ 37)

➤ Με κριτήριο την προβλεπόμενη *διάρκεια παραμονής* διακρίνεται σε προσωρινή ή μόνιμη όταν η μετανάστευση γίνεται σε ορισμένο χρονικό διάστημα , ανάλογα με τον χρόνο που απαιτείται για την διευθέτηση των υποθέσεων , καθώς υπάρχει πάντα η πρόθεση της επανόδου . Όταν η μετανάστευση είναι αδύνατον να καθοριστεί χρονικά ή είναι αβέβαιης διάρκειας και δεν υπάρχει πρόθεση επανόδου από τον μετανάστη , τότε θεωρείται μόνιμη (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ Με κριτήριο το *πού βρίσκεται η χώρα προορισμού* , διακρίνεται σε ηπειρωτική ή υπερπόντια , ανάλογα «με το αν στην μετακίνηση από χώρα σε χώρα , παρεμβάλλεται ή όχι θάλασσα και η χώρα της μετανάστευσης ανήκει σε άλλη ήπειρο» (Μπαγκαβός και Παπαδοπούλου, 2003 , σελ 6) .

➤ ανάλογα με τον *νομικό χαρακτήρα* της μετανάστευσης , ο οποίος σχετίζεται με το αν η μεταναστευτική δραστηριότητα του ατόμου ή της ομάδας που μετακινείται καταγράφεται ή όχι από τις αρχές του κράτους υποδοχής και ως εκ τούτου μπορεί να είναι νόμιμη ή παράτυπη (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ ανάλογα με το *αριθμητικό μέγεθος του πληθυσμού που μετακινείται* και συγκεκριμένα στο αν η μετανάστευση είναι ατομική ή ομαδική (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

- Διακρίνεται ανάλογα με το εάν οι μετανάστες είναι πολίτες μίας άλλης χώρας της ΕΕ ή είναι πολίτες τρίτων χωρών (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής)

3.3 Μεταναστευτική ορολογία

Μερικοί βασικοί όρισμοι οι οποίοι θα χρησιμοποιηθούν εκτενώς στην παρούσα εργασία είναι οι εξής :

Χώρα αποστολής : ως χώρα αποστολής ορίζουμε την χώρα η οποία εξάγει εργατικό δυναμικό αποστέλοντας μετανάστες σε άλλες χώρες (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Χώρα υποδοχής : συνεπακόλουθα , ως χώρα υποδοχής ορίζουμε την αντίστοιχη χώρα η οποία γίνεται αποδέκτης των μεταναστών αυτών (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Ως μετανάστης , ορίζεται ένα άτομο ή /και τα μέλη της οικογένειάς του , το οποίο εγκαταλείπει την χώρα του μετακινούμενο σε μία άλλη χώρα ή περιοχή , αναζητώντας καλύτερες κοινωνικές αλλά και υλικές συνθήκες διαβίωσης (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) . Σύμφωνα με τον ορισμό του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών , η προϋπόθεση προκειμένου να θεωρηθεί κάποιος μετανάστης ή μετανάστρια , είναι να διαμένει εκτός της χώρας προέλευσής του για τουλάχιστον 12 μήνες .

Οικονομικός μετανάστης/Οικονομική μετανάστρια : ως οικονομικός μετανάστης ορίζεται το άτομο το οποίο μεταναστεύει έχοντας ως κύριο μέλημα και στόχο του , την βελτίωση της οικονομικής του κατάστασης (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Πολίτης τρίτης χώρας : ως πολίτη τρίτης χώρας ορίζουμε τον ή την πολίτη που δεν διαθέτει την υπηκοότητα κάποιου κράτους μέλους της Ευρώπης (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Μετανάστης/Μετανάστρια «δεύτερης γενιάς» : ο ορισμός αυτός δίνεται σε άτομα , τα οποία έχουν έναν τουλάχιστον γονιό υπήκοο ο οποίος είναι πολίτης τρίτης χώρας , ενώ τα άτομα αυτά μένουν νόμιμα στην Ελλάδα , λαμβάνουν την απαραίτητη εκπαίδευση αλλά δεν διαθέτουν την ελληνική ιθαγένεια (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Στο εσωτερικό των ευρωπαϊκών χωρών πραγματοποιείται ένας επιπρόσθετος διαχωρισμός μεταξύ των μεταναστευτικών εισροών και εκροών , έτσι ώστε να προσδιορίζεται με ακρίβεια η καθαρή μετανάστευση . Με τον όρο *αλλοδαπός* προσδιορίζουμε τους μετανάστες ξένης ιθαγένειας . Επιπλέον , οι μετανάστες οι οποίοι προσέρχονται σε μία χώρα υποδοχής μπορεί να είναι αλλοδαποί , αλλά ίδιας εθνικότητας του κράτους στο οποίο εισέρχονται (π.χ . η περίπτωση των παλλινοστούντων ομογενών στην Ελλάδα) . Συμπεραίνουμε λοιπόν , πως υπάρχει θεμελιώδης διαφορά μεταξύ των όρων μετανάστης και αλλοδαπός , καθώς κάποιος μπορεί να υπάγεται στην κατηγορία του μετανάστη χωρίς να είναι αλλοδαπός (βλ. Παλλινοστούντες) . Αντιστοίχως , μπορεί κάποιος να είναι αλλοδαπός χωρίς να είναι μετανάστης όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τα παιδιά μεταναστών τα οποία γεννιούνται στην χώρα υποδοχής χωρίς όμως να έχουν αποκτήσει την αντίστοιχη ιθαγένεια .

Με τον όρο γηγενείς ή ημιεδαποί αναφερόμαστε στον πληθυσμό ο οποίος διαμένει στην χώρα υποδοχής και δεν έχει μεταναστεύσει . Πιο αναλυτικά με τον όρο ημιεδαπός αναφερόμαστε σε κάποιον ο οποίος διαθέτει περισσότερες από μία ιθαγένειες , η μία εκ των οποίων είναι αυτή της χώρας στην οποία διαμένει (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου, 2002) .

Δικαιούχος διεθνούς προστασίας : με τον όρο αυτό χαρακτηρίζονται , αλλοδαποί ή ανιθιγενείς , οι οποίοι πραγματοποιούν μία προφορική ή γραπτή δήλωση , σύμφωνα με την οποία δηλώνει στην εκάστοτε αρμόδια κρατική αρχή ότι ζητά άσυλο ή ότι ζητά να μην τον απελάσουν από την χώρα υποδοχής διότι φοβάται ότι στην χώρα προέλευσής του θα διωχθεί είτε για φυλετικούς , είτε για πολιτικούς , είτε για εθνικούς ή θρησκευτικούς λόγους . Επιπρόσθετα , μπορεί να αιτείται διότι κινδυνεύει με θανατική ποινή ή εκτέλεση στην προηγούμενη χώρα διαμονής του , με βασανισμό , είτε κινδυνεύει με καταστρατήγηση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων του , είτε τέλος στην προηγούμενη χώρα διαμονής του κινδυνεύει η σωματική του ακεραιότητα λόγω διεθνούς ή εμφύλιας σύρραξης (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Ασυνόδευτοι ανήλικοι/Ασυνόδευτα ανήλικα είναι τα άτομα, κάτω των 18 ετών , τα οποία φθάνουν στην Ελλάδα , χωρίς να συνοδεύονται από πρόσωπο που ασκεί τη γονική μέριμνά τους ή οι ανήλικοι και οι ανήλικες που εγκαταλείπονται ασυνόδευτοι/ασυνόδευτες μετά την είσοδό τους στη χώρα (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Παράνομοι μετανάστες : “κάποιος ο οποίος , εξαιτίας της παράνομης εισόδου του ή της λήξης της visa του , έχει παράνομο προφίλ στην χώρα μετάβασης ή στην χώρα εγκατάστασής του . Ο όρος χρησιμοποιείται για όσους παραβιάζουν τους κανόνες εισόδου μίας χώρας και για οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο δεν έχει το δικαίωμα να παραμείνει στην χώρα υποδοχής” (IOM , 2004 : 34) .

3.4 Αίτια μετανάστευσης

Τα αίτια της μετακίνησης του πληθυσμού κατηγοριοποιούνται σε οικονομικά , πολιτικά , κοινωνικά , φυσικά και ψυχολογικά (Τσαούσης , 1996) . Όσον αφορά τα πολιτικά αίτια , σε μία χώρα μπορεί να υπάρχουν διώξεις , εμφύλιες συρράξεις , εμφύλιοι πόλεμοι κτλ .

Οι οικονομικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί . Ο συνδυασμός της κατάστασης στη χώρα αποστολής με την κατάσταση στη χώρα υποδοχής , είναι καθοριστικός για τα μεταναστευτικά ρεύματα. Στη χώρα αποστολής, υπάρχει φτώχεια , ανεργία , μικρό εισόδημα και χαμηλοί δείκτες ανάπτυξης (ΕΜΚΕ- ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ, 1990) .

Το άνοιγμα των αγορών , η ελεύθερη διακίνηση υπηρεσιών και αγαθών καθώς και ορισμένων κατηγοριών επαγγελματιών οδήγησαν στην δημιουργία νέων αιτιών μετανάστευσης , οι οποίοι συνοψίζονται στην συνέχεια (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ η μετανάστευση για εκπαιδευτικούς λόγους καθώς και για λόγους επαγγελματικής εξειδίκευσης (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ η επιστροφή των παλλινოსτούντων μεταναστών , οι οποίοι για πολλούς λόγους παρέμειναν εκτός της χώρα καταγωγής τους , και επιστρέφουν σε αυτήν είτε με νόμιμο είτε με παράνομο τρόπο (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ Η λεγόμενη κυκλική μετανάστευση , μέρος της οποίας αποτελεί η εποχική , η διασυνοριακή δραστηριότητα , καθώς και η εμπορική (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ Η κοινωνική μετανάστευση , αφορά κυρίως την οικογενειακή επανένωση , κατά την οποία , τα υπόλοιπα μέλη μίας οικογένειας ακολουθούν τον νόμιμο μετανάστη ή πρόσφυγα στην χώρα υποδοχής που διαμένει (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ η μετανάστευση για περιβαλλοντικούς λόγους, η οποία οφείλεται σε εκτεταμένες περιβαλλοντικές καταστροφές μεγάλης έκτασης, όπως η απερίθωση

καλλιεργήσιμων εδαφών, η ανομβρία, η βιομηχανική ρύπανση των υδάτινων πόρων, κ.ά. (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

➤ μετανάστευση με στόχο την υψηλή γνωσιακή κατάρτιση και εξειδίκευση στελεχών , επιστημόνων , τεχνικών . Οι μετακινήσεις αυτές , λαμβάνουν χώρα , ύστερα από αίτημα της εκάστοτε πολυεθνικής εταιρείας , διεθνούς οργανισμού και διεθνών Μ.Κ.Ο. ως αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης της αγοράς εργασίας , της απορρύθμισης του παγκόσμιου συστήματος εργασίας και της παγκοσμιοποιημένης διαχείρισης των ανθρωπιστικών, μεταναστευτικών και προσφυγικών κρίσεων (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Η απόφαση του εκάστοτε μετανάστη για το εάν θα προβεί ή όχι στην απόφαση να μετακινηθεί , καθώς και ο τρόπος με τον οποίο θα επιλέξει την χώρα προορισμού , καθορίζεται από τους παράγοντες “push” (απώθησης) και “pull”(έλξης) . Οι λεγόμενοι “ push” παράγοντες , είναι αυτοί που χειροτερεύουν την ζωή των εν δυνάμει μεταναστών στην χώρα πρόλευσης και δημιουργούν αρνητικές συνθήκες κατά την παραμονή τους εκεί , ωθώντας τους (push) , στο να μεταναστεύσουν . Αντίστοιχα , με τον όρο “ pull” , αναφερόμαστε στους παράγοντες εκείνους που προσδίδουν θετικά χαρακτηριστικά στην χώρα προορισμού , προσελκύοντάς τους (pull) (Lassetter 2008) .

Στην περίπτωση των προσφύγων στους “pull factors” -παράγοντες “έλξης” ανήκουν τα εξής (Brannan *et al* , 2016) :

- Η ευρεία χρήση των κοινωνικών μέσων από μετανάστες που έχουν φτάσει με επιτυχία στην Ευρώπη (Brannan *et al* , 2016) .
- Το γεγονός πως τα συστήματα παραχώρησης ασύλου στην Ευρώπη λειτουργούν με έναν χαώδη τρόπο , οπότε ακόμα και εάν κάποιος αιτών άσυλο δεν πληρεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την χορήγησή του , είναι δύσκολο να επιστραφεί πίσω (Brannan *et al* , 2016) .

Αντίστοιχα στους “push factors” , υπάγονται τα εξής :

- οι συνεχιζόμενες καταστάσεις βίας καθώς και η αστάθεια που επικρατεί στις χώρες προέλευσης , έχει οδηγήσει στην αναγκαστική μετακίνηση εκατομμυρίων ανθρώπων , καθιστώντας την επιστροφή τους , τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα , αδύνατη . Υπολογίζεται πως το 2015 , υπήρχαν 6, 5 εκατομμύρια αναγκαστικά εκτοπισμένοι μετανάστες λόγω του πολέμου στην Συρία , το Αφγανιστάν και την Σομαλία , καθιστώντας την μεγαλύτερη αναγκαστική μετακίνηση μετά τον Β'Παγκόσμιο Πόλεμο (Pavli , 2017 , Brannan *et al* , 2016) .
- Η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης , στις χώρες της πρώτης τους άφιξης όπως ο Λίβανος και η Ιορδανία , με συνεπακόλουθο την αύξηση των συνοριακών ελέγχων (Brannan *et al* , 2016) .
- Οι πρόσφυγες σπάνια μπορούν να εργαστούν στην χώρα της πρώτης άφιξης τους και σε συνδυασμό με το χαμηλό γνωστικό τους υπόβαθρο , ωθούνται περισσότερο στο να μετακινηθούν (Brannan *et al* , 2016) .
- Γεωπολιτικά, δημιουργούν περιορισμούς αναφορικά με ορισμένες χώρες υποδοχής όπως είναι η Λιβύη και σε ορισμένο βαθμό η Αίγυπτος (Brannan *et al* , 2016) .

3.5 Πρόσφυγας ή μετανάστης

Όπως έχουμε ήδη ορίσει , ο βασικός τρόπος διαχωρισμού αναφορικά με την ορολογία του πρόσφυγα ή του μετανάστη είναι οι λόγοι που οδηγούν στην μετακίνηση ενός ατόμου , μίας ομάδας ή ενός ευρύτερου κοινωνικού συνόλου .

Πρόσφυγας ονομάζεται, σύμφωνα με τη Σύμβαση της Γενεύης για τους πρόσφυγες ,

κάθε άνθρωπος που φεύγει χωρίς την θέληση του έξω από το κράτος του οποίου είναι πολίτης , εξαιτίας δικαιολογημένου φόβου ότι εκεί θα υποστεί διωγμούς λόγω της θρησκείας ή του πολέμου ή ακόμα και εξαιτίας της ιδιότητάς του ως μέλος μιας ιδιαίτερης κοινωνικής ομάδας ή των πολιτικών του απόψεων (πολιτικός πρόσφυγας) , και επιπλέον του είναι αδύνατο να εξασφαλίσει προστασία από τη χώρα του ή , εξαιτίας του φόβου αυτού, δεν επιθυμεί να τεθεί υπό αυτή την προστασία . Αναγνωρίζονται ως πρόσφυγες επειδή ακριβώς είναι πολύ επικίνδυνο γι' αυτούς να επιστρέψουν στην πατρίδα τους και ως εκ τούτου χρειάζονται άσυλο σε κάποια άλλη χώρα . Πρόκειται γι' ανθρώπους για τους οποίους η άρνηση ασύλου θα έχει ενδεχομένως θανάσιμες συνέπειες (The UN Refugee Agency) .

Άτομα στα οποία δεν έχει αναγνωριστεί νομικά από την χώρα στην οποία προσφεύγουν , η ιδιότητα του πρόσφυγα , χαρακτηρίζονται με τον όρο “αιτούντες άσυλο” .

Στο τέλος του 2014 υπολογίζεται ότι υπήρχαν περίπου 19,5 εκατομμύρια πρόσφυγες σε όλο τον κόσμο, τα 14,4 εκατομμύρια υπό την ευθύνη τη UNHCR και τα 5,1 εκατομμύρια , οι Παλαιστίνιοι πρόσφυγες, υπό την ευθύνη της UNRWA . Τα 14,4 εκατομμύρια αντιπροσωπεύουν μία αύξηση 2,7 εκατομμυρίων από το 2013 (+23%), την υψηλότερη από το 1995 . Ανάμεσά τους , οι πρόσφυγες του πολέμου στην Συρία έγιναν η μεγαλύτερη ομάδα προσφύγων το 2014 (3,9 εκατομμύρια, 1,55 εκατομμύριο περισσότεροι από το προηγούμενο έτος) , ξεπερνώντας τους Αφγανούς (2,6 εκατομμύρια) , που αποτελούσαν τη μεγαλύτερη προσφυγική ομάδα επί τρεις δεκαετίες . Τον Φεβρουάριο του 2015 η Τουρκία , έγινε η χώρα που φιλοξενεί τους περισσότερους πρόσφυγες, με 2,2 εκατομμύρια Σύριους και 300 χιλιάδες Ιρακινούς . Το Πακιστάν έρχεται δεύτερο , φιλοξενώντας 1,6 εκατομμύριο Αφγανούς . Η θρησκευτική ταυτότητα αναδεικνύεται σε σημαντική πλευρά του προσφυγικού ζητήματος στις περισσότερες χώρες φιλοξενίας προσφύγων (<https://el.wikipedia.org/wiki/>).

Δικαιούχος διεθνούς προστασίας : Σύμφωνα με τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών , δικαιούχος διεθνούς προστασίας είναι όποιος-α βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του/της ή της συνήθους διαμονής του/της και αδυνατεί ή δεν επιθυμεί να επιστρέψει σε

αυτήν λόγω :

• βάσιμου και δικαιολογημένου φόβου δίωξης για λόγους φυλής , θρησκείας , εθνικότητας , συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα ή λόγω πολιτικών πεποιθήσεων (προσφυγικό καθεστώς) .

• σοβαρών και αδιάκριτων απειλών κατά της ζωής του , της σωματικής του ακεραιότητας ή της ελευθερίας του που οφείλονται σε γενικευμένη βία ή σε γεγονότα που διαταράσσουν σοβαρά τη δημόσια τάξη (καθεστώς επικουρικής προστασίας, ανθρωπιστικό καθεστώς) .

Ο όρος «αναγκαστική μετανάστευση» (forced migration) χρησιμοποιείται μερικές φορές από τους κοινωνικούς επιστήμονες και άλλους , ως ένας γενικός όρος που καλύπτει πολλές μορφές εκτοπισμού ή ακούσιας μετακίνησης είτε εκτός είτε στο εσωτερικό μίας χώρας . Για παράδειγμα, ο όρος έχει χρησιμοποιηθεί για ανθρώπους που έχουν εκτοπιστεί λόγω περιβαλλοντικών καταστροφών , συγκρούσεων , λιμού , ή λόγω μεγάλων αναπτυξιακών έργων . Ο όρος «αναγκαστική μετανάστευση» δεν είναι νομικός και όπως και στην περίπτωση της έννοιας «μετανάστευση» , δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός . Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων . Αντίθετα, οι πρόσφυγες, προσδιορίζονται επακριβώς κάτω από το διεθνές και περιφερειακό προσφυγικό δίκαιο , και τα κράτη έχουν συμφωνήσει σε ένα καλά προσδιορισμένο πλέγμα νομικών υποχρεώσεων απέναντί τους . Η αναφορά σε πρόσφυγες ως «εξανασταμένους μετανάστες» μετατοπίζει την προσοχή από τις ιδιαίτερες ανάγκες των προσφύγων και των αντίστοιχων νομικών υποχρεώσεων που η διεθνής κοινότητα έχει συμφωνήσει . Για ν' αποφευχθεί η σύγχυση , η Ύπατη Αρμοστεία αποφεύγει τη χρήση του όρου «αναγκαστική μετανάστευση» σε σχέση με μετακινήσεις προσφύγων και άλλες μορφές εκτοπισμού (The UN Refugee Agency) .

Ο όρος “μικτός μετανάστης” δεν είναι αποσαφηνισμένος . Όσον αφορά τον όρο “μικτή μετανάστευση ”, η οποία συνιθίζεται να χρησιμοποιείται στο πολιτικό παρασκήνιο ,

αναφερόμαστε στην ταυτόχρονη μετακίνηση μεταναστών κι προσφύγων , οι οποίοι πολλές φορές ταξιδεύουν μαζί χρησιμοποιώντας τις ίδιες διαδρομές μετακίνησης από την χώρα προέλευσης στην χώρα υποδοχής καθώς και τους ίδιους διαμεσολαβητές . Ωστόσο , ο όρος “μικτός μετανάστης” δεν είναι αποσαφηνισμένος . Περιγράφει ένα πρόσωπο το οποίο ταξιδεύει ανάμεσα σε μικτά μεταναστευτικά ρεύματα και του οποίου το ατομικό καθεστώς δεν είναι γνωστό ή που ενδεχομένως να ταξιδεύει για πολλούς, επικαλυπτόμενους λόγους . Επειδή ενδέχεται να δημιουργήσει σύγχυση , ο όρος αυτός δεν θα πρέπει να προτιμάται να χρησιμοποιείται (The UN Refugee Agency) .

Συμπερασματικά , η διάκριση των δύο κατηγοριών εξακολουθεί να έχει νόημα και μεγάλη σημασία , δεδομένου ότι οι πρόσφυγες , ελλείψει εθνικής προστασίας, προστατεύονται από τη Σύμβαση της Γενεύης του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων και άλλα διεθνή και ευρωπαϊκά κείμενα . Το δικαίωμά τους να ζητήσουν άσυλο αποτελεί βασική αρχή της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων . Επομένως, η χορήγηση ασύλου δεν αποτελεί πράξη «φιλανθρωπίας» ούτε εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια της Ελλάδας αλλά και όλων των χωρών της ΕΕ , αλλά υποχρέωσή τους με βάση τις διεθνείς συνθήκες , την ευρωπαϊκή και την ελληνική νομοθεσία.

3.6 Συνθήκη της Γενεύης για το προσφυγικό

Στις επονομαζόμενες συνθήκες της Γενεύης περιλαμβάνονται τέσσερις συνθήκες και τρία συμπληρωματικά πρωτόκολλα , βάσει των οποίων θέτονται οι βασικές συνθήκες του διεθνούς δικαίου για την ανθρωπιστική διαχείριση των θυμάτων του πολέμου . Με τον όρο Συνθήκη της Γενεύης , αναφερόμαστε στις συμφωνίες οι οποίες έλαβαν χώρα μετά το πέρας του Β' Παγκοσμίου Πολέμου το 1949 , μετά την ανανέωση των όρων των προηγούμενων τριών συνθηκών (1864, 1906, 1929) , καθιστώντας την τέταρτη θεμελιωμένη σε σειρά συνθήκη . Σύμφωνα με την τέταρτη Συνθήκη της Γενεύης , ορίζονται τα θεμελιώδη δικαιώματα των αιχμαλώτων πολέμου , τόσο πολιτών όσο και

στρατιωτικών , καθώς και θεμελιώδεις προστασίες για τους τραυματίες αλλά και τους πολίτες μέσα ή γύρω από πολεμική ζώνη . Στην επικύρωση και των τεσσάρων συνθηκών συμμετείχαν 194 χώρες (<https://el.wikipedia.org/wiki/>).

Το 1951 υπογράφεται η Σύμβαση για το καθεστώς των προσφύγων , καθιστώντας την , το πρώτο επίσημο νομικό κείμενο για τα δικαιώματα των προσφύγων αλλά και την βάση στην οποία στηρίχθηκε το έργο της Ύπατης αρμοστείας του ΟΗΕ . Η Ύπατη αρμοστεία του ΟΗΕ λειτουργεί ως “θεματοφύλακας” της Σύμβασης του 1951 και του Πρωτοκόλλου του 1967 , μέσω του του οποίου καταργήθηκαν οι περιορισμοί λόγω τοποθεσίας και χρόνου οι οποίοι θέτονταν από την Σύμβαση του 1951 (<https://www.unhcr.org/gr/>) .

Η Σύμβαση της Γενεύης για το καθεστώς των προσφύγων υπογράφηκε στην ομώνυμη πόλη της Ελβετίας στις 28 Ιουλίου του 1951 και κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν.Δ. 3989/1959 . Στα περιεχόμενα της Σύμβασης , ορίζεται με ακρίβεια ο ακριβής προσδιορισμός του πρόσφυγα , η νομική προστασία και τα λοιπά δικαιώματα και παραχές που νομικά ο προσδιοριζόμενος ως πρόσφυγας οφείλει να λάβει από οποιοδήποτε από το 194 κράτη έχουν υπογράψει την Σύμβαση .

Η Σύμβαση συμπληρώθηκε από το Πρωτόκολλο του 1967, το οποίο κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον Α.Ν. 389/1968 και διεύρυνε την εντολή της Ύπατης Αρμοστείας καθώς το πρόβλημα των εκτοπισμένων πληθυσμών εξαπλωνόταν σε όλο τον κόσμο (www.Lawspot.gr) .

Περιεχόμενα της Σύμβασης του 1951 (<https://www.unhcr.org/>).

- ορισμός του πρόσφυγα .
- παράθεση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων των προσφύγων αναφορικά με την θρησκεία, την μετακίνηση, την ελευθερία, την εκπαίδευση, την κατοχή ταξιδιωτικών εγγράφων, την δυνατότητα εργασίας .
- Υπογραμμίζονται οι υποχρεώσεις του /της εκάστοτε πρόσφυγα προς την χώρα

υποδοχής .

Πρωτόκολλο του 1967 : καταργούνται οι χρονικοί και τοπικοί περιορισμοί που έθετε η αρχική Σύμβαση σύμφωνα με τους οποίους μόνο άτομα που εμπλέκονταν στα γεγονότα που συνέβησαν στην Ευρώπη πριν την 1η Ιανουαρίου του 1951 μπορούσαν να υποβάλλουν αίτηση ασύλου (<https://www.unhcr.org/gr/>) .

Πιο αναλυτικά σύμφωνα με το άρθρο της Συνθήκης της Γενεύης : ως πρόσφυγας προσδιορίζεται το άτομο εκείνο , το οποίο βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του ή της χώρας κατοικίας του και έχει εκδιωχθεί για λόγους που αφορούν φυλετικά θέματα , θρησκείας , της εθνικότητάς του , της συμμετοχής του σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες ή και λόγω των πολιτικών του πεποιθήσεων (πολιτικός πρόσφυγας) . Ο φόβος αυτός της δίωξης καθιστά αδύνατο για το άτομο αυτό να απολαύσει την προστασία των δικαιωμάτων του στην χώρα κατοικίας του αναγκάζοντας τον να καταφύγει προς την αναζήτηση ασυλου. Σύμφωνα με την Συνθήκη της Γενεύης , την προστασία των δικαιωμάτων τους στην χώρα υποδοχής τους , στερούνται άτομα τα οποία έχουν διαπράξει εγκλήματα πολέμου , εγκλήματα κατά της ειρήνης , εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας , καθώς και κάποιο σοβαρό μη- πολιτικό έγκλημα . Η προστασία η οποία παρέχεται στους πρόσφυγες από την χώρα υποδοχής είναι υποχρεωτική για τις χώρες οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην Συνθήκη της Γενεύης . Η Ύπατη αρμοστέα του ΟΗΕ , διαθετει τον ρόλο του “επιβλέποντα” , φροντίζοντας και ελέγχοντας έτσι ώστε κάθε χώρα να παρέχει στους πραγματικούς πρόσφυγες την προστασία των δικαιωμάτων που αυτοί δικαιούνται , ενώ ταυτόχρονα φροντίζει να μην τους εξαναγκάσει να επιστρέψουν στην χώρα προέλευσής τους θέτοντας σε ουσιαστικό κίνδυνο την ζωή τους .

Ο ρόλος του οργανισμού είναι να βοηθήσει τους πρόσφυγες να ξαναχτίσουν την ζωή τους , είτε μέσω του εθελοντικού επαναπατρισμού , στις περιπτώσεις που αυτό καθίσταται δυνατό , είτε αναλαμβάνοντας την μετεγκατάστασή τους σε άλλες τρίτες χώρες ή χώρες υποδοχής . Καθώς η Ύπατη αρμοστέα πραγματώνει υποθέσεις που αφορούν πρόσφυγες και όχι οικονομικούς μετανάστες , χρειάζεται να μπορεί να

διαχωρίσει με ευκρίνεια την διαφορά ανάμεσα σε αυτές τις δύο κατηγορίες . Ένας οικονομικός μετανάστης εγκαταλείπει τη χώρα του με τη θέλησή του προς ανεύρεση μιας καλύτερης ζωής , συνεχίζοντας να απολαμβάνει την προστασία της χώρας του / της . Ένας πρόσφυγας δεν έχει επιλογές όταν εγκαταλείπει τη χώρα του εξαιτίας του φόβου δίωξης (<https://www.unhcr.org/gr/>) .

Παρόλα αυτά , οι χώρες οι οποίες υπογράφοντας συμμετέχουν στην Σύμβαση , δεν είναι υποχρεωμένες να παρέχουν μόνιμο άσυλο ή προστασία . Πιο συγκεκριμένα μπορούμε να διακρίνουμε δύο περιπτώσεις : στην πρώτη περίπτωση , το αιτούντος άσυλο άτομο , χρήζει μόνιμης χορήγησης ασύλου , το οποίο και του παραχωρείται . Στην δεύτερη περίπτωση , ένα άτομο μπορεί να παύσει να είναι πρόσφυγας όταν οι λόγοι της προσφυγικής του ιδιότητας παύσουν να υπάρχουν . Η ιδανική λύση για τα εκτοπισμένα άτομα είναι ο εθελοντικός επαναπατρισμός, εφόσον οι συνθήκες στη χώρα καταγωγής το επιτρέπουν . Ταυτοχρόνως , όλες οι χώρες βάσει του ευρωπαϊκού δικαίου , υποχρεούνται να παρέχουν βασικές αρχές προστασίας σε άτομα , ομάδες ή κοινωνικά σύνολα τα οποία χρήζουν ανάγκης ανεξαρτήτως της συνυπογραφής τους ή μη στην Σύμβαση (<https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/voithitika-kemena/ti-provlepei-i-symvasi-tis-geneyis-gia-kathestos-ton-prosfygon>) .

Κατά την διάρκεια του 2005 , οι 25 χώρες κράτη μέλη της ΕΕ , εξέλαβαν συνολικά 237.840 αιτήσεις για άσυλο , αριθμός σημαντικά μειωμένος σε σύγκριση με το 2001 της τάξεως του 46% (The UN Refugee Agency) . Κοινός στόχος και των 5 κρατών μελών της ΕΕ , είναι η δημιουργία μίας κοινής μεταναστευτικής πολιτικής και πιο συγκεκριμένα η δημιουργία ενός Κοινού Ευρωπαϊκού Συστήματος Ασύλου . Μέχρι τώρα η εκάστοτε κυβέρνηση διαχειρίζεται σε εθνικό επίπεδο μόνο τα θέματα ασύλου.

Η συνθήκη του Δουβλίνου , εισήγαγε τις πρώτες βάσεις , προκειμένου να παρθεί μία απόφαση αναφορικά με το ποια χώρα – μέλος της ΕΕ θα επωμιζόταν το έργο της επαξεργασίας των αιτήσεων ασύλου . Ουσιαστικά, πρόκειται για την πρώτη χώρα στην οποία εισέρχεται το άτομο προς αναζήτηση ασύλου . Στόχος της συγκεκριμένης

ενέργειας , είναι να παρεμποδιστεί η λεγόμενη “ αγορά ασύλου” , η πολλαπλή δηλαδή υποβολή αιτήσεων για άσυλο , από ένα άτομο . Το EURODAC , αποτελεί ένα πολλαπλό σύστημα ταυτοποίησης ατόμων του συνόλου των ταυτοποιημένων ατόμων τα οποία έχουν εισέλθει στα σύνορα της Ευρώπης με στόχο την αναζήτηση ασύλου (https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/asylum/identification-of-applicants_en) .

Ταυτόχρονα , δημιουργούνται Περιφερειακά Προγράμματα Προστασίας , από την Ευρωπαϊκή επιτροπή , τα οποία στοχεύουν στην παροχή βοήθειας σε μετανάστες οι οποίοι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τον τόπο κατοικίας τους εξαιτίας διωγμών , ή διαμαχών (Ινστιτούτο στατιστικής τεκμηρίωσης ανάλυσης και έρευνας) . Επιπροσθέτως , έχει δημιουργηθεί ένα κοινό Ευρωπαϊκό ταμείο για τους πρόσφυγες , το οποίο αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών τους , την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους στις χώρες υποδοχής , καθώς και στην χρηματοδότηση προκειμένου να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την ομαλή ένταξή τους στην χώρα υποδοχής ή τον επαναπατρισμό τους εάν το επιθυμούν (COM/2019) .

3.7 Μεταναστευτικός παράγοντας και δημογραφική γήρανση

Ο μεταναστευτικός παράγοντας και η δημογραφική γήρανση αποτελούν δύο αλληλένδετα στοιχεία . Κοινό στοιχείο που συναντάμε σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες είναι το γεγονός πως κατά κανόνα ο μεταναστευτικός πληθυσμός έχει κοινή ηλικιακή δομή . Οι νεοαφιχθέντες μετανάστες ανήκουν σε όλες τις χώρες τις ΕΕ σε μικρότερη ηλικιακά δομή από τον εκάστοτε γηγενή πληθυσμό . Στις μεταναστευτικές εισροές συναντάμε κατά αναλογία νεαρότερες ηλικίες (0-19 ετών) και λιγότερο γηραιότερες ηλικίες . Αναφορικά με την ηλικιακή ομάδα από 0-69 , οι επονομαζόμενοι παραγωγικοί νέοι , δηλαδή οι ηλικίες από 20 -49 ετών είναι σαφώς περισσότεροι σε σύγκριση πάντα με τον γηγενή πληθυσμό (Ευρωπαϊκή Επιτροπή , 1995) . Παρόλα αυτά , σύμφωνα και πάλι με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή , η μετανάστευση δεν θα μπορούσε να ανατρέψει τα αποτελέσματα του πληθυσμού της γήρανσης.

Οι ολοένα αυξανόμενες μεταναστευτικές εισροές , έχουν ταυτόχρονα αντίκτυπο στην αύξηση του αριθμού των γεννήσεων , εξαιτίας κυρίως της αύξησης του αριθμού των γάμων , και πιο συγκεκριμένα των μικτών γάμων . Οι μετανάστες οι οποίοι καταφθάνουν σε μία χώρα υποδοχής , κατά κανόνα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη οικονομική ένδεια από την εκάστοτε γηγενή πληθυσμό , γεγονός όμως όμως που δεν τους αποτρέπει από την δημιουργία οικογένειας . Στην πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ , οι μετανάστες παντρεύονται περισσότερο και κάνουν περισσότερα παιδιά σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό . Σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο , η Γερμανία και η Γαλλία , οι οποίες έχουν παράδοση ως χώρες υποδοχής μεταναστών , το φαινόμενο αυτό παρατηρείται ακόμα πιο έντονα . Επιπρόσθετα , λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ατόμων που προσφεύγουν στις χώρες αυτές είναι στο θρήσκευμα μουσουλμάνοι , με αποτέλεσμα σε κάθε μουσουλμανική οικογένεια να συναντάμε περισσότερα από δέκα παιδιά .

Ένα από τα βασικά επιχειρήματα , όσων επιχειρηματολογούν για την στήριξη ή και την αποτροπή αντίστοιχα της μετανάστευσης , είναι ο αντίκτυπος της μετανάστευσης στην οικονομία της εκάστοτε χώρας υποδοχής , κυρίως αναφρόμενοι στην αγορά εργασίας και την κοινωνική ασφάλιση . Στο σύνολο της ΕΕ , το ποσοστό των εργατών που συνιστούν το εργατικό δυναμικό , δεν ξεπερνά το 5% , παρόλα αυτά σε χώρες όπως η Γερμανία και η Αυστρία το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό (COM 2019) . Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης αυτής καθεαυτής εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τις σχέσεις υποκατάστασης ή συμπληρωματικότητας των παραγωγικών συντελεστών και των τομέων απασχόλησης . Στην περίπτωση που ο τομέας απασχόλησης των μεταναστών συμπίπτει με αυτόν του γηγενούς πληθυσμού , οδηγούμαστε σε μία κατεύθυνση συρρίκνωσης των ευκαιριών και των θέσεων εργασίας του γηγενούς πληθυσμού . Οσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση , υπάρχει αναπόφευκτη σύνδεση μεταξύ αυτής και των μεταναστευτικών εισροών . Συναντάμε μία διαφοροποίηση μεταξύ γηγενών και αλλοδαπών σχετικά με την εξέλιξη εσόδων – δαπανών , κατά ηλικία ή κατά οικογενειακή κατάσταση . Όπως προαναφέρθηκε , οι αλλοδαποί στην

πλειοψηφία τους ανήκουν σε μία νεότερη ηλικιακή δομή συγκριτικά με τον γηγενή πληθυσμό , γεγονός το οποίο έχει θετικό αντίκτυπο στο σύστημα της κοινωνικής ασφαλισής , καθώς οι νόμιμοι μετανάστες οι οποίοι εργάζονται δεν επιβαρύνουν το σύστημα υγείας λόγω του νεαρού της ηλικίας τους . Παρόλα αυτά , το γεγονός ότι οι περισσότεροι εξ αυτών είναι πολύτεκνοι , επιβαρύνει το σύστημα με περαιτέρω δαπάνες αναφορικά με την προστασία των μελών της αλλοδαπής οικογένειας . Ως συνεπακόλουθο , οι μετανάστες οι οποίοι ανήκουν στο παρόν εργατικό δυναμικό , μελλοντικά θα αποτελούν τους συνταξιούχους , ενώ τα παιδιά τους ως μετανάστες δεύτερης γενιάς θα συνιστούν το αυριανό εργατικό δυναμικό . Μπορούμε να συμπεράνουμε λοιπόν ότι οι μετανάστες , οι μετανάστες δεύτερης , τρίτης γενιάς κοκ θα συμβάλλουν με την σειρά τους στην οικονομική μεγέθυνση και τα έσοδα του ασφαλιστικού συστήματος . Χώρες με παράδοση στην μετανάστευση όπως η Γερμανία η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο , υποστηρίζουν πως η γονιμότητα των μεταναστών που καταφθάνουν , τείνει με το πέρασμα των ετών και την παραμονή τους στην χώρα υποδοχής , να ακολουθεί αυτήν του γηγενούς πληθυσμού (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002) .

Σε παρόμοιο πλαίσιο, μία σύνδεση της μετανάστευσης με την εγκληματικότητα είναι αναπόφευκτη . Επίσημα όμως , δεν έχει αποδειχτεί κάποια βάσιμη συσχέτιση της εγκληματικότητας με την μετανάστευση παρόλο που κατά βάση η κοινή αντίληψη σε συνδυασμό με τον δημοσιογραφικό λόγο τείνουν να υποστηρίζουν το αντίθετο . Η εγκληματικότητα , φαίνεται πως είναι απόρροια της φτώχειας και της μακροχρόνιας ανεργίας (Καρύδης , 1996) . Η εγκληματικότητα συνδέεται κατά κύριο λόγο με την εμφάνιση φαινομένων ρατσισμού παρά με την ύπαρξη και την εγκατάσταση μεταναστών αυτών καθεαυτών (Taguieff 1991) .

3.8 Το φαινόμενο των “υγιών μεταναστών”

Πολλές μελέτες αναφορικά με την υγεία των μεταναστών , έχουν υποδείξει πως οι μετανάστες κατά κανόνα παρουσιάζουν ασθενέστερο υγεινομικό προφίλ από τον γηγενή πληθυσμό . Παρόλα αυτά , σε πολλές μελέτες επιβεβαιώνεται η υπόθεση με τίτλο : “healthy migrant selection effect ” , δηλαδή του φαινομένου των “υγιών μεταναστών” , σύμφωνα με το οποίο , οι μετανάστες οι οποίοι φτάνουν σε μία χώρα υποδοχής παρουσιάζουν καλύτερη υγεία από τον γηγενή πληθυσμό , καθώς για να μεταναστεύσουν και να μετακινηθούν χρειάζεται να έχουν και καλή υγεία . Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή , η μετανάστευση πραγματοποιείται μόνο σε συνθήκες καλής υγείας , ενώ οι μετανάστες οι οποίοι δεν έχουν καλή υγεία , είναι πιο πιθανό να επιστρέψουν πίσω στην χώρα προέλευσής τους , καθώς και να μην επιβιώσουν κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους . Οι μετανάστες είναι νέοι και υγιείς , ωστόσο , υπηρεσίες ιατρικής εντατικής θεραπείας(ICU) θα απαιτηθούν για ένα πολύ μικρό κλάσμα αυτού του πληθυσμού όχι μόνο για μολυσματικές ασθένειες (π.χ. αιμορραγικός πυρετός ή σοβαρές περιπτώσεις χολέρας) αλλά και για άλλες καταστάσεις όπως τραύμα, ραβδομύλωση, λιμοκτονία και / ή αφυδάτωση , οξεία ηπατική ή νεφρική βλάβη , οξεία εγκεφαλοπάθεια , εγκεφαλικό ή υποθερμία (Tsiodras 2016) . Η υπεροχή της υγείας των μεταναστών έναντι των γηγενών περιορίζεται μόνο σε συγκεκριμένες παθήσεις (Mladovsky 2007) .

Οι θεωρίες τις οποίες έχουν χρησιμοποιήσει οι ερευνητές προκειμένου να εξηγήσουν το παράδοξο αυτό φαινόμενο είναι η salmon effect/ bias (το φαινόμενο του σολωμού) και η convergence theory . Το salmon effect ή αλλιώς salmon bias όπως ανευρίσκεται ορισμένες φορές στην βιβλιογραφία , αναφέρεται στην περίπτωση των μεταναστών οι οποίοι όταν νοσούν σοβαρά με κίνδυνο να χάσουν την ζωή τους , αποφασίζουν να επιστρέψουν πίσω στην πατρίδα τους . Επιθυμία τους αποτελεί να περάσουν τις τελευταίες μέρες της ζωής τους στην πατρίδα τους ή / και να τους φροντίσουν οι

κοντινοί τους άνθρωποι και οι συγγενείς τους . Το μεταφορικό όνομα της συγκεκριμένης θεωρίας , που σημαίνει “σολωμός” , είναι παρμένο από το ομώνυμο ψάρι το οποίο επιστρέφει στα ποτάμια που ξεκίνησε την πορεία της ζωής του προκειμένου να απεβιώσει . Στόχος της συγκεκριμένης θεωρίας , είναι να εξετάσει εάν το “healthy migrant selection effect” , είναι πραγματικό ή αποτελεί απόρροια μεθοδολογικού λαθους .

Από την άλλη πλευρά , η convergence theory , ή αλλιώς “θεωρία της σύγκλισης” , καταπιάνεται με την πορεία της υγείας των μετανάστων μετά την ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία της χώρας υποδοχής . Σύμφωνα με την θεωρία αυτή , οι συνήθειες των μεταναστών στην καθημερινότητα , καθώς και στην διατροφή τους , τείνουν να συγκλίνουν / συμπίπτουν με τον καιρό , με αυτές του γηγενούς πληθυσμού . Σε πολλές περιπτώσεις , οι μετανάστες εγκαταλείπουν το προτύπο υγιεινό ενδεχομένως τρόπο ζωής τους , υιοθετώντας τις συνήθειες του “δυτικού” κόσμου . Σε μερικές από αυτές τις συνήθειες , συμπεριλαμβάνονται η κατανάλωση γρήγορου φαγητού , η υιοθέτηση ενός καθιστικού τρόπου ζωής , το κάπνισμα και το αλκόολ . Για παράδειγμα , πολλές έρευνες υποδεικνύουν πως οι Τούρκοι μετανάστες στην Γερμανία , αναφορικά με το κάπνισμα , ακολούθησαν πλήρως τις συνήθειες των Γερμανών και υπήρξε μεγάλη σύγκλιση . Η θεωρία αυτή , εξετάζει και προτείνει , πως το οποιοδήποτε πλεονέκτημα αναφορικά με την θνησιμότητά έχουν οι μετανάστες , με το πέρασμα του χρόνου εξαλείφεται καθώς υιοθετούν τις συνήθειες του γηγενούς πληθυσμού και αποκτούν ένα παρεμφερές υγειονομικό προφίλ (Moullan 2014 , Namer 2018) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΕ

4.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Το ζήτημα των πολιτικών υγείας έχει λάβει διεθνείς διαστάσεις λόγω της ολένα αυξανόμενης ανάγκης για την δημιουργία κοινών πολιτικών από τις χώρες της ΕΕ , οι οποίες σαν στόχο θα έχουν την παροχή ιατρικής φροντίδας σε μία πληθώρα διαφορετικών μεταναστευτικών ροών . Κοινός στόχος και των 27 χωρών της ΕΕ , αποτελούσε η δημιουργία μίας κοινής μεταναστευτικής πολιτικής υγείας η οποία θα εξασφάλιζε την ίση πρόσβαση των μεταναστών στα εθνικά συστήματα υγείας . Σύμφωνα όμως με μία μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2009 , μόνο έντεκα χώρες έχουν προβεί στην ανάπτυξη εθνικής πολιτικής υγείας αναφορικά με το μεταναστευτικό (Mladovsky 2012) .

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας : “ Η πολιτική υγείας αναφέρεται σε αποφάσεις , σχέδια και ενέργειες που αναλαμβάνονται για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων υγειονομικής περίθαλψης σε μια κοινωνία . Μια ρητή πολιτική για την υγεία μπορεί να επιτύχει πολλά πράγματα : ορίζει ένα όραμα για το μέλλον , το οποίο με τη σειρά του συμβάλλει στη θέσπιση στόχων και σημείων αναφοράς βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα . Περιγράφει τις προτεραιότητες και τους αναμενόμενους ρόλους των διαφόρων ομάδων , χτίζει συναίνεση και ενημερώνει τους ανθρώπους”. Πολλές πολιτικές υγείας αναφορικά με τους μετανάστες αποδεικνύονται μη βιώσιμες καθώς δεν είναι καθορισμένες , ενώ πολλές φορές διαφοροποιούνται ανάλογα με την εκάστοτε κυβέρνηση . Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του 2009 , οι μετανάστες αποτελούν το 4% του πληθυσμού των κρατών μελών της ΕΕ , ποσοστό που συνεχώς αυξάνεται .Οι μετανάστες “χρησιμοποιούνται” από τους Ευρωπαίους προκειμένου να καλύψουν τις

ολοένα αυξανόμενες ελλείψεις τους σε εργατικό δυναμικό εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού και ταυτοχρόνως του χαμηλού αριθμού γεννήσεων . Στοιχεία από ολόκληρη την Ευρωπαϊκή επικράτεια αποδεικνύουν πως οι μετανάστες που βρίσκονται σε Ευρωπαϊκά κράτη μέλη είναι αποδέκτες λιγότερων ή/και χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό (Mladovsky 2012).

Οι μετανάστες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες , σε εκείνους οι οποίοι είναι υγιείς και δεν επιβαρύνουν το σύστημα υγείας , αλλά αντίθετα ενισχύουν με την εργασία τους την εθνική οικονομία της χώρας στην οποία είναι εγκατεστημένοι , αλλά και σε αυτούς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και χρήζουν ιατρικής περίθαλψης . Με στόχο την κατοχύρωση των δικαιωμάτων , την ισότητα και οικουμενική πρόσβαση των πολιτών στην υγεία θεσπίστηκε ο νόμος περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004 (1(I)/2005) .

Στον νόμο αυτό αναγράφονται τα εξής :

(
<https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/0C87EC2F2C7E9132C2257D00002BDC3E?OpenDocument>)

- (α) Δικαίωμα σε φροντίδα υγείας και θεραπεία
- (β) Δικαίωμα σε αξιοπρεπή μεταχείριση
- (γ) Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
- (δ) Ισοτιμη φροντίδα υγείας χωρίς δυσμενείς διακρίσεις
- (ε) Φροντίδα υγείας σε περιπτώσεις επείγοντος ιατρικού περιστατικού ή κατάστασης σοβαρού κινδύνου εντός εύλογου χρόνου και κατά τον μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του παροχέα υπηρεσιών υγείας
- (στ) Δικαίωμα σε πληροφόρηση

(ζ) Η φροντίδα υγείας παρέχεται με τη συγκατάθεση του ασθενή και όπου είναι αδύνατο να ληφθεί, η φροντίδα υγείας που επιβάλλεται ως επείγουσα μπορεί να παρασχεθεί μόνο αν κριθεί ότι είναι προς όφελος τους ασθενή, συνάδει με το καλώς νοούμενο συμφέρον του και λαμβάνει υπόψη τις προηγουμένως τυχόν εκφρασθείσες επιθυμίες του

(η) Εμπιστευτικότητα

(θ) Προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενή

(ι) Δικαίωμα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σε σχέση με πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή και περιλαμβάνονται σε ιατρικά αρχεία, που ο παροχέας υπηρεσιών υγείας οφείλει να τηρεί.

Ευρωπαϊκά έγγραφα για την προάσπιση της υγείας των μεταναστών

- Policy Plan on Legal Migration (CEC 2005) (Σχέδιο πολιτικής για την νόμιμη μετανάστευση) (CEC 2005) .
- Το πρόγραμμα δράσης της κοινότητας προκειμένου να καταπολεμήσει τον κοινωνικό αποκλεισμό 2002 – 2006 , που έχει γίνει πλέον μέρος του PROGRESS – δηλαδή του προγράμματος της Κοινότητας για την Εργασία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη 2007 – 2013 (European Parliament and the Council of the European Union 2006) .
- Αναθεωρημένα κοινά αντικείμενα για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική διαδικασία ενσωμάτωσής (European Council 2006) .
- Δημιουργία μίας Υψηλού Επιπέδου Συμβουλευτικής Ομάδας για την κοινωνική ενσωμάτωση των εθνικών μειονοτήτων και της συνολικής συμπερίληψής τους στην αγορά εργασίας tion of ethnic minorities and their full labour market inclusion (European Council 2006) .

Επιπρόσθετα , συστάθηκαν δύο οργανισμοί οι οποίοι ενασχολούνται με ζητήματα του μεταναστευτικού σε παγκόσμιο επίπεδο , προκειμένου να αναπτύξουν την εργασία αναφορικά με την υγεία των μεταναστών . Η μία από αυτές είναι η IMISCOE (International Migration, Integration and Social Cohesion) , καθώς και η IOM (the International organization for Migration) . Η IMISCOE/IOM European Survey on Migration and Health , συστάθηκε το 2003 . Άλλες κοινές Ευρωπαϊκές δραστηριότητες , συμπεριλαμβάνουν σχέδια προκειμένου να αναπτύξουν ένα δίκτυο σχετικά με το “ Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe” , δηλαδή την “Υγεία και κοινωνική φροντίδα για τους μετανάστες και τις εθνικές μειονότητες”. Τέλος , το Πανεπιστήμιο της Ουτρέχτης , πραγματοποίησε ένα σχέδιο , που διήρκεσε από τον Ιούνιο του 2007 – Ιούνιο του 2011 , με τίτλο “Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe (HOME)” , το οποίο στόχευε στην παροχή ίσης πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες και φροντίδα υγείας για τα κοινωνικά ασθενέστερα στρώματα (Mladovsky 2007) .

4.2 Εμπόδια των μεταναστών κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας

Για πολλούς μετανάστες αυτό δεν έχει κάποια πρακτική σημασία , ιδιαίτερα αν ανήκουν στην κατηγορία των παράνομων μεταναστών ή των αιτούντων άσυλο . Τα εμπόδια που συναντάνε οι μετανάστες στην αναζήτηση τους για υπηρεσίες υγείας είναι διάφορου χαρακτήρα . Αρχικά , μετανάστες που αντιμετωπίζουν οικονομική ένδεια , μπορεί να κληθούν να πληρώσουν ένα μέρος ή και ολόκληρο το ποσοστό της τιμής με την οποία κοστολογείται η ιατρική υπηρεσία την οποία έχουν χρησιμοποιήσει , πράξη αδύνατη για

τους περισσότερους από αυτούς . Επιπρόσθετα εμπόδια έγκεινται στην απουσία γνώσης της γλώσσας των γηγενών , στην ελλιπή πληροφόρησή τους αναφορικά με το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας εγκατάστασης ή /και φιλοξενίας τους , σε γραφεικρατικά και διαδικαστικά τροχοπέδη ενώ δεν λείπουν οι περιπτώσεις που μετατρέπονται σε θύματα άμεσου ή έμμεσου ρατσισμού . Αναφορικά με τον γλωσσικό περιορισμό όταν το κράτος δεν παρέχει υπηρεσίες διερμηνείας , οι ΜΚΟ μπορεί να καλύψουν το κενό . Εναλλακτικά, οι μετανάστες μπορεί να πρέπει να βασίζονται σε μέλη της οικογένειάς τους ή σε φίλους που είναι δίγλωσσοι, εγείροντας με αυτόν τον τρόπο ζητήματα απορρήτου (Mladovsky 2007) .

Την ίδια στιγμή , συναντάμε έντονες διαφοροποιήσεις αναφορικά με την αντιμετώπιση των αιτούντων άσυλο από όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης . Πιο αναλυτικά το 2004 , μόνο 4 από τα 25 κράτη – μέλη της ΕΕ παρείχαν ιατρική περίθαλψη σε αιτούντες άσυλο , ενώ το 2010 μόνο πέντε από τα 27 τότε κράτη – μέλη της ΕΕ παρείχαν σε παράνομους μετανάστες ίσα δικαιώματα πρόσβασης στην δημόσια υγεία με τον γηγενή πληθυσμό . Οι χώρες αυτές ήταν η Ιταλία , η Γαλλία , η Ολλανδία , η Ισπανία και η Πορτογαλία . Όσον αφορά ακόμα τους παράτυπους μετανάστες , δυσκολεύεται η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας λόγω του φόβου ανίχνευσής τους από τις αρχές .Η παρεμπόδιση της πρόσβασης των μεταναστών σε υγειονομικές υπηρεσίες κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας , έχει ως συνέπεια των επειγόντων τμημάτων παροχής υπηρεσιών , αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τα κόστη των υπηρεσιών υγείας (Mladovsky 2007, Mladovsky *et al* 2012) .

Στο παρελθόν , ένας από τους βασικότερους παράγοντες που επηρέαζαν τις μεταναστευτικές πολιτικές υγείας ήταν η χρηματοδότηση . Διακρίνουμε λοιπόν , πως όταν σε μία χώρα κράτος -μέλος της ΕΕ το εθνικό σύστημα υγείας της είναι βασισμένο στην φορολογία με κύριο μέλημα την οικουμενική κάλυψη του πληθυσμού (Beveridge) , ανταποκρίνεται καλύτερα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας στους μετανάστες σε σύγκριση με τις χώρες οι οποίες βασίζονται στις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών της . Παρόλα αυτά , η πλειοψηφία των κρατών μελών της ΕΕ έχουν προβεί στην δημιουργία κρατικών μηχανισμών ασφάλισης αναφορικά με τους μετανάστες .

Τα εμπόδια στην πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας , μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοθεραπεία (self medication) , ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα όπου τα περισσότερα φάρμακα χορηγούνται χωρίς την ανάγκη υποχρεωτικής συνταγογράφησης . Το αποτέλεσμα της πράξης αυτής , οδηγεί σε χειρότερες συνέπειες για την υγεία τους (Mladovsky 2007) .

4.3 Κατηγορίες μεταναστευτικών πολιτικών υγείας

Οι μεταναστευτικές πολιτικές υγείας διακρίνονται σε “παθητικές” και “ενεργητικές” , ανάλογα με το εάν αναμένεται από τους ίδιους τους μετανάστες να προσαρμοστούν στο σύστημα υγείας της χώρας φιλοξενίας ή / και εγκατάστασής τους ή εάν προβαίνουν οι ίδιες οι κυβερνήσεις σε κινήσεις που αποσκοπούν στην ομαλή πρόσβαση των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη , αντίστοιχα . Επιπρόσθετα , μπορούν να διαχωριστούν σε “κοινοτική” και σε “ρεπουμπλικανική”. Η “κοινοτική”

μεταναστευτική πολιτική υγείας είναι βασισμένη στην φιλοσοφική προσέγγιση της “κοινοτικοκρατίας” ή αλλιώς του “κοινοτισμού” (μτφρ. Communitarianism) σύμφωνα με την οποία δίνεται έμφαση στην σύνδεση του πολίτη με την υπολοιπη κοινότητα (Cattacin 2007) . Οι βασικές αρχές του κοινοτισμού έγκεινται στην πλήρη διαμόρφωση της ταυτότητας και της προσωπικότητας του ατόμου μέσα στην κοινότητα (<https://en.wikipedia.org/wiki/Communitarianism>).

Παραδείγματα χωρών που βασίστηκαν σε αυτή την προσέγγιση πολιτικής υγείας είναι αυτή του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ολλανδίας . Από την άλλη πλευρά , χώρες όπως η Αυστρία , η Γαλλία και η Γερμανία ακολουθούν την ρεπουμπλικανική πολιτική υγείας (Cattacin *et al* 2007) .

4.4 Πολιτικές υγείας για τους μετανάστες σε 11 κράτη – μέλη της ΕΕ

Θα αναλύσουμε τις πολιτικές υγείας τις οποίες ακολουθούν έντεκα κράτη – μέλη της ΕΕ τα οποία είναι κατά αλφαβητική σειρά τα εξής : 1) Αυστρία 2) Γαλλία 3) Γερμανία 4) Ελβετία 5) Η. Βασίλειο 6) Ιρλανδία 7) Ισπανία 8) Ιταλία 9) Ολλανδία 10) Πορτογαλία 11) Σουδία . Κριτήριο για την επιλογή των χωρών αυτών αποτέλεσε το γεγονός ότι αποτελούσαν μέχρι και το 2009 τις βασικότερες Ευρωπαϊκές χώρες που είχαν αναπτύξει εθνικές μεταναστευτικές πολιτικές υγείας (Mladovsky 2012) .

4.4.1 ΑΥΣΤΡΙΑ

Σύμφωνα με την *Statistics Austria* , υπολογίζεται ότι στη 1 Ιανουαρίου του 2017 ζούσαν στην Αυστρία 686.406 μετανάστες προερχόμενοι από τριτοκοσμικές χώρες , αποτελώντας το 7% του πληθυσμού της χώρας . Οι χώρες προέλευσης των περισσότερων εξ αυτών ήταν η πρώην Γιουγκοσλαβία , η Τουρκία , η Σερβία και η Βοσνία και Ερζεγοβίνη . Από αυτούς , μόνο οι 83.886 διέθεταν νόμιμη άδεια παραμονής , ενώ 170.922 ήταν προσωρινοί κάτοικοι οι οποίοι κατέφθασαν στην χώρα για λόγους οικογενειακής επανένωσης ή για ακαδημαϊκούς λόγους . Οι υπόλοιποι εξ αυτών αποτελούσαν εποχιακούς εργάτες , πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο (<https://ec.europa.eu/migrant-integration/governance/austria>) .

Οι μεταναστευτικές πολιτικές που ακολουθούνται στην Αυστρία είναι περιοριστικές , ιδίως για τους παράνομους μετανάστες . Για παράδειγμα , πριν το 2005 δινόταν η δυνατότητα στους παράνομους μετανάστες να αποκτήσουν legal status (νόμιμο νομικό προφίλ) , μετά τον γάμο τους με έναν Αυστριακό /ή , πράγμα το οποίο δεν υφίσταται πια (IOM) .

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας , το ασφαλιστικό σύστημα υγείας της Αυστρίας συγκαταλέγεται στα καλύτερα του κόσμου κατέχοντας την ένατη θέση και με το 99% των κατοίκων της να διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη . Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται , οργανώνονται ανά περιοχές σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές , τα λεγόμενα *Gebietskrankenkassen* γνωστά και ως *GKK*. Η κοινωνική ασφάλιση που παρέχεται στην Αυστρία βασίζεται στην σύνταξη , την υγεία και την ασφάλεια ατυχημάτων . Η χώρα , διαθέτει 8 οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης , οι οποίοι

αποτελούν θεσπισμένα σώματα υπό την καθοδήγηση της δημόσιας νομοθεσίας . Η ασφάλεια υγείας στην Αυστρία είναι υποχρεωτική για τον πληθυσμό εκείνο ο οποίος ανήκει σε ορισμένες πληθυσμακές ομάδες , δηλαδή οι μισθωτοί εργαζόμενοι , οι συνταξιούχοι , οι άνθρωποι που δικαιούνται επίδομα ανεργίας , τα εξαρτημένα μέλη αυτών των ομάδων καθώς και οι αυτο - απασχολούμενοι . Δεδομένου ότι η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για οποιονδήποτε θεωρείται μόνιμος κάτοικος (δηλαδή με την προϋπόθεση ότι παραμένει στην χώρα για περισσότερο από έξι μήνες) , πρέπει να ξεκινήσει να εργάζεται προκειμένου να πληρώνει ασφαλιστικές εισφορές για υγειονομική κάλυψη , στον εκάστοτε τοπικό ασφαλιστικό φορέα τον, δηλαδή Sozialversicherungsträger (<https://www.academics.com/guide/health-insurance-austria>) .

Το 2005 , δημοσιεύτηκε το “Intercultural Competence in the Health Sector” , στοχεύοντας την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας των μεταναστών , γυναικολογικών προβλημάτων , μαιευτικών αλλά και παιδιατρικών . Ενώ οι στόχοι του παρόντος στρατηγικού σχεδίου αναγράφονταν με ακρίβεια , δεν αποσαφηνίζοντουσαν λεπτομέρειες αναφορικά με την εφαρμογή του .

Επιπλέον , ανάμεσα στις πολιτικές υγείας που ακολούθησε η Αυστρία , ήταν η θέσπιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων γιατρών αλλά και νοσοκόμων με απώτερο σκοπό την βελτίωση των διαπολιτισμικών ικανοτήτων τους . Τέλος , παρέχονται υπηρεσίες διερμηνείας και διαμεσολάβησης στα νοσοκομεία προκειμένου να ξεπεραστούν τα γλωσσικά εμπόδια .

Οι πολιτικές υγείας της Αυστρίας αναφορικά με τους παράνομους μετανάστες είναι συγκεκριμένες . Πιο αναλυτικά , φαίνεται ότι στην Αυστρία φαίνεται να μην αναγνωρίζεται η ύπαρξη αυτής της ομάδας ατόμων σε ρυθμιστικό επίπεδο . Στην πραγματικότητα πλέον , πρόκειται για μία πολύ μικρή ομάδα ανθρώπων οι οποίοι δεν διαθέτουν καμία υγειονομική και ασφαλιστική κάλυψη , ενώ είναι πολύ πιθανό να μην μπορούν να ανταποκριθούν στα υψηλά κόστη των θεραπειών και των φαρμάκων .Οι

πιθανότητα ένας παράνομος μετανάστης να λάβει υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ περιορισμένη και εξαρτάται κυρίως από σποραδικές πρωτοβουλίες των ίδιων των γιατρών οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες σε χαμηλότερα κόστη καθώς και στην δράση ορισμένων οργανώσεων οι οποίες προσφέρουν πολύ περιορισμένες και εξειδικευμένες υπηρεσίες (πχ γυναικολογικές εξετάσεις , γέννες κτλ) . Οι παράνομοι μετανάστες διαθέτουν άμεσα πρόσβαση στα νοσοκομεία της Αυστρίας στην περίπτωση έκτακτης ανάγκης για βοήθεια . Όπως αναφέρεται , οι γιατροί , στην προσπάθειά τους να εξυπηρετήσουν περισσότερο κόσμο , έχουν αναγάγει τον όρο “περίπτωση ανάγκης” , σε μία γενικότερη μορφή , ενώ πολλές φορές παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες σε ενδιαφέρουσες σύμφωνα με τους ίδιους ιατρικά υποθέσεις (Karl -Trummer and Metzler , 2007) . Πιο συγκεκριμένα , το νοσοκομείο “Barmherzigen Brüder” , ή αλλιώς “Brothers of Mercy” , με έτος ίδρυσης το 1614 στην Βιέννη , προσφέρει δωρεάν υγειονομικές υπηρεσίες σε ανασφάλιστους , συμπεριλαμβανομένων και των παράνομων μεταναστών . Κατά μέσο όρο , καθέ χρόνο στο νοσοκομείο αυτό , λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας περίπου 20.000 – 30.000 ασθενείς . Από αυτούς 1.000 – 5.000 νοσηλεύονται κιάλας . Το νοσοκομείο , βασίζεται στην χρήση DRGs , δηλαδή Ομοειδών Διαγνωστικών ομάδων , ενώ η χρηματοδότηση την οποία λαμβάνει είναι μέσω επαρχιακών κονδυλίων για την υγεία καθώς και μέσω δωρεών (IOM) .

Ενα μεγάλο μέρος της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών σε παράνομους μετανάστες στην Αυστρία , το έχουν επωμιστεί οι ΜΚΟ . Πιο αναλυτικά , θα αναφερθούμε στον ρόλο και την δράση της “Asyl – Not” της “Amber -Med” και της “Marienambulanz”. Η δράση της “Asyl – Not” , στηρίζεται στην εθελοντική εργασία και την χρηματοδότηση μέσω δωρεών . Στόχος της είναι η παροχή νομικών και κοινωνικών συμβουλών , συμπεριλαμβανομένων και θεμάτων υγειονομικής ασφάλισης στους παράνομους μετανάστες . Αναφορικά με την δράση της “Amber -Med” και της “Marienambulanz”, προσφέρονται απευθείας υγειονομικές υπηρεσίες δωρεάν και ανώνυμα . Στην “Amber -Med” , οι υπηρεσίες υγείας οι οποίες παρέχονται μεταξύ των άλλων είναι γυναικολογικές εξετάσεις , παιδιατρική φροντίδα καθώς και υπηρεσίες γενικής ιατρικής (IOM) . Από το 2006 και μετά , η χρηματοδότηση της

πραγματοποιείται με την συνεισφορά του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας και του Fund for Social Affairs στην Βιέννη . Η “Marienambulanz”, αποτελεί μία ΜΚΟ , υπό την διοίκηση της Caritas Austria , η δράση της οποίας ξεκινά από το 1999 , ενώ στόχος της είναι η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε αναφάλιστους και σε άλλες κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες (IOM) .

4.4.2 ΓΑΛΛΙΑ

Στην Γαλλία , το 1999 καταγράφηκε ένα ποσοστό 5, 6% του πληθυσμού το οποίο δεν αποτελούνταν από γηγενείς . Η κυρίαρχη προέλευση των πολιτών αυτών ήταν η Πορτογαλία , το Μαρόκο , η Αλγερία και η Δυτική Αφρική . Το 70% των κανονικών κατοίκων της Γαλλίας καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση , η οποία τους παρέχεται μέσω των λεγόμενων “*mutuelles*”. Οι πολίτες αποκτούν πρόσβαση στα ασφαλιστήρια συμβόλαια , μέσω της εργασίας τους . Όσοι πολίτες δεν διαθέτουν την δυνατότητα πρόσβασης στην κοινωνική ασφάλιση διότι είναι άνεργοι , ασφαλιζονται μέσω ενός ασφαλιστικού συστήματος με συμπληρωματική οικονομική ενίσχυση , το οποίο και καλύπτει το 30% όλων των εξόδων βάσει ενός συνηθισμένου ασφαλιστικού συμβολαίου . Η συμπληρωματική αυτή ασφαλιστική κάλυψη , ονομάζεται CMU , δηλαδή “*couverture medical universelle complémentaire*” . Οι αιτούντες άσυλο , αποκτούν πρόσβαση στο CMU , εφόσον η αίτησή τους γίνει αποδεκτή . Το 2000 , οι μη – καταγεγραμμένοι μετανάστες , διέθεταν 100% υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη μέσω του AME , δηλαδή του “*assistance medicale d'etat*”. Παρόλα αυτά , το 2002 και το 2003 , μέσω τροποποιήσεων των νόμων , η υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη των παράνομων μεταναστών έπαψε να είναι καθολική και συμπεριελάμβανε μόνο όσους βρίσκονταν στην Γαλλία για περισσότερο από 3 μήνες .

Σύμφωνα με την νομοθεσία της Γαλλίας , όλοι οι άνθρωποι , μετανάστες ή μη , παράνομοι ή νόμιμοι έχουν δικαίωμα για πρόσβαση στην υγεία και την περίθαλψη . Μάλιστα , μία φανερή διαφορά με την Γερμανική νομοθεσία , εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι γιατροί και οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας δεν είναι νομικά υποχρεωμένοι να

ανφέρουν οποιονδήποτε μη καταγεγραμμένο μετανάστη αναζητήσει ιατρική φροντίδα , όπως συμβαίνει στην Γερμανία . Αναφορικά με τους μη καταγεγραμμένους μετανάστες , οι τελευταίοι μπορούν να πάρουν μία προσωρινή άδεια παραμονής σε περίπτωση που εμφανίσουν κάποια οξεία ασθένεια η οποία δεν τους επιτρέπει να μετακινηθούν και η οποία δεν μπορεί να θεραπευτεί με τα υπάρχοντα διαθέσιμα μέσα στην χώρα προέλευσής τους

. Η μεταναστευτική πολιτική υγείας που έχει ακολουθήσει η Γαλλία επικεντρώνεται στην πλήρη ενσωμάτωση των μεταναστών στα υγειονομικά της σχέδια , είτε μέσω της αποκέντρωσης των ασφαλιστικών εισφορών είτε μέσω της παροχής των ελάχιστων δυνατών υγειονομικών υπηρεσιών (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012) .

- Το 1993 , το Υπουργείο Υγείας ανακοινώνει την δημιουργία ενός σχεδίου δράσης το οποίο και εφαρμόστηκε μόνο εν μέρει .
- Το 1998 , εγείρεται το ερώτημα και η πιθανότητα της προσωρινής και υπό όρους υποδοχής και παραμονής ανθρώπων που πλήττονται από κάποια ξαφνική ασθένεια και για αυτόν τον λόγο δεν μπορούν προσωρινά να μεταφερθούν στην πατρίδα τους (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012) .

Το 1980 , στην Γαλλία όπως και στην Ελβετία , εντοπίζεται ένα γεγονός το οποίο επηρέασε καθοριστικά την μετέπειτα εξέλιξη του Γαλλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας , η HIV/AIDS πανδημία . Τα πρώτα μέτρα αναφορικά με την υγεία των μεταναστών πάρθηκαν με αφορμή την πανδημία μετάδοσης του ιού HIV μεταξύ των μεταναστών και βασίστηκαν σε επιδημιολογικά δεδομένα τα οποία δημοσιεύθηκαν την περίοδο εκείνη και είχαν ως στόχο να υποδείξουν το χάσμα στην υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν οι μετανάστες σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό .

Το Εθνικό Πρόγραμμα το οποίο εφάρμοσε η Γαλλία αναφορικά με την εκστρατεία καταπολέμησης του HIV / AIDS , είχε τους εξής ακόλουθους στόχους : 1) καλύτερη πρόσβαση σε τεστ και σε προγράμματα συμβουλευτικής 2) καλύτερες στρατηγικές

πρόληψης 3) βελτιωμένη πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας 4) καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού των νοσούντων από HIV / AIDS (Mladovsky 2007) . Την ίδια στιγμή , οργανώσεις προάσπισης των δικαιωμάτων των μεταναστών και των προσφύγων , για παράδειγμα το *Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)* , κινητοποιούνται , απαιτώντας καλύτερες συνθήκες περίθαλψης και ίσο δικαίωμα στην πρόσβαση μεταναστών και αυτοχθόνων στις υπηρεσίες υγείας (Cattacin *et al* 2007) .

Το ODSE , ή αλλιώς “ Παρατηρητήριο για το δικαίωμα στην υγεία των ξένων” αποτελεί ένα συλλογικό σύνολο οργανώσεων με κοινό στόχο να προωθήσουν το «δικαίωμα στην υγεία» των ξένων. Το ODSE , βασίζεται στην αρχή της ίσης μεταχείρισης μεταξύ γάλλων και αλλοδαπών, ανεξάρτητα από την κατάστασή τους όσον αφορά τη διαμονή. Στους βασικούς στόχους της οργάνωσης συμπεριλαμβάνονται ο εντοπισμός αρχικά και έπειτα η καταγγελία των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη και τα δικαιώματα , ιδίως: την πρόσβαση στην προστασία λόγω ασθενείας , την πρόσβαση στην κατοικία για ιατρικούς λόγους, την προστασία κατά της απομάκρυνσης , την πρόσβαση στην περίθαλψη και τα δικαιώματα αναφορικά με τον τοκετό ,την καταπολέμηση των διακρίσεων σε θέματα υγείας που βασίζονται στο πραγματικό ή υποτιθέμενο καθεστώς αλλοδαπού ή στη κατάσταση διαμονής . Ταυτόχρονα στην δράση τους συμπεριλαμβάνονται ενεργές προτάσεις προς τις δημόσιες αρχές , οι οποίες και υποβάλλονται προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση των αλλοδαπών στην υγειονομική περίθαλψη .

Μεταξύ των αιτημάτων του ODSE , υπάγονται τα εξής : Βασικό αίτημα αποτελεί ο σεβασμός , η ίση μεταχείριση και η μη διάκριση για όλους τους χρήστες του συστήματος υγείας . Σύμφωνα με την ODSE , Το δικαίωμα στην υγεία των αλλοδαπών και η αποτελεσματική εφαρμογή πολιτικών υγείας για τους μετανάστες , εμπίπτουν κατά κύριο λόγο στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και όχι του Υπουργείου μεταναστευτικής πολιτικής . Βασικό αίτημα αποτελεί επιπρόσθετα η αποτελεσματική πρόσβαση στην περίθαλψη για όλα τα άτομα , ενώ αντιτίθεται σε όλες τις άμεσες ή

έμμεσες μορφές άρνησης, καθυστέρησης ή περιορισμού της περίθαλψης απαιτώντας ίση πρόσβαση σε επαρκή προστασία της υγείας .Υποστηρίζει το δικαίωμα διαμονής για τους αλλοδαπούς που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες , συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να μην απομακρύνονται από την χώρα μέχρι την ανάρρωσή τους (<https://www.odse.eu.org/spip.php?rubrique3&lang=fr>) :

Επιπλέον απαιτούν (<https://www.odse.eu.org/spip.php?rubrique3&lang=fr>) :

- Προστασία της υγείας για όλους .
- Σεβασμό του δικαιώματος στην κοινωνική προστασία και αποτελεσματική πρόσβαση στη φροντίδα για όλους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που κρατώνται καθώς και των εξαρτημένων ατόμων .
- Μια πραγματικά καθολική ασφάλιση υγείας για άτομα που διαμένουν συνήθως στη Γαλλία, που συνεπάγεται την εξαφάνιση της κρατικής ιατρικής βοήθειας και την ένταξη των δικαιούχων της στην ασφάλιση υγείας με το Complémentaire-CMU.
- Το όφελος της ασφάλισης υγείας για άτομα που έχουν δικαιώματα ασφαλισμένου, χωρίς όρο διαμονής .
- Πρόσβαση χωρίς διακρίσεις σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (πρόληψη, άμβλωση, μεταμοσχεύσεις, κ.λπ.) .

Η ODSE , συνεργάζεται με δύο ακόμα οργανώσεις που εργάζονται και οι ίδιες για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων , όπως είναι και οι μετανάστες . Οι δύο αυτές οργανώσεις είναι η Uniorpps και η France Assos Santé . Η Uniorpps , ή αλλιώς Εθνική Δια-ομοσπονδιακή Ένωση Εργασιών και Ιδιωτικής Μη Κερδοσκοπικής Υγείας και Κοινωνικών Οργανώσεων , είναι μία οργάνωση , η συγκρότηση της οποίας βασίζεται στον Νόμο του 1901 περί δημόσιας χρησιμότητας . Ιδρύθηκε το 1947, με βασική αποστολή να ενώσει , να υπερασπιστεί και να προωθήσει ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς αλληλεγγύης .Συγκεντρώνει περιφερειακά συνδικάτα καθώς και εκατό εθνικές ομοσπονδίες τα οποία και εκπροσωπούν 25.000 ιδρύματα , 750.000 υπαλλήλους και τέλος την συμμετοχή ενός εκατομμυρίου

εθελοντών . Όσον αφορά την France Assos Santé , δημιουργήθηκε τον Μάρτιο του 2017 , ύστερα από την πρωτοβουλία 72 εθνικών οργανισμών , βασιζόμενη στο νόμο της 16ης Ιανουαρίου του 2016 , σύμφωνα με τον οποίο μπορούσε να συμπεριληφθεί στον κώδικα για την δημόσια υγεία (<https://www.france-assos-sante.org/presentation/qui-sommes-nous/> , <https://www.uniopss.asso.fr/presentation-du-reseau>) .

Μέχρι και το 2004 , η στρατηγική της Γαλλίας αναφορικά με την υιοθέτηση πολιτικών υγείας για HIV πανδημία αφορούσε προληπτικά μέτρα τα οποία στόχευαν στην προστασία του γενικού πληθυσμού . Υπολογίζεται ότι την περίοδο του 2003 , το Γαλλικό κράτος επένδυε το 3,1% του ετήσιου budget για την προστασία των πολιτών , σε εξειδικευμένες ενέργειες για την προστασία των μεταναστών , ποσό το οποίο άγγιζε τα 3 εκατομμύρια ευρώ τον χρόνο .

Το ίδιο έτος , διενέμεται στους επαγγελματίες υγείας ειδικός ψυχιατρικός οδηγός σχετικά με την υγεία των μεταναστών. Επιπλέον , δημιουργείται ένας εξειδικευμένος οδηγός στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τους μετανάστες πριν ή κατά την άφιξη τους στην Γαλλία . Πιο αναλυτικά , στον οδηγό αυτό συμπεριλήφθησαν πληροφορίες αναφορικά με την δομή και την οργάνωση του Γαλλικού εθνικού συστήματος υγείας , πληροφορίες για ασθένειες που πλήττουν τους πολίτες μεταξύ των άλλων και των ευάλωτων μεταναστευτικών ομάδων , συμβουλές για την σωστή πρόληψη των ασθενειών αυτών καθώς και διαδικαστικές πληροφορίες και οδηγίες προκειμένου να εκδώσουν άδεια παραμονής . Ανάμεσα στις ελάχιστες κρατικές παρεμβάσεις για την υγεία των μεταναστών ήταν ο έλεγχος τους κατά την είσοδό τους στην χώρα με απώτερο σκοπο , την διασφάλιση της δημόσιας υγείας . Πλεονάζουσα βαρύτητα δίνεται επιπλέον στην καλή ψυχική υγεία των μεταναστών .(Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012) .

Από το 1995 , λειτουργεί μία εκπαιδευτική υπηρεσία διερμηνέων , οι οποίοι εκπαιδεύονται είτε τηλεφωνικώς είτε αυτοπροσώπως . Από το 2011 , ενεργοποιούνται 400 διερμηνείς , οι οποίοι λαμβάνουν πληρωμή αποκλειστικά για την παροχή

συμβουλών αναφορικά με το HIV/AIDS . Ταυτόχρονα , πραγματοποιούν διαφήμιση των υπηρεσιών διερμηνείας που παρέχουν με την βοήθεια ειδικών ενδονοσοκομειακών εκστρατειών για την ευαισθητοποίηση του κόσμου σχετικά με τον ιό του AIDS (Cattacin 2007).

Η πόλη *Calais* της Γαλλίας , αποτελούσε ήδη από τις αρχές του 1990 κέντρο συγκέντρωσης μεταναστών και προσφύγων , με αποτέλεσμα το 1999 να εγκαινιάζεται η δημιουργία ενός κέντρου προσφύγων το οποίο και διοικείται από τον Γαλλικό Ερυθρό Σταυρό . Λόγω όμως των ολοένα αυξανόμενων μεταναστευτικών ρευμάτων , το κέντρο πολύ σύντομα καθίσταται υπερπλήρες . Το 2002 , ο Γάλλος πρωθυπουργός Νικολά Σαρκοζί το διαλύει , με αποτέλεσμα τον διασκορπισμό των προσφύγων και των μεταναστών γύρω από την πόλη και το ποτάμι του *Calais* , δημιουργώντας μικρότερα στρατόπεδα τα οποία και διαλύονται από τις αρχές . Οι συνθήκες σε αυτά τα στρατόπεδα ήταν κακές , συνήθως χωρίς κατάλληλες εγκαταστάσεις υγιεινής ή πλήσης και καταλύματα αποτελούμενα από σκηνές και αυτοσχέδια καταφύγια. Το φαγητό παρέχόταν από φιλανθρωπικές κουζίνες. Μέσα στα επόμενα έτη , η δημιουργία αυτοσχέδιων καταφυγίων και στατοπέδων συνεχίστηκε , τα οποία και ανά καιρούς καταστρέφονταν από τις αρχές . Η βοήθεια που λαμβάνουν εκείνη την περίοδο οι μετανάστες και οι πρόσφυγες των δομών αυτών προέρχεται από τοπικούς εθελοντές .

Τον Σεπτέμβριο του 2014 , ο Γάλλος Υπουργός Εσωτερικών σε συνεργασία με την δήμαρχο της πόλης του *Calais* , προέβησαν στο άνοιγμα ενός ημερήσιου κέντρου στο *Calais* για μετανάστες και ενός νυχτερινού καταφυγίου ειδικά για γυναίκες και παιδιά. Τον Ιανουάριο του 2015 , δημιουργείται το πρώτο κατά σειρά , μόνιμο καταφύγιο προσφύγων το *Jules Ferry Centre* , το οποίο διοικούνται από την *La vie active* , μία οργάνωση υπεύθυνη για την διατήρηση της κοινωνικής και αλληλέγγυης οικονομίας (https://en.wikipedia.org/wiki/Calais_Jungle#cite_note-WG-13 <https://helprefugees.org/volunteer/calais/>, <https://vieactive.fr/presentation-association/>).

Στις 23 Οκτωβρίου του 2015 , ανακοινώνεται από την Υπουργό Κοινωνικών Υποθέσεων, Υγείας και Δικαιωμάτων των Γυναικών, και από τον Υπουργό Εσωτερικών η υιοθέτηση μέτρων, για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών στο Calais . Στην επίσημη διαδικτυακή πύλη του Υπουργείου Υγείας της Γαλλίας ανακοινώνονται με σαφήνεια τα εξής μέτρα :

- η τοποθέτηση ενός διαμεσολαβητή και ενός υπεύθυνου υλικοτεχνικού υλικού .
- η άμεση αποστολή εμβολίων και προφυλακτικών .
- Η διευθέτηση του θέματος της στέγασης των μεταναστών οι οποίοι στεγάζονταν σε αυτοσχέδιες σκηνές , υπό άθλιες συνθήκες .
- Η δημιουργία ενός πραγματικού τοπικού κέντρου υγειονομικής περίθαλψης στο Jules Ferry Center, αυξάνοντας τις δυνατότητες υποδοχής και υγειονομικής περίθαλψης Στόχος ήταν , το Κέντρο να προσφέρει κρεβάτια ανάπαυσης, παραϊατρική υποστήριξη όλες τις ημέρες της εβδομάδας κτλ) .
- -να πραγματοποιήσει δράσεις πρόληψης στο Jules Ferry Center (εμβολιασμός, αντισύλληψη κ.λπ.) ([.https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/ameliorer-la-prise-en-charge-sanitaire-des-migrants-a-calais-marisol-touraine](https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/ameliorer-la-prise-en-charge-sanitaire-des-migrants-a-calais-marisol-touraine)) .

Εικόνα 4.4.2.1 “Κέντρο μεταναστών στο Calais”



Πηγή : press.co.uk/comment/expresscomment/705496/Calais-France-problem-must-deal-with-it-migrant-crisis

Τέλος , ένας γιατρός, ένας ψυχολόγος και ένας φυσιοθεραπευτής , έφτασε επί τόπου, για την ενίσχυση των ομάδων του Κέντρου Jules-Ferry, με προορισμό να γίνει τις επόμενες ημέρες πραγματικό κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης .

4.4.3 ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Η Γερμανία , ως χώρα υποδοχής μεταναστών , ανιχνεύτηκε να διαθέτει την χρονική περίοδο του 2001 ένα ποσοστό 8,9 % μη γηγενών πολιτών . Η προέλευση των περισσότερων από αυτούς ήταν οι χώρες της Τουρκίας , η πρώην Γιουγκοσλαβία , η Πολωνία , η Ρωσία καθώς και αρκετές ακόμα ευρωπαϊκές χώρες . Από το 2000 , τα παιδιά που γεννιούνταν στην Γερμανία , από Γερμανούς πολίτες οι οποίοι διέμεναν το λιγότερο 5 έτη στην Γερμανία , αποκτούσαν αυτόματα κατά την γέννηση τους την

γερμανική υπηκοότητα . Για πολλά χρόνια η Γερμανία αρνούσαν ότι αποτελεί μία καταξοχήν χώρα υποδοχής μεταναστών και για αυτό τον λόγο μέχρι και το 1995 δεν είχε αναπτύξει κάποια εθνική πολιτική υγείας αναφορικά με τους μετανάστες .

Από το 1995 και έπειτα η πολιτική της Γερμανίας σχετικά με την υγεία των μεταναστών επικεντρώθηκε κυρίως στην πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών (Mladovsky 2007) .

Για τους αιτούντες άσυλο , ο νόμος προβλέπει την εξίσωση των δικαιωμάτων πρόσβασής τους σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γερμανίας , μετά από 36 μήνες παραμονής τους στην χώρα . Κατά την διάρκεια των 36 αυτών μηνών η μόνη παροχή ιατρικής φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να προσφερθεί σε αιτούντες άσυλο είναι στην περίπτωση οξέος πόνου ή ασθενείας . Οι μη καταγεγραμμένοι μετανάστες έχουν θεωρητικά το δικαίωμα να αγοράσουν μία ιδιωτική ασφάλιση . Το γεγονός όμως ότι η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης προϋποθέτει την επίδειξη διαβατηρίου και λόγω του τεράστιου κόστους , στο οποίο λόγω της κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν , δυσχαιρένει την διαδικασία ή την καθιστά αδύνατη (Cattacin *et al* 2007) .

Επιπρόσθετα , σύμφωνα με την νομοθεσία της Γερμανίας , οι ιατροί , νοσηλευτές κτλ και το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό , είναι υποχρεωμένοι να αναφέρουν στις Αρχές κάποιον μη καταγεγραμμένο μετανάστη στην περίπτωση που αυτός υποπέσει στην αντίληψή τους (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012) .

Η εθνική μεταναστευτική πολιτική αναφορικά με την υγεία των μεταναστών που ακολούθησε το κράτος της Γερμανίας , περιορίζεται στην ασφαλιστική τους κάλυψη , ενώ δεν διαφαίνεται η υιοθέτηση κάποιας εθνικής πολιτικής υγείας και πρωτοβουλίας αλλά πρωτοβουλίες σε τοπικό επίπεδο . Πιο συγκεκριμένα , το κράτος της Γερμανίας ακολουθεί μία αποκεντρωμένη πολιτική υγείας αναφορικά με το μεταναστευτικό , προάγοντας την τοπική αυτοδιοίκηση και τις τοπικές πρωτοβουλίες και όχι την υιοθέτηση μίας ενιαίας εθνικής πολιτικής . Οι τοπικές αυτές πρωτοβουλίες ξεκίνησαν να

λαμβάνουν χώρα το 1980 (Cattacin 2007) .

Πιο αναλυτικά , την δεκαετία του 1980 , αναλαμβάνει την δράση του ο Σύνδεσμος Έθνο – Ιατρικών έργων (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V) ή αλλιώς EMZ , με έδρα την περιοχή του Hanover της Γερμανίας (Cattacin 2007) . Ο Σύνδεσμος Έθνο-Ιατρικών Κέντρων (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.) είναι ιατρικό κέντρο που συνδέει ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς και παραδόσεις . Ως κέντρο αριστείας για την υγεία και την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση , η EMC καθιστά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης πιο προσιτά στους μετανάστες και τους πρόσφυγες . Ο πυρήνας της EMC είναι το πρόγραμμα MiMi για την εκπαίδευση και την εκστρατεία για την υγεία , το οποίο διεξάγεται σε +15 γλώσσες και υιοθετείται σε περισσότερες από 60 πόλεις της Ευρώπης . Το πρόγραμμα MiMi αποτελεί βασική τεχνολογία για τη διαπολιτισμική κοινωνική ένταξη . Προωθεί την υγειονομική παιδεία και την ανάπτυξη ικανοτήτων μέσω της εκπαίδευσης για την υγεία, την κατάρτιση στελεχών για διαμεσολαβητές και επαγγελματίες, την εκστρατεία, των φυλλαδίων, την δικτύωση και την έρευνα . Η EMC βοηθάει τους μετανάστες και τους πρόσφυγες στην πλοήγηση στα συστήματα υγείας , προάγει τον υγιεινό τρόπο ζωής και συνδέει τους μετανάστες με τα νόμιμα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης . Οι τομείς δράσης της EMZ είναι η προληπτική ιατρική, η υγεία για τις μητέρες και τα παιδιά , η ψυχική υγεία , ο εμβολιασμός , ο διαβήτης , ο εθισμός , η υγεία των εργαζομένων, η ιατρική αποκατάσταση, το AIDS και η κινητικότητα, οι υπηρεσίες κοινής διερμηνείας ([https://www.linkedin.com/company/ethno-medical-center---ethno-medizinisches-zentrum-e.v./](https://www.linkedin.com/company/ethno-medical-center---ethno-medizinisches-zentrum-e.v/)) .

Την ίδια δεκαετία στο πλαίσιο των τοπικών πρωτοβουλιών , πραγματοποιείται στο Βερολίνο ένα project το οποίο θέτει στο επίκεντρο την υγεία των γυναικών που είναι μετανάστριες , και ταυτόχρονα λαμβάνει χρηματοδότηση από την τοπική πολιτεία .

Επιπρόσθετα , στην πρωτεύουσα της Γερμανίας , λαμβάνει χώρα άλλη μία τοπική πρωτοβουλία , με την παροχή διερμηνέων και μεταφραστών , πρόγραμμα το οποίο και

χρηματοδοτείται από την πολιτεία του Βερολίνου για τα επόμενα έξι χρόνια . Παρατηρούμε επιπλέον , πρωτοβουλίες οι οποίες λαμβάνουν χώρα από τους ίδιους τους μετανάστες , όπως η δημιουργία της Deutsch-Türkische Stiftung (DTS) ; δηλαδή Γερμανικό – Τουρκικό Ίδρυμα (Cattacin *et al* 2007) . Το Γερμανικό-Τουρκικό Ίδρυμα (DTS) είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την προώθηση της νομικής και κοινωνικής ένταξης , ειδικά για τους Τούρκους μετανάστες στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία. . Το Ίδρυμα αναφέρει επίσης τις εξελίξεις στην Τουρκία εάν είναι σημαντικές για τους μετανάστες στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία και αν είναι κατάλληλες ;έτσι ώστε να διατηρήσουν μία αντικειμενική εικόνα για τη χώρα προέλευσης τους , απαλλαγμένα από παραμορφωμένες εικόνες και κλισέ . Ο διαδικτυακός τόπος του ιδρύματος αποτελεί επίσης μια δικτυακή εφημερίδα με τον πολλά υποσχόμενο τίτλο "Integration". (<https://www.digitalechancen.de/content/einrichtungen/index.cfm/key.74/secid.8/lang.2>) . Ένα από τα ιδρυτικά μέλη της ομάδας , ο Theo Sommer , αναφέρει ότι ομάδα δεν αποτελεί έναν πολιτικό οργανισμό , αλλά έναν οργανισμό με υψηλά πολιτικά ιδεώδη και στόχους . Επιπλέον αναφέρει πως στόχος του οργανισμού αναφορικά με την Τουρκία , "είναι να γίνει μέλος της οικογένειας των ευρωπαϊκών εθνών" . Ειδικότερα, οι ιδρυτές θέλουν επίσης να προωθήσουν την ένταξη των Τούρκων που ζουν στη Γερμανία. «Δημιουργούμε μια πλατφόρμα για τις μορφωμένες τάξεις» , υπογράμμισε ο ιδρυτής και ο Γερμανός-Τούρκος επιχειρηματίας Vural Öger - αν και όχι χωρίς να προσθέσει ότι και οι λιγότερο μορφωμένοι κύκλοι θα επωφεληθούν από ([://taz.de/1341302/](http://taz.de/1341302/)) .

Μέχρι και το 1995 , η Γερμανία σε εθνικό επίπεδο δεν είχε ακολουθήσει καμία μεταναστευτική πολιτική υγείας . Το 1995 , δημιουργείται μία μικρή ανεπίσημη ομάδα η οποία αποτελείται από ειδικούς και εδράζεται στο γραφείο του Ομοσπονδιακού κυβερνητικού επίτροπου για θέματα μετανάστευσης και προσφύγων . Η ομάδα , εκτός του συντονιστή του γκρούπ , εργάζεται εθελοντικά πραγματοποιώντας έρευνα , δημοσιεύσεις , συνέδρια κτλ αναφορικά με την διελεύκανση των αναγκών των προσφύγων . Παρόλα αυτά μέχρι και το 1995 , το θέμα των μεταναστευτικών πολιτικών

υγείας δεν φαίνεται να υπάγεται στην πολιτική ατζέντα της Γερμανίας (Cattacin *et al* 2007) .

Το 2006 , ο Επίτροπος Μετανάστευσης , Πρόσφύγων και Ενσωμάτωσης (Commissioner for Migration , Refugees and Integration) , εξέδωσε ένα εγχειρίδιο με τίτλο “Health and Integration”. Το 2007 , για πρώτη φορά , η Γερμανία ανακοινώνει ένα σχέδιο μεταναστευτικής πολιτικής αναφορικά με την υγεία , σε εθνικό και όχι σε τοπικό επίπεδο . Το εθνικό αυτό σχέδιο της Γερμανίας , περιελάμβανε την σύνδεση της εκμάθησης της γερμανικής γλώσσας στα νηπιαγωγεία και τα δημοτικά της χώρας σε άμεση συσχέτιση με την υγειονομική εκπαίδευση και επαγρύπνιση των παιδιών . Το σχέδιο αυτό υλοποιήθηκε από Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγειονομικής Περίθαλψης . Ταυτόχρονα , υλοποιήθηκαν και άλλες υπηρεσίες σε ολόκληρη την γερμανική επικράτεια , με κυρίαρχη την παροχή μετεφρασμένων τηλεφωνικών υπηρεσιών σε μετανάστες που δεν μιλούν γερμανικά και αναζητούν τηλεφωνικώς μία ιατρική συμβουλή . Το Εθνικό Ομοσπονδιακό Σχέδιο που ανακοινώθηκε το 2007 δεν επικεντρωνόταν στην υγεία αλλά στην δημιουργία ενός εθνικού σχεδίου με την συνεργασία των τοπικών περιφερειών με στόχο ένα “διαπολιτισμικό άνοιγμα” στον τομέα της υγείας . Μάλιστα , στο Εθνικό Ομοσπονδιακό Σχέδιο υπογραμμίζονται κυρίως θέματα που επηρεάζουν άμεσα την υγεία των γυναικών και των κοριτσιών . Την εφαρμογή των στόχων του Εθνικού Ομοσπονδιακού Σχεδίου επωμίζονται οι τοπικές κυβερνήσεις . Πραγματοποιήθηκαν στο σύνολό τους 70 τοπικές πρωτοβουλίες , οι οποίες όμως παρέμειναν δίχως αξιολόγηση και τα αποτελέσματα της εφαρμογής τους , είτε αρνητικά είτε θετικά , δεν διέρευσαν στην υπόλοιπη χώρα προκειμένου να χρησιμοποιηθούν ως μέτρα σύγκρισης για την δημιουργία μίας ενιαίας εθνικής πολιτικής (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky *et al* 2012 , Mladovsky 2007) .

Στις 3 Μαρτίου 2015, η κοινοβουλευτικός υφυπουργός Annette Widmann-Mauz υπέγραψε τον Χάρτη της Ποικιλότητας (Diversity Charter) εξ ονόματος του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/english-version/press/thefederal>

ministry-of-health-signs-the-diversity.html#c3987) .

Ο Χάρτης της Διαφορετικότητας ή Ποικιλότητας , ξεκίνησε ως πρωτοβουλία τον Δεκέμβριο του 2006 . Ο χάρτης εφαρμόστηκε με την συνεργασία τεσσάρων γερμανικών πολυεθνικών επιχειρήσεων τον Δεκέμβριο του 2006 με την υποστήριξη της κας Μαρίας Μπομμερ, τότε Επιτρόπου της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης για τη μετανάστευση, τους πρόσφυγες και την ένταξη . Την προστασία του γερμανικού χάρτη έχει αναλάβει η καγκελάρια Άνγκελα Μέρκελ. Την παρούσα στιγμή στο German Charter , υπάρχουν πάνω από 2.900 υπογραφές . Η θεματολογία του Γερμανικού Χάρτη είναι εμπνευσμένη από τον Γαλλικό Χάρτη , και επικεντρώνεται σε εννέα κατηγορίες και τομείς που μπορεί ένας μετανάστης να υποστεί μία μεροληπτική ή ρατσιστική συμπεριφορά και αυτοί περιλαμβάνουν :

- φυλή
- εθνικότητα και εθνοτική καταγωγή
- θρησκεία
- φυσική ικανότητα
- ηλικία
- σεξουαλικό προσανατολισμό και ταυτότητα

(https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combatting-discrimination/tackling-discrimination/diversity-management/diversity-charters-eu-country/german-diversity-charter_en)

Στις 2 Νοεμβρίου 2017 , το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας εγκαινίασε τη νέα διαδικτυακή πύλη «Μετανάστευση και Υγεία» στο www.migration-gesundheit.bund.de. Ο Υπουργός Υγείας Hermann Gröhe ανέφερε χαρακτηριστικά για την δημιουργία της διαδικτυακής αυτής πύλης :“ Η νέα ηλεκτρονική υπηρεσία «Μετανάστευση και Υγεία» έχει σχεδιαστεί ειδικά για τους μετανάστες καθώς και για τους επαγγελματίες και τους εθελοντές που τους βοηθούν μετά την άφιξή τους στη Γερμανία . Θα βοηθήσει τους

μετανάστες στην πλοήγηση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας και θα απαντήσει σε ερωτήσεις που ενδέχεται να έχουν σχετικά με τη δική τους υγεία και αυτή των παιδιών τους . Η πύλη αυτή συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της πρόσβασης των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη”. Στην ιστοσελίδα “Μετανάστευση και Υγεία” , απαντώνται σημαντικές ερωτήσεις των μεταναστών για τις οποίες και αναζητούν απάντηση τόσο πριν όσο και κατά την άφιξή τους στην Γερμανία . Μερικές από τις βασικές ερωτήσεις οι οποίες απαντώνται στο site αφορούν το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα υγείας , και πιο συγκεκριμένα η δομή του , η χρηματοδότησή του και οι προοπτικές υγειονομικής περίθαλψης τις οποίες προσφέρει . Επιπροσθέτως , αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και οι παροχές του υγειονομικού ασφαλιστικού συστήματος σε περίπτωση ασθένειας , συμβουλές και επεξηγήσεις αναφορικά με την μακροχρόνια διαμονή τους στην Γερμανία και τις οφέλεις τις οποίες αποκομίζουν άνθρωποι οι οποίοι χρειάζονται βοήθεια και οι συγγενείς τους . Τέλος , παρουσιάζονται καμπάνιες πρόληψης σχετικά με την κατάχρηση αλκοόλ , ναρκωτικών ουσιών , κάνναβις και τσιγάρων οι οποίες στοχεύουν στην προληπτική διαφύλαξη της δημόσιας υγείας .

Η διαδικτυακή πύλη είναι μεταφρασμένη σε 40 γλώσσες . Ενδεικτικά , μερικές από αυτές είναι τα Αραβικά , τα Γαλλικά , τα Ελληνικά , τα Ιταλικά , τα Σέρβικα , τα Σομαλικά , τα Ιαπωνικά , τα Ισπανικά, τα Τσέχικα κτλ (<https://www.migration-gesundheit.bund.de/en/homepage/>) . Στην διαδικτυακή πύλη αναφέρονται οδηγίες αρχικά με την πρωταρχική εξέταση και ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν οι μετανάστες στα κέντρα υποδοχής κατά την πρώτη είσοδο τους στην Γερμανία , από την χώρα

προέλευσής τους . Η Erstuntersuchung , δηλαδή η αρχική εξέταση όπως αναφέρεται , χρησιμεύει στην έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία πολλών μολυσματικών και κυρίως μεταδοτικών ασθενειών (HIV , tuberculosis κτλ) . Οι νεοαφιχθέντες μετανάστες στα κέντρα υποδοχής , συμπληρώνουν ένα ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο τους μοιράζεται προκειμένου οι γιατροί στα κέντρα αυτά να αποκτήσουν μία πρώτη εικόνα σχετικά με το ιατρικό ιστορικό τους . Η εξέταση τους για μολυσματικές ασθένειες είναι υποχρεωτική βάσει νομοθεσίας . Παρόλα αυτά για τους αιτούντες άσυλο , τα αποτελέσματα των πρωταρχικών εξετάσεών τους δεν έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην αίτησή τους για παραχώρηση ασύλου . Επιπλέον , η διαδικτυακή πύλη διαθέτει ενημερωτικό χαρακτήρα με στόχο την ευαισθητοποίηση των μεταναστών αναφορικά με τον εμβολιασμό , την προληπτική υγειονομική περίθαλψη , την υγεία των παιδιών τους , καθώς και εξειδικευμένες γυναικολογικές συμβουλές που αφορούν την υγεία των γυναικών και των κοριτσιών μεταναστριών (<https://www.migration-gesundheit.bund.de/en/homepage/>) .

Όσον αφορά τους αιτούντες άσυλο και τους πρόσφυγες , στο ίδιο σάιτ , διατίθεται ένας πλήρης υγειονομικός οδηγός μεταφρασμένος στα Αγγλικά , τα Αραβικά , τα Φαρσί , τα Pashto , και τα Dari . Στα περιεχόμενα του οδηγού αυτού , υπάγονται γενικές πληροφορίες σχετικά με το γερμανικό σύστημα υγείας όπως τα κουπόνια ιατρικής περίθαλψης και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας , τα νοσοκομεία , τα φαρμακεία , ο εμβολιασμός , η εγκυμοσύνη , οδοντιατρική θεραπεία κτλ . Στην συνέχεια , αναγράφονται πρακτικές συμβουλές προστασίας των μεταναστών και πρόληψης αναφορικά με πολλές μολυσματικές ασθένειες , όπως το τακτικό και σωστό πλύσιμο

των χειριών , ο σωστός τρόπος να βήχουν και να φτερνίζονται παρουσία άλλων ατόμων καθώς και ορισμένα αναγνωριστικά αρχικά συμπτώματα μεταδοτικών ασθενειών στα οποία τους εφιστάται η προσοχή (<https://www.migration-gesundheit.bund.de/en/homepage/>) .

4.4.4 ΕΛΒΕΤΙΑ

Στην Ελβετία , το 20 % του συνολικού πληθυσμού είναι αλλοδαποί . Οι παράνομοι μετανάστες , αριθμούν μεταξύ 50.000 – 100.000 και υπολογίζεται ότι μόνο το 16 % έχει ιδιωτική ασφάλιση . Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού αυτού είναι Ευρωπαϊκής καταγωγής με κυρίαρχες χώρες προέλευσης την Ιταλία , την Ισπανία , την Πορτογαλία και την Γιουγκοσλαβία . Το ασφαλιστικό Ελβετικό σύστημα βασίζεται στο μοντέλο του Μπίσμαρκ αναφορικά με την κοινωνική ασφάλιση . Παρόλα αυτά , δεν λείπει ένας φιλελεύθερος προσανατολισμός στην υγεία , καθώς πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες αποκτάει όποιος πληρώνει και το ανάλογο κόμιστρο (fees) . Η σύναψη ενός ιδιωτικού ασφαλιστικού συμβολαίου είναι υποχρεωτική , αλλά ανάλογα με το εισόδημα του ασφαλιζόμενου καθορίζεται και το ανάλογο ασφάλιστρο , με τις παροχές τις οποίες προσφέρονται να καθορίζονται από το ασφάλιστρο , και επομένως από το ίδιο το εισόδημα . Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που δεν έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν αυτά τα fees , συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών , υπάγονται στο εθνικό σύστημα υγείας αποδεικνύοντας την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση . Επιπρόσθετα , δημιουργούνται επιπλέον ξεχωριστές δομές , πρόσβαση στις οποίες έχουν μόνο οι ομάδες (δηλαδή και οι μετανάστες) , οι οποίες δεν συγκαταλέγονται στα κανονικά ασφαλιστικά σχήματα (Cattacin 2007) .

Σε θεωρητικό υπόβαθρο , η πρόσβαση στο Ελβετικό σύστημα υγείας είναι καθολική , και σε αυτό εμπεριέχονται και οι παράνομοι μετανάστες αλλά και οι πρόσφυγες . Στην πραγματικότητα , η πρόσβαση αλλά και οι παροχές που δίνονται στους χρήστες υπηρεσιών υγείας , διαφέρουν από περιφέρεια σε περιφέρεια . Στο σύνολο της η

Ελβετία , είναι διαχωρισμένη σε 26 καντόνια , από τα οποία , μόνο η Γενεύη και η Vaud , προσφέρουν στους μετανάστες την δυνατότητα πρόσβασης σε πρωτοβάθμιες δομές υγείας . Τα υπολοιπα καντόνια , στηρίζονται στην δράση μη κυβερνητικών οργανώσεων για τους μετανάστες , στην χρήση των επειγόντων περιστατικών , στα οποία και έχουν πρόσβαση , ή δεν καταπιάνονται καθόλου με την υγεία των παράνομων μεταναστών . Σε ορισμένα καντόνια όπως στην Γενεύη , σε πολλούς παράνομους μετανάστες δίνεται η δυνατότητα σύναψης συμβολαίου με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες , πράγμα το οποίο καθίσταται πρακτικά αδύνατο λόγω του τεράστιου κόστους του ασφαλιστρού (περίπου 6000 ευρώ τον χρόνο) . Σε άλλα καντόνια , η πρόσβαση σε ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο στους παράνομους μετανάστες δεν είναι εφικτή , ενώ σε πολλές περιπτώσεις ο GP ιατρός είναι αυτός που παίρνει την τελική απόφαση , αναφορικά με το αν χρήζουν περίθαλψης ή όχι (Cattacin 2007 , Ingleby and Watters) .

Η AIDS / HIV crisis που επληξε την Ελβετία στην διάρκεια του 1990 , οδήγησε την κυβέρνηση στην οργάνωση πολλών εκστρατειών πρόληψης σε εθνικό επίπεδο . Οι πρώτες πρωτοβουλίες αναφορικά με την υγεία των μεταναστών , παρατηρήθηκαν εκείνη την περίοδο , καθώς τους συμπεριέλαβαν στις εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που διοργάνωναν (Cattacin 2007) . Στις αρχές του 2000 , και πιο συγκεκριμένα το 2002, το πρόγραμμα αυτό διευρύνεται από το Ομοσπονδιακό Γραφείο για την Δημόσια Υγεία ([Federal Office of Public Health /FOPH](#)) .

Η εκστρατεία με την ονομασία “Migration and Public Health 20002- 2006” , βασίζεται σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα , παρόμοιο με αυτό της Γερμανίας , όπου η εκάστοτε περιφέρεια αναλαμβάνει με δικές τις πρωτοβουλίες και ενέργειες την υλοποίηση των στόχων της εκστρατείας . Ο συντονισμός όμως , πραγματοποιούνται μέσω του Ομοσπονδιακού Γραφείου (FOPH) , το οποίο διαχειριζόταν και τα διαθέσιμα κεφάλαια για την εκστρατεία . Προκειμένου να διασφαλιστεί η ισότητα στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη για όλους τους ασθενείς , τα συστήματα υγείας πρέπει συνειδητά και συστηματικά να ενσωματώνουν όλες τις ανάγκες των μεταναστών στον σχεδιασμό και την οργάνωση των παροχών υγείας που προσφέρουν . (Hudelson *et*

al,2014) .

Ως μέρος του Migration and Public Health strategy , το Ομοσπονδιακό Γραφείο , προώθησε την δημιουργία “Migrant Friendly Hospitals” . Το πρώτο τέτοιο νοσοκομείο , δημιουργήθηκε στην Γενεύη , και ήταν το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Γενεύης (HUG – University Hospital of Geneva) . Το νοσοκομείο HUG , διαθέτει 1800 κλίνες , ειδικές κλινικές για αιτούντες άσυλο , ανασφάλιστους , παιδιά μεταναστών . Επιπλέον , έχουν δημιουργηθεί ειδικές κλινικές για θέματα παιδιατρικής εθνοψυχιατρικής συμβουλευτικής , καθώς και συμβουλευτικής για θύματα πολέμου και βασανιστηρίων . Τέλος , ειδικοί διερμηνείς και διαμεσολαβητές , χρησιμοποιούνται προκειμένου να υπερπηδήσουν οι υγειονομικοί πάροχοι τα γλωσσικά τροχοπέδη . Το HUG , λειτουργεί 15 χρόνια , παρέχοντας υπηρεσίες φιλικές προς τους μετανάστες , με στόχο την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας για όλον τον πληθυσμό , ανεξαρτήτως κουλτούρας , γλώσσας , θρησκείας και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (Hudelson *et al* ,2014) .

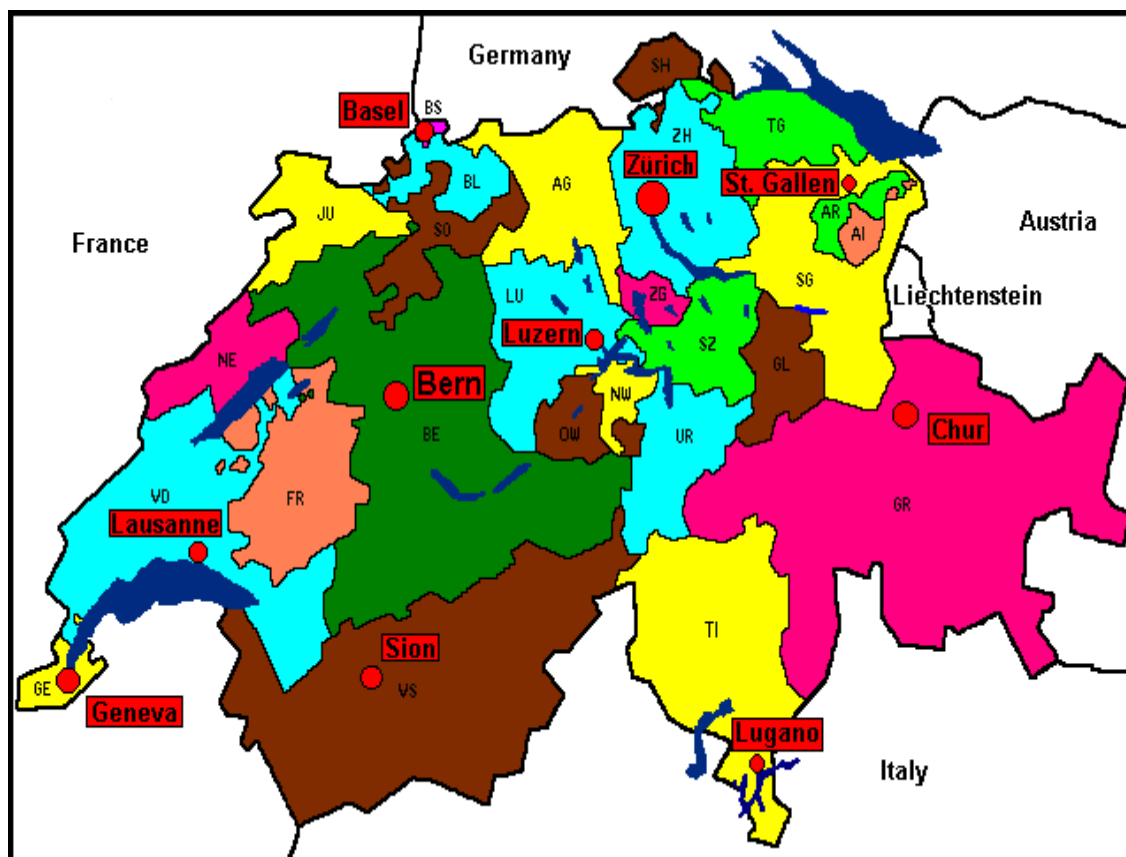
Το πρώτο βήμα , για την πρόσβαση στο HUG , γίνεται μέσω της CAMSCO κοινότητας (Community Care Mobile Clinic) . Απευθύνεται σε άτομα που είναι άστεγα , έχουν χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ και σε παράνομους μετανάστες . Η διαδικασία έχει ως εξής : ένας νοσηλευτής πραγματοποιεί μία πρώτη κλινική αξιολόγηση και εάν το περιστατικό υπάγεται σε κάποια guidelines (κατευθυντήρες οδηγίες) , αντιμετωπίζεται από τους νοσηλευτές . Εάν τα περιστατικά είναι πιο περίπλοκα και χρειάζεται η μετάβασή τους σε κάποια κλινική πρωτοβάθμιας φροντίδας , σε κάποια γυναικολογική ή ψυχιατρική κλινική , επεμβαίνει ο ιατρός . Σε κάθε περίπτωση , υπεύθυνος για την μετέπειτα πορεία του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας είναι ο GP , δηλαδή ο general practitioner .

Στο πλαίσιο της παροχής φιλικών ιατρικών υπηρεσιών προς τους μετανάστες , δημιουργήθηκε το το MHF πρόγραμμα , που έλαβε δράση με πρωτοβουλία των ίδιων των εργαζομένων του νοσοκομείου την περίοδο από το 2010- 2013 . Οι ενέργειες τις

οποίες πραγματοποίησαν είναι οι ακόλουθες . Αρχικά , προώθησαν την συνεχή συμβουλευτική προς τους νοσηλευτές αναφορικά με την φιλική παροχή υπηρεσιών προς τους μετανάστες . Στον ηλεκτρονικό φάκελο των ασθενών , συμπεριέλαβαν και την γλώσσα την οποία μίλαγε ο ασθενής , έτσι ώστε σε πιθανή επόμενη νοσηλεία του να γνώριζαν αμέσως εάν χρειάζεται η εμπλοκή διαμεσολαβητή ή διερμηνέα . Επιπλέον , δημιουργήθηκε ένα εθνικό τηλέφωνο διερμινείας για 4 επείγουσες υπηρεσίες , ενώ δημιούργησαν και ύστερα διένημαν ειδικά φυλλάδια – οδηγούς σχετικά με την δράση της ομάδας .

Επιπρόσθετα , για κάθε νέο μέλος του προσωπικού , πραγματοποιούσαν μία σύντομη παρουσίαση σχετικά με την πολιτική του νοσοκομείου απέναντι στους μετανάστες . Τέλος προκειμένου να προωθήσουν ακόμα περισσότερο την δράση της ομάδας , οργάνωναν δημόσια event στα οποία πραγματοποιούσαν debates σχετικά με τον ρατσισμό και τις διακρίσει στον τομέα της υγείας , καθώς και διάφορα δρώμενα που λάμβαναν χώρα μέσα στο νοσοκομείο κατα την διάρκεια της ημέρας . Ένα σχετικό βίντεο για την δράση της ομάδας προβλήθηκε στην τηλεόραση και στην ιστοσελίδα του καναλιού . Επίσης , πραγματοποιήθηκαν και δράσεις ευαισθητοποίησης του προσωπικού του νοσοκομείου , με την διοργάνωση “βραδιών σινεμά” σε τοπικούς κινηματογράφους , ταινιών που καταπιάνονταν με το θέμα του ρατσισμού . (Hudelson *et al* 2014 , Mladovsky 2012 , Cattacin *et al* 2007 , Jackson 2018) .

Εικόνα 4.4.4.1“ Τα Ελβετικά καντόνια”



Πηγή : <https://www.about.ch/cantons/index.html>

Το Ομοσπανδιακό Γραφείο Δημόσιας Υγείας (FOPH – Federal Office of Public Health) , επιπλέον , παρέχει δωρεάν διαδικτυακή εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες , τα οποία είναι εγκεκριμένα από τον SIWF/FMH (Swiss Institute for Postgraduate and further information in Medicine) . Τα μαθήματα γίνονται στα γερμανικά , τα γαλλικά και τα ιταλικά και περιλαμβάνει τρεις τύπους μαθημάτων , για γιατρούς , νοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους εργαζομένους υγείας συμπεριλαμβανομένων και των υπαλλήλων στις ρεσεψιόν των νοσοκομείων . Στόχοι του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η καλύτερη και βαθύτερη κατανόηση των υγειονομικού προφίλ των μεταναστών που διαμένουν στην Ελβετία , η διευκόλυνση της επικοινωνίας με τους διαμασολαβητές

που χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία , η καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων κοινωνικών παραγόντων στην παροχή περίθαλψης και θεραπείας . Τέλος , προωθείται η συμπερίληψη της οπτικής του ίδιου του ασθενούς στον τρόπο θεραπείας του και στην περίθαλψη που του παρέχεται . Οι γιατροί οι οποίοι παρακολουθούν το πρόγραμμα αυτό επιβραβεύονται με την συγκέντρωση ειδικών μονάδων SIWF (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/suche.html#migrants>) .

Το “Migration and Public Health” πρόγραμμα , ολοκληρώθηκε με επιτυχία το 2017 . Η επιτυχία του προγράμματος βασίζεται στο ότι τα κυριότερα μέτρα του προγράμματος , έχουν ενσωματωθεί στην Στρατηγική του ελβετικού Εθνικού Συστήματος Υγείας . Οι στόχοι πλέον του συστήματος υγείας , κατευθύνονται προς την προώθηση και υιοθέτηση φιλικών προς τους μετανάστες πρωτοβουλιών , μάχονται για την ισότητα στην υγεία καθώς και για την καλύτερη επικοινωνία μεταναστών με τους επαγγελματίες υγείας λόγω γλωσσικών εμποδίων . Στοχεύουν ακόμα , στην διαπολιτισμική εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας , έτσι ώστε να διαχειρίζονται την διαφορετικότητα και την πολυπολιτισμικότητα στην κουλτούρα των ασθενών (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/suche.html#migrants>) .

Επιπρόσθετα , ο FOPH , προωθεί την εξάλειψη του αναλφαβιτισμού στην υγεία για τις πιο ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες του πληθυσμού συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών . Στόχος είναι να οδηγήσουν τους μετανάστες στην αποφυγή λανθασμένων αποφάσεων σχετικά με την ιατρική βοήθεια που επιλέγουν να ακολουθήσουν ή όχι , την άσκοπη φαρμακευτική αγωγή με την οποία επιλέγουν να καλύψουν το πρόβλημά τους οδηγώντας εν τέλει το εθνικό σύστημα υγείας σε περίσσεια κόστη (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/suche.html#migrants>) .

Επιπλέον , δημιουργήθηκε ένα ινογράφημα με τον τίτλο “Empowerment of persons with low health literacy” , δηλαδή “Ενίσχυση ατόμων αναλφάβητων στην υγεία” , με στόχο την προώθηση μέτρων , παρεμβάσεων , την ανάπτυξη και την καλλιέργεια της κριτικής τους σκέψης .

Το 2000 εκδίδεται το “Ways of Better Communication” (“Τρόποι καλύτερης επικοινωνίας) , ενώ στην NCD Strategy campaign παρέχονται συμβουλές πρόληψης και στους μετανάστες (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/suche.html#migrants>) .

Το 2011 , ψηφίζεται ο νόμος για την δημόσια αφάλιση υγείας στην Ελβετία , ο “Public Health Insurance Law”(“Δημόσιος ασφαλιστικός νόμος”) , σύμφωνα με τον οποίο : κάθε άτομο το οποίο ζει στην ελβετία για παραπάνω από τρεις μήνες , με την προϋπόθεση ότι δεν του παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη σε κάποια άλλη χώρα , του παραχωρείται η δυνατότητα αλλά και η υποχρέωση να αποκτήσει βασική ασφαλιστική κάλυψη στην Ελβετία (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/suche.html#migrants>) . Στην βασική ασφαλιστική κάλυψη , συμπεριλαμβάνεται η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας , η εγκυμοσύνη , η ψυχοθεραπεία , προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις καθώς και πολλά μέτρα επανένταξης σε περιπτώσεις καταχρήσεων (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/suche.html#migrants>) .

Συμπερασματικά , η εφαρμογή της ελβετικής στρατηγικής αναφορικά με την εφαρμογή των μεταναστευτικών πολιτικών στην υγεία πραγματοποιείται και ελέγχεται σε επίπεδο των καντονίων (26 cantons) , αλλά πάντα σε συνεργασία με κυβερνητικές υπηρεσίες και οργανισμούς , και πάντα συντονίζονται σε ομοσπονδιακό επίπεδο

4.4.5 ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Το Ηνωμένο Βασίλειο , αποτελούσε παραδοσιακά χώρα αποστολής και όχι υποδοχής μεταναστών , κυρίως λόγω της έντονης ιμπεριαλιστικής πολιτικής την οποία ακολουθούσε , με αποτέλεσμα , το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα , να δέχεται μεγάλο αριθμό μεταναστών από τις πρώην αποικίες του , για παράδειγμα Πακιστανούς και Ινδούς (Ingleby & Watters 2002) .

Στο Ηνωμένο Βασίλειο , την δεκαετία του 1980 οι αιτήσεις για χορήγηση ασύλου κυμαίνονταν μεταξύ 2.000 -3.000 . Το 1991 , καταμετρήθηκαν στις 50.000 , ενώ το 2001 , το 74% των αιτήσεων απορρίφθηκε . Οι χρονιές του 1993 , 1996 , 1999 αλλά και το 2000 , συντέλεσαν καθοριστικές ημερομηνίες στην μεταναστευτική πολιτική της Αγγλίας , λόγω των νομοθετικών τροποποιήσεων σχετικά με τους μετανάστες ως συνεπακόλουθο των δυσκολιών που αντιμετώπιζε η Αγγλία τότε ως προς την ενσωμάτωσή τους . Εξαιτίας της τάσης των νεοεισερχόμενων μεταναστών να συγχρωτίζονται ως επί το πλείστον στο Νοτιοανατολικό τμήμα της Αγγλίας και το Λονδίνο , με νομοθεσία που εφαρμόστηκε το 2000 , υποχρέωναν τους νεοαφιχθέντες μετανάστες κατά την είσοδό τους στην χώρα να διασκορπίζονται υποχρεωτικά σε όλη την περιφέρεια . Σε ολόκληρη την Αγγλική περιφέρεια δημιουργούνται κέντρα υποδοχής μεταναστών , λίγα στον αριθμό τους . Σύμφωνα με τους Ingleby και Watters τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι αιτούντες άσυλο συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με την πολιτική της κυβέρνησης και τις στάσεις των δημοσίων αρχών . Αναφέρεται ακόμα , ότι πολλές φορές υποβάλλονται σε συνθήκες που βιώνουν έντονο στρες , διακρίσεις και εχθρικές στάσεις .

Το 80% της χρηματοδότησης του NHS (National Health System) , προέρχεται από φόρους (Beveridge) και αποτελεί ένα σύστημα υγείας που προσφέρει οικουμενική κάλυψη (universalism) , δηλαδή όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στην υγεία . Το δικαίωμα πρόσβασης στον general practitioner (GP) , διαθέτουν όλοι οι πολίτες καθώς και οι μη καταγεγραμμένοι μετανάστες στην περίπτωση που μένουν στην Αγγλία για τουλάχιστον έναν χρόνο . Η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα γίνεται δωρεάν ,

για την συνταγή με την φαρμακευτική αγωγή όμως απαιτείται το ποσό των εννέα ευρώ , ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης (Cattacin *et al* 2007) . Οι αιτούντες άσυλο , διαθέτουν νομικά το δικαίωμα να έχουν πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας , στην πράξη όμως κάτι τέτοιο καθίσταται πολύ δύσκολο , καθώς είναι δύσκολη η πρόσβαση στην λίστα του GP . Υπηρεσίες παροχής περίθαλψης από τον GP , παρέχονται ακόμη στους νεοαφιχθέντες μετανάστες , στους πρόσφυγες , και τους αιτούντες άσυλο σε δομές κατά την άφιξή τους στην χώρα υποδοχής . Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η υγεία των μεταναστών αλλά και η δημόσια υγεία , καθώς περιορίζεται ο κίνδυνος εξάπλωσης κάποιας μεταδοτικής ασθένειας (Ingleby & Watters 2002) . Το μοντέλο της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του NHS , συμπληρώνεται με αυτό των ιδιωτικών ασφαλίσεων από ιδιωτικούς παρόχους , επιλογή η οποία είναι των πιο ευκατάστατων πολιτών . Οι παράτυποι μετανάστες δεν έχουν το δικαίωμα να ασφαλιστούν , διαθέτουν όμως δωρεάν πρόσβαση στον NHS και τους general practitioners . Πιο αναλυτικά , οι υπηρεσίες υγείας στις οποίες έχουν πρόσβαση οι παράνομοι μετανάστες είναι τα επείγοντα περιστατικά , σε εξετάσεις και θεραπείες σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και σε HIV test (όχι όμως στην θεραπεία) . Επιπρόσθετα , τους παρέχεται πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό νόσημα , παρόλα αυτά έχει δοθεί λίγη συστηματική και δομημένη προσοχή στην παροχή ψυχολογικής φροντίδας , η οποία να είναι ειδικά προσαρμοσμένη στο πολιτισμικό υπόβαθρο του κάθε ασθενούς . Δύο χαρακτηριστικές ενέργειες σε θέματα ψυχικής υγείας που πραγματοποιήθηκαν είναι αυτό ενός προληπτικού πρότζεκτ ψυχολογικής υποστήριξης μέσω της ενασχόλησης των ασθενών με την κηπουρική , καθώς και η ανάπτυξη στο Λονδίνο , της Breathing Space (Ingleby & Watters 2002) . Η Breathing Space διευθύνεται από το Βουδιστικό Κέντρο του Λονδίνου, με έδρα το Bethnal Green , στο Ανατολικό Λονδίνο . Διδάσκονται προσεγγίσεις βάσει νοημοσύνης (MBAs) για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να φροντίζουν την ψυχική τους υγεία . Τα MBA μπορούν να χρησιμοποιηθούν με πολλούς τρόπους , ιδίως για την πρόληψη της υποτροπής στην κατάθλιψη και τον εθισμό και για τη διαχείριση του άγχους . Οι εκπαιδευτικοί , εκπαιδεύονται και επιβλέπονται από έναν πρώην σύμβουλο ψυχιάτρου του NHS και έχουν εκτεταμένη εμπειρία πρακτικής και

διδασκαλίας με προσοχή (<http://www.breathingspacelondon.org.uk/about-Breathing-Space/>) .

Συν τοις άλλοις , οι παράνομοι μετέναστες οι οποίοι αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο μίας ξαφνικής ασθένειας , μπορούσαν να παραμείνουν στην Αγγλία για 3 χρόνια μέσω μίας εξουσιοδότησης , και ανανεώνοντάς την κάθε χρόνο , ώσπου μετά από έξι έτη διέθεταν πλέον το δικαίωμα να αιτηθούν για την μόνιμη παραμονή τους . Σύμφωνα με τους Cattacin *et all* , το Department of Equality and Human rights , προχώρησε στην δημιουργία κάποιων κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines) , αναφορικά με την εφαρμογή τους σε εθνικό και τοπικό επίπεδο . Το Department of Equality and Human rights , αποτελεί τον κυρίαρχο κρίκο στην ανάπτυξη μεταναστευτικών πολιτικών και στόχος των συγκεκριμένων guidelines ήταν η καθοδήγηση , η βοήθεια , ο συντονισμός των τοπικών αρχών κα η ανάπτυξη μίας αξιολόγησης αναφορικά με θέματα ισότητας όπως η ηλικία , το φύλο , ο σεξουαλικός προσανατολισμός , η φυλή . Παράλληλα , προωθεί πολλές πληροφορίες και μηνύματα στο ευρύτερο κοινό σχετικά με την υγεία (Cattacin *et al* 2007) .

Το 1993 , ο Steven Lawrence , δολοφονείται σε μία ρατσιστική επίθεση . Η έρευνα η οποία διεξήχθη στην πορεία , οδηγεί στην αποκάλυψη ενός περιστατικού “institutional racism” , καθώς και διαδικασιών που προωθούσαν ρατσιστικές συμπεριφορές από τις δημόσιες αρχές που ενασχολούνταν με την υπόθεση . Το γεγονός αυτό αποτέλεσε αφορμή το 2000 , για την ενίσχυση του Race Relation Amendment Act 1976 , αναθέτοντας στις αρχές το καθήκον να προωθήσουν την φυλετική ισότητα , πραγματοποιώντας ένα Race Equality Scheme , το οποίο και θα ανανεώνεται κάθε 3 χρόνια (Greater London Authority) .

Συνεπακόλουθα , το 2000 , δημοσιεύεται το Race Relations Amendment Act , το οποίο εκδίδεται από το Department of Health , με επακόλουθα τα Single Equality Schemes 2007-2010 , Single Equality Schemes 2009-2012 (Mladovsky *et all* 2012 , Mladovsky 2007) . Μέσω αυτού αναπτύσσονται δύο τρόποι καταπολέμησης των διακρίσεων στο

επίπεδο των δημοσίων αρχών . Σύμφωνα με τον πρώτο τρόπο , προωθείται η τοποθέτηση εκτός νόμου , κάθε διάκρισης είτε αυτή είναι άμεση είτε αυτή είναι έμμεση . Δευτερευόντως , προάγεται η ισότητα ευκαιριών και οι καλές σχέσεις μεταξύ ανθρώπων που ανήκουν σε διαφορετικές φυλετικές ομάδες (“duty to promote health equality”) .

Τα καθήκοντα των δημοσίων αρχών χωρίζονται σε γενικά και ειδικά (Race Equality Scheme , NHS foundation trust) . Τα γενικά καθήκοντα τα οποία αντίθενται στις δημόσιες αρχές προκειμένου να φέρουν εις πέρας αυτά τα οποία θεσπίστηκαν στην νέα τροπολογία , περιλαμβάνουν τον περιορισμό των φυλετικών διακρίσεων , την προώθηση της ισότητας ευκαιριών , την προώθηση καλών σχέσεων μεταξύ ανθρώπων διαφορετικών εθνικοτήτων . Μέσω της Act , προτείνονται ακόμα αρκετά ειδικά μέτρα για τις δημόσιες αρχές , τα οποία περιλαμβάνουν την προετοιμασία και την δημοσίευση ειδικών σχεδίων δράσης , τον συντονισμό εργασιακών διαδικασιών και πρακτικών (Race Equality Scheme , NHS foundation trust) . Η νέα νομοθεσία στην τροποποίηση αυτή , δίνει το δικαίωμα στους υπουργούς να ενισχύσουν τα δημόσια σώματα που καλύπτονται από το σχέδιο καθώς και να τους αναθέσουν νέα καθήκοντα με στόχο την συμμόρφωση και την καλύτερη απόδοσή τους . Ταυτόχρονα , η Commission for Racial Equality (CRE) , μέσω της τροποποίησης , αποκτά την δυνατότητα μέσω της ενίσχυσης ορισμένων καθηκόντων να προάγει την φυλετική ισότητα . Πιο αναλυτικά , δίνεται στις δημόσιες αρχές ειδική καθοδήγηση αναφορικά με τον τρόπο εκπλήρωσης των καθηκόντων τους . Ο ρόλος των δημοσίων αρχών περιορίζεται στην σωστή συμβουλευτική των εκπροσώπων των εθνικών μειονοτήτων , στον συντονισμό του εργατικού δυναμικού καθώς και στην ρύθμιση του πραγματικού αντίκτυπου των πολιτικών και υπηρεσιών υγείας .

Κάθε χρόνο , το Department of Equality and Human Rights , το οποίο υπαγόταν στο Υπουργείο Υγείας , χρηματοδοτούνταν με 5.3 εκατομμύρια ευρώ τον χρόνο για την εφαρμογή του σχεδίου αυτού . Επιπρόσθετα , σύμφωνα με το Active Plan , το οποίο και δημιουργήθηκε μαζί με το “ Race and Relation” , κάθε υπηρεσία και οργανισμός

παροχής υπηρεσιών υγείας , όφειλε να σχεδιάσει και να υλοποιήσει ένα σχέδιο δράσης το οποίο θα έφερε εις πέρας τους σκοπούς του “ Race and Relation” , δηλαδή την εξάλειψη των φυλετικών διακρίσεων και ανισοτήτων (Cattacin *et al* 2007) .

Πέραν των πολιτικών αυτών , δημιουργήθηκαν πολλές υπηρεσίες διαμεσολάβησης και διερμηνείας , ενώ σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας , οι γραπτές μεταφράσεις δεν ήταν cost - effective , λόγω του ότι πολλοί μετανάστες που ζούσαν στην Αγγλία οι οποίοι δεν μπορούσαν να διαβάσουν στην Αγγλική , δεν είχαν την ικανότητα ανάγνωσης ούτε στην μητρική τους γλώσσα . Η Αγγλία φάνηκε να επικεντρώνεται ιδιαίτερα στην παροχή ψυχικής υγειονομικής φροντίδας σε μετανάστες αναπτύσσοντας το “Delivering Race Equality in Mental Health Care” . Πρόκειται για ένα πενταετές σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση των φυλετικών ανισοτήτων στην ψυχική υγειονομική περίθαλψη στην Αγγλία και την Ουαλία, βάσει των κύριων θεμάτων των βελτιωμένων υπηρεσιών , της καλύτερης εμπλοκής με την κοινότητα καθώς και της καλύτερης ενημέρωσης . Η αντίληψη είναι ότι οι κλινικές ομάδες δεν έχουν δεσμευτεί επαρκώς με το σχέδιο και η πρόοδος είναι αργή (Lau 2008) . Σύμφωνα με τον Mladovsky *et al* , το συγκεκριμένο στρατηγικό σχέδιο , δεν αναλύει σε βάθος την εφαρμογή των πρακτικών οι οποίες προτείνονται .

Επιπροσθέτως , πέρα από την ψυχική υγεία των μεταναστών , δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε χρόνιες ασθένειες , μακροχρόνια υγειονομική φροντίδα , μεταδοτικές ασθένειες , καθώς και την μητρική , βρεφική και παιδική φροντίδα και περίθαλψη (Mladovsky *et al* 2012) . Ιδιαίτερη μνεία , δίνεται σε θέματα “race” και “black minority ethnic” . Σύμφωνα με τους Cattacin *et al* . , το NHS , παραχωρεί την ευκαιρία για εργασία σε 1.3 εκατομμύρια ανθρώπους , 40% εκ των οποίων είναι μαύροι ή ανήκουν σε κάποια εθνική μεινότητα . Παράλληλα , προωθείται η συμμετοχή των ίδιων των μεταναστών στην ανάπτυξη και την εφαρμογή πολιτικών υγείας .

Εκτός αυτού , η Αγγλία έχει ένα πολύ ανεπτυγμένο αρχείο δεδομένων (data set) , συμπεριλαμβανομένων πολλών στοιχείων αναφορικά με τους καταγεγραμμένους

μετανάστες που ζουν εκεί . Το General Lifestyle Survey (GLF) , είναι μία εφαρμογή πολλαπλών σκοπών , που διεξάγεται από τον ONS , δειγματίζοντας περίπου 20.000 άτομα τον χρόνο , σε ολή την επικράτεια της Βρετανίας . Το GLF ερωτηματολόγιο , καλύπτει ένα μεγάλο εύρος θεμάτων , σχετικών με αναλύσεις για την κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών, όπως για παράδειγμα η υγεία τους , η συχνότητα που καταναλώνουν αλκόολ , το καπνισμα κτλ . Πραγματοποιείται συλλογή πληροφοριών αναφορικά με την χώρα προέλευσης και την εθνικότητα και στην συνέχεια τα δεδομένα τα οποία συλλέγονται , κατατίθενται στο UK Data Archive . Επιπρόσθετα , το εθνικό Census της Βρετανίας , περιλαμβάνει γενικά δεδομένα αναφορικά με τις καταστάσεις υγείας των καταγεγραμμένων . Η υπηρεσία Health Survey for England , εμπεριέχει περισσότερο λεπτομερείς πληροφορίες αναφορικά με τα αποτελέσματα και την πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη , αλλά συλλέγει μόνο δεδομένα αναφορικά με την εθνικότητα . Επιπλέον , το Labour Force Survey , περιλαμβάνει έναν αριθμό ερωτήσεων αναφορικά με την υγεία . Τέλος , το Integrated Household Survey (IHS) , το οποίο είναι επίσης γνωστό ως το Continuous Population Survey (CPS) , συνδυάζει έναν αριθμό ερωτήσεων χρησιμοποιούμενες από εθνικές κοινωνικές υπηρεσίες , προκειμένου να παράγει μία βάση δεδομένων διαφόρων μεταβλητών . Το IHS , εμπεριέχει αυτήν την στιγμή ερωτήσεις αναφορικά με την οικονομική δραστηριότητα , το εισόδημα , την εκπαίδευση και την υγεία (Cangiano 2010) .

4.4.6 ΙΡΑΝΔΙΑ

Υπολογίζεται ότι στις 1 Απριλίου του 2017 , το 3% του συνολικού πληθυσμού ήταν αλλοδαπής καταγωγής . Οι βασικότερες χώρες προέλευσής τους ήταν η Βραζιλία , η Ινδία και η Κίνα (European Commission) .

Το 2007 , εκδίδεται από το Health Service Executive (HSE) , ένα σχέδιο εθνικής στρατηγικής για την υγεία , με τον τίτλο “National Intercultural Health Strategy 2007 -

2012” . Πέραν των μεταναστών , το σχέδιο αυτό καλύπτει άλλες πληθυσμακές ομάδες όπως οι ταξιδιώτες , παιδιά μεταναστών που έχουν γεννηθεί στην Ιρλανδία και άλλες εθνικές μειονότητες . Η Ιρλανδία αποτελεί την μόνη χώρα από αυτές που μελετάμε , η οποία στις μεταναστευτικές πολιτικές υγείας τις οποίες ακολούθησε στο πέρασμα του χρόνου , συμπεριλαμβάνει και τις εθνικές μειονότητες . Επιπλέον καταπιάνεται και με θέματα υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν πρόσφυγες , τους αιτούντες άσυλο καθώς και τους παράνομους μετανάστες . Βασικός στόχος της στρατηγικής αυτής που ακολουθήθηκε είναι η εφαρμογή μίας διαπολιτισμικής υγείας ή αλλιώς “interculturalism”. Στα πλαίσια της στρατηγικής αυτής , προτείνεται η προσέγγιση μίας ολόκληρης οργάνωσης προκειμένου να εκπληρωθεί το όραμα της διαπολιτισμικότητας , με την ταυτόχρονη συνεργασία μη κυβερνητικών οργανώσεων , οι οποίες θα αναλάβουν το διεκπαιρωτικό κομμάτι του στρατηγικού σχεδίου . Το σχέδιο περιελάμβανε την χρήση υπηρεσιών διαμεσολάβησης κυρίως στα νοσοκομεία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών προκειμένου να ξεπεραστούν τυχόν γλωσσικά εμπόδια . Επιπλέον , προωθήθηκε η καλύτερευση των ερευνητικών διαδικασιών και της συγκέντρωσης των δεδομένων, συμπεριλαμβανομένης της εθνικής αναγνώρισης μεταβλητών σε μία ευρέως χρησιμοποιούμενη βάση δεδομένων . Ταυτόχρονα , επιχειρήθηκε η ανάπτυξη μίας βάσης δεδομένων αναφορικά με το υγειονομικό προφίλ ασθενών που ανήκουν σε κάποια εθνική μειονότητα . Συν τοις άλλοις , στόχευσαν την ταυτοποίηση των υγειονομικών αναγκών για τις αυξημένες ανάγκες ανθρώπων με διαφορετικό εθνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο .

Οι βασικές πολιτικές υγείας που ακολούθησε η κυβέρνηση της Ιρλανδίας είναι οι εξής :

- Quality and Fairness 2001 , με την καθοδήγηση του Core principles of Equity , people -center redness , quality and accountability : πραγματοποιήθηκαν προτάσεις για δράσεις και πρωτοβουλίες αναφορικά με την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία. Επικεντρώθηκε στην υγεία των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο , ενώ δόθηκε έμφαση στην ποικιλομορφία του Ιρλανδικού πληθυσμού.

- Primary Care Strategy , η οποία έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο που έχει η εκάστοτε κοινότητα στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη σταρτηγικών για την οργάνωση των κατάλληλων υπηρεσιών .
- National Health Promotion Strategy , στόχος του οποίου ήταν η καλύτερευση του υγειονομικού προφίλ ατόμων που ήταν κοινωνικά αποκλεισμένα ή σε μειονεκτική θέση .
- Traveler health strategy , η οποία ευελπιστούσε στην βελτίωση της υγείας του Traveler population (του πληθυσμού που ταξιδεύει) . Αυτός ο στόχος δηλώνει ότι το κενό στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ της ταξιδιωτικής κοινότητας και ολόκληρου του πληθυσμού θα έπρεπε να μειωθεί κατά τουλάχιστον 10% έως το 2007 και ότι το προσδόκιμο ζωής και η κατάσταση υγείας των ταξιδιωτών, των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων πρέπει να παρακολουθείται , έτσι ώστε να μπορούν να τεθούν στόχοι (Mladovsky 2007) .
- Action Plan for People Management 2002 : σχέδιο που αναπτύχθηκε για την εφαρμογή του National Health Strategy : Quality and Fairness , με απώτερο σκοπό την προώθηση της διαφορετικότητας και της ισότητας στον υγειονομικό εργασιακό τομέα .
- National Health Information Strategy 2003 , αποσκοπούσε στην διευκόλυνση της χρήσης υπηρεσιών υγείας .
- Vision for Change , το οποίο πραγματοποιήθηκε με αναφορά Expert Group on Mental Health . Αποσκοπούσε στην παροχή προσβάσιμων , επαγγελματικών υπηρεσιών με έδρα την κοινότητα , οι οποίες θα απευθύνονταν σε ανθρώπους με σοβαρά ψυχικά και ψυχολογικά προβλήματα . Επιπρόσθετα , τονίζονται οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα αυτά εξωθούνται στην κοινωνική απομόνωση , ενώ αναλύονται οι πιο εξειδικευμένες υγειονομικές ανάγκες αθενών με διαφορετικό πολιτισμικό και εθνικό υπόβαθρο .
- National Women Strategy 2007 -2016 , δηλαδή ένα σχέδιο , το όραμα του οποίου βασιζόταν στο εξής : “an Ireland where all women enjoy equality with men and can achieve their full potential , while enjoying a safe and fulfilling life”-«Μία Ιρλανδία όπου όλες οι γυναίκες απολαμβάνουν την ισότητα με τους

άνδρες και μπορούν να επιτύχουν το πλήρες δυναμικό τους, απολαμβάνοντας παράλληλα τη ζωή με ασφάλεια και ικανοποίηση» .

- Irish 2017 – 2020 Migrant Integration Strategy : στις 7 Φεβρουαρίου του 2020 , δημοσιεύτηκε στην ιστοσελίδα του Office for the Promotion of Migrant Integration , το 2nd National Intercultural Health Strategy (National I. H s. 2007 - 2012 -european commission) (Cattacin 2007 , Mladovsky 2012 , European commission) .

4.4.7 ΙΣΠΑΝΙΑ

Ως παράνομους μετανάστες ή μετανάστριες , ορίζουμε τους μετανάστες στις ακόλουθες τρεις περιπτώσεις : Στους μετανάστες που εισέρχονται παράνομα σε μία χώρα , σε αυτούς που παρατείνουν την παραμονή τους στην Ευρώπη περισσότερο από τον επιτρεπόμενο χρόνο τους σύμφωνα με την βίζα τους και τέλος , στους αιτούντες άσυλο το αίτημα των οποίων έχει απορριφθεί . Το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ισπανία , έχει οξυνθεί ιδιαίτερα από την δεκατία του 1980 .Υπολογίζεται ότι το 2012 σημειώθηκε μία τεράστια αύξηση του αριθμού των μεταναστών που φιλοξενούσαν στην Ισπανία , αφού ο αριθμός τους άγγιξε τα 5.250.000 (12,1 % του συνολικού Ισπανικού πληθυσμού) , ενώ το 1991 υπολογίζονταν μόλις στους 350.0000 . Οι χώρες προέλευσης των μεταναστών που επιλέγουν την Ισπανία ως χώρα εγκατάστασής τους είναι κυρίως η Β. Αφρική και η Λ.Αμερική . Σύμφωνα με το Clandestino project ο αριθμός των πράνομων μεταναστών την περίοδο του 2008 υπολογίζεται μεταξύ 280.000 – 354.000 .

Το Εθνικό Ισπανικό Σύστημα Υγείας (SNHS) , ιδρύθηκε το 1986 από το General Health Law . Αποτελεί μία διευρυμένη προσέγγιση του Social Security System , η οποία απευθύνεται όμως σε όλον τον πληθυσμό . Η χρηματοδότηση του SNHS βασίζεται στην γενική φορολογία . Το 1989 , ψηφίζεται ένα διάταγμα βασει του οποίου , ο SNHS , εγγυάται την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού που ζει στα όρια της φτώχειας , χωρίς να αυτοί να διαθέτουν κοινωνική ασφάλιση . Το 2011 , με τον

νόμο για την Δημόσια υγεία , το SNHS , συμπεριέλαβε στην υγειονομική του κάλυψη τις λίγες πληθυσμιακές ομάδες που δεν διέθεταν υγειονομική περίθαλψη .

Το 2000 , βάσει του νόμου 4/2000 , οι μετανάστες που βρίσκονται στην Ισπανία και είναι εγγεγραμμένοι πολίτες σε κάποιον από τους δήμους της , θα είχαν από δω και στο εξής ίσα δικαιώματα αναφορικά με την υγεία και την εκπαίδευσή τους , με τον γηγενή πληθυσμό .

Το 2007 μέχρι και το 2010 , χρηματοδοτείται με το ποσό των 2.005.017.091 ευρώ , το Citizenship and Integration Strategic Plan (Σχέδιο ενσωμάτωσης για την υπηκοότητα και την ενσωμάτωση) , από το οποίο το 3, 58 % , χρησιμοποιήθηκε για υγειονομικούς σκοπούς . Επικεντρώθηκε κυρίως στους τομείς της εκπαίδευσης , της ενσωμάτωσης καθώς και της εργασίας των μεταναστών .

Το 2009 , με την παγκόσμια οικονομική κρίση , η Ισπανία , αποτέλεσε μία από τις χώρες που πλήχθηκαν βαριά . Οι οικονομικές επιπτώσεις της Παγκόσμιας ύφεσης , οδήγησαν την κυβέρνηση της Ισπανίας στο να προβεί σε περικοπές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας , με απώτερο σκοπό να μειώσουν τα υγειονομικά κόστη . Για παράδειγμα , στην πόλη της Μαδρίτης το 2009 πολλά νοσοκομεία ιδιωτικοποιήθηκαν .

Τον Απρίλιο του 2012 , το κεντρικώς κυβερνόντα συντηρητικό κόμμα της Ισπανίας , με την ονομασία People's Party ή αλλιώς PP , ψηφίζει τον νόμο RDL 16/2012 , αλλάζοντας τα μέχρι τότε δεδομένα στον τομέα της υγείας . Ο γηγενής πληθυσμός της Ισπανίας , έχει πλέον συνδεδεμένη υγειονομική περίθαλψη με την κοινωνική ασφάλισή του . Όσον αφορά τους παράνομους μετανάστες , παύουν πλέον να διαθέτουν το προνόμιο της δωρεάν περίθαλψης , και η μόνη πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας την οποία διαθέτουν είναι : σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης , σε περιπτώσεις μητρικής περίθαλψης (εγκυμοσύνη και ελλοχεία) , ενώ παροχές απολαμβάνουν και παιδιά μικρότερα των 18 ετών . Επιπρόσθετα , πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα θα μπορούν να έχουν οι αιτούντες άσυλο καθώς και μετανάστες που έχουν πέσει θύματα

trafficking και βρίσκονται στην περίοδο ανάρρωσής τους .

Η δημόσια υγειονομική κάλυψη η οποία προσφέρεται στους παράνομους μετανάστες στην χώρα της Ισπανίας , διαφέρει από περιοχή σε περιοχή . Ολόκληρη η Ισπανική χερσόνησος είναι χωρισμένη σε 17 αυτόνομες περιφέρειες . Η αποκεντρωμένη δομή του SNHS , επιτρέπει σε κάθε μία περιφέρεια , να υιοθετεί διαφορετικές εφαρμογές του νέου RDL 16/2012 νόμου περί υγειονομικής κάλυψης . Πιο συγκεκριμένα , η κάθε περιφέρεια μπορεί ανεξάρτητα από κάποια άλλη να αποφασίσει ποιες παροχές θα παρέχει και ποια θα είναι τα όρια στην πρόσβαση των μεταναστών στο SNHS . Η κάθε περιφέρεια , ακολούθησε διαφορετικές πρακτικές , στα πλαίσια των νομικών , νομοθετικών και διοικητικών εφαρμογών του νέου νόμου . Αρχικά , έξι περιοχές άσκησαν έφεση στο Συνταγματικό Δικαστήριο , θεωρώντας πως ο νόμος αυτός καταπατά το βασικό , κατοχυρωμένο συνταγματικό δικαίωμα όλων των ανθρώπων για ισότιμη πρόσβαση στην υγεία . Όσον αφορά τις διοικητικές πρακτικές , δέκα από τις δεκαεφτά περιφέρειες , προσπάθησαν να υιοθετήσουν διαφορετικές πρακτικές έτσι ώστε να διευκολύνουν την πρόσβαση των χαμηλόμισθων παράνομων μεταναστών σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας . Παρόλα αυτά , οι διαφορές ανάμεσα σε αυτές τις δέκα περιφέρειες συνέχισαν να υφίστανται , καθώς κάθε περιφέρεια είχε διαφορετικές διοικητικές απαιτήσεις και ελάχιστη διάρκεια παραμονής στην χώρα , τις οποίες οι μετανάστες πρέπει να πληρούν . Για παράδειγμα , η περιφέρεια της Καταλονίας , απαιτούσε από τους μετανάστες , ελάχιστη τρίμηνη διάρκεια παραμονής προκειμένου να τους εξασφαλίσει πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα , και τουλάχιστον 1 έτους παραμονή , για να εξασφαλιστεί η πρόσβασή τους στην δευτεροβάθμια υγεία και να μπορέσουν εν δυνάμει να νοσηλευτούν σε κάποιο νοσοκομείο . Ένα δεύτερο παράδειγμα , είναι η περιφέρεια των Κανάριων Νήσων , στην οποία τα προαπαιτούμενα για την πρόσβαση στην περίθαλψη περιλαμβάνουν : διάρκεια παραμονής μεγαλύτερη του ενός έτους , πιστοποιητικό εισοδήματος , απόδειξη ταυτότητας κτλ .

Εκτός από τις απαιτήσεις κάθε περιφέρειας , διαφέρουν και τα οφέλη τα οποία

προσφέρονται σε εν δυνάμει ασθενείς . Ένα παράδειγμα , θα μπορούσε να αποτελέσει η φαρμακευτική περίθαλψη , καθώς σε πολλές περιφέρειες , οι μετανάστες επωμίζονται το 40- 60 % του κόστους των φαρμάκων τους όπως και οι αυτόχθονες .

Επιπλέον , δεν είναι λίγες οι Ισπανικές περιφέρειες , οι οποίες έχουν επιτρέψει σε ορισμένες πληθυσμιακές υποομάδες , να διατηρήσουν μερική υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη . Στις ομάδες αυτές συμπεριλαμβάνονται , άτομα με χρόνιες παθήσεις , άτομα με μολυσματικές ασθένειες οι οποίες θεωρούνται επικίνδυνες για την δημόσια υγεία καθώς και άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες .

Αναφερόμενοι στο κοινωνικοπολιτικό υπόβαθρο των πολιτικών υγείας αυτών οφείλουμε να σημειώσουμε ότι το μέσο GDP ανερχόταν στα 22.733 ευρώ για τις 17 περιφέρειες , ενώ σε ένα ποσοστό 64.71% κεντρικό κυβερνόντα κόμμα ήταν το People's Party .

Συμπερασματικά με τον RDL/2016 νόμο , οι μη καταγεγραμμένοι μετανάστες εξαιρέθηκαν (πλην ελαχίστων πληθυσμιακών υποομάδων) από την πρόσβασή σε πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη . Εξαιτίας όμως του αποκεντρωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ισπανίας , η πρακτική εφαρμογή του ανωτέρου νόμου τίθεται υπό την αντίληψη της κάθε περιφέρειας ξεχωριστά , επιτρέποντας την ελαστική ή μη εφαρμογή του νόμου . Σύμφωνα με τον Spanish General Public Health Law που δημοσιεύτηκε το 2011 , κρίθηκε απαραίτητη η αξιολόγηση της πολιτικής αυτής πριν την εφαρμογή της , έτσι ώστε να γίνει η αξιολόγηση του πραγματικού οικονομικού αντίκτυπου της πολιτικής αυτής υγείας . Η πρότασή του στηρίχτηκε στο γεγονός , ότι η αποκλειστική πρόσβαση των μεταναστών σε επείγοντα καθώς και ο αποκλεισμός τους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , θα μπορούσε δυνητικά να επιφέρει αύξηση του κόστους λόγω των εξαιρετικά κοστοβόρων υπηρεσιών των επειγόντων περιστατικών .

Το 2015 , όλα τα ισπανικά πολιτικά κόμματα , εκτός του PP , υπογράφουν μία συμφωνία στην οποία αναγράφεται το δικαίωμα για καθολική υγειονομική κάλυψη των

παράνομων μεταναστών . Ως αποτέλεσμα , ο RDL 16/2012 νόμος τροποποιείται το 2015 , επιτρέποντας την προσβαση σε παράνομους μετανάστες σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας .(Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Cimas *et al* 2016 <https://www.mscbs.gob.es/buscador/iniciar.do>)

4.4.8 ΙΤΑΛΙΑ

Το ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας , δημιουργήθηκε το 1978 και είναι βασισμένο στις αρχές της οικουμενικής κάλυψης , της αλληλεγγύης , της ανθρώπινης εντιμότητας και των υγειονομικών αναγκών . Σύμφωνα με το ιταλικό σύνταγμα , οι φόροι οι οποίοι συλλέγονται από τους Ιταλούς πολίτες καταμοιράζονται στις 19 περιοχές στις οποίες είναι χωρισμένη η ιταλική περιφέρεια . Οι 19 περιοχές και 2 αυτόνομες επαρχίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω των τοπικών υγειονομικών φορέων . Η εκάστοτε περιοχή διαθέτει πλήρη αυτονομία σε μακροοικονομικό επίπεδο αναφορικά με την οργάνωση και την δομή του συστήματος υγείας . Ο κυβερνήτης κάθε μίας από τις περιοχές αυτές ορίζει έναν υπεύθυνο διοικητή σε θέματα υγειονομικού περιεχομένου ο οποίος καταπιάνεται με ζητήματα αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , την νοσοκομειακή φροντίδα , την δημόσια υγεία αλλά και θέματα που αφορούν την σύνδεση μεταξύ κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας (<https://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>) .

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στην Ιταλία αντιστοιχούσαν στο 9,2% του ΑΕΠ το 2012 (περίπου 3.200 δολάρια ανά κάτοικο) , ελαφρώς χαμηλότερες από το μέσο όρο του 9,3% στις χώρες του ΟΟΣΑ . Περίπου το 77% των δαπανών είναι

δημόσιες . Το 2000 , το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ιταλίας θεωρήθηκε ως η 2η καλύτερη στον κόσμο μετά τη Γαλλία και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας , η Ιταλία έχει το 6ο υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στον κόσμο . Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ιταλία ήταν 82,3 χρόνια το 2012 , το οποίο είναι πάνω από δύο χρόνια πάνω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Italy) . Οι τοπικές μονάδες υγείας , λαμβάνουν co-payments από από τους ασθενείς μέσω ενός συστήματος prescription fees , τα λεγόμενα “tickets” (IOM) .

Το υγειονομικό προφίλ των μεταναστών που καταφθάνουν στην Ιταλική χερσόνησο είναι δύσκολο να προσδιοριστεί για τους εξής ακόλουθους λόγους : αρχικά λόγω της συνεχούς μετακίνησης των πληθυσμών αυτών τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό , είναι δύσκολο να ταυτοποιηθούν , ενώ πολλοί από αυτούς δεν διαθέτουν μόνιμη άδεια παραμονής .

Το προφίλ των μεταναστών που καταφθάνουν στην Ιταλική χερσόνησο , περιλαμβάνει κυρίως οικονομικούς μετανάστες οι οποίοι καταφεύγουν στην Ιταλία προκειμένου να αναζητήσουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης . Επιπρόσθετα , καταφθάνουν μετανάστες προκειμένου να επανενωθούν με την οικογένειά τους και προκειμένου να αναζητήσουν άσυλο λόγω της μεταναστευτικής κρίσης στην Μεσόγειο τα τελευταία χρόνια .

Η απόκτηση υπηκοότητας στην Ιταλία αποτελεί μία εξαιρετικά πολύπλοκη και χρονοβόρα διαδικασία . Βασικές αρχές της χορήγησης υπηκοότητας είναι το να διαθέτει

το άτομο που πραγματοποιεί αίτημα για απόκτηση υπηκοότητας έστω και έναν Ιταλό γονέα καθώς και ο γάμος με έναν Ιταλό πολίτη και η παραμονή του στην Ιταλία για τουλάχιστον μία δεκαετία .

Στην περίπτωση της Ιταλίας συναντάμε το “healthy immigrant effect” , δηλαδή , αυτοί οι οποίοι επιλέγουν να μετακινηθούν είναι στην πλειοψηφία τους νεοί άνθρωποι οι οποίοι όπως προαναφέρθηκε είναι οικονομικοί μετανάστες . Ως αποτέλεσμα , δεν επιβαρύνουν με υγειονομικά έξοδα το σύστημα υγείας της Ιταλίας ενώ ταυτόχρονα ενισχύουν την εθνική οικονομία της Ιταλίας καλύπτοντας τα κενά σε θέσεις του εργατικού δυναμικού της . Τα τελευταία χρόνια όμως , αυξάνονται οι περιπτώσεις μεταναστών οι οποίοι καταφεύγουν στην Ιταλική χερσόνησο ωθούμενοι από την ανάγκη για επανένωση με την οικογένειά τους καθώς και οι εξαναγκασμένοι μετανάστες (πρόσφυγες) . Το υγειονομικό προφίλ των μεταναστών αυτών δεν συνάδει με το “healthy immigrant effect” και στην πραγματικότητα μειώνει το στάτους ασθενείας των μεταναστών αυτών . Σύμφωνα με τους Caccani *et al* , οι μετανάστες στην Ιταλία έχουν μικρότερη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και καταναλώνουν επομένους λιγότερους υγειονομικούς πόρους σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό . Πιο συγκεκριμένα καταναλώνουν λιγότερο από το 3% των υγειονομικών πόρων οι οποίοι δαπανούνται για το ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας . Εικάζεται ότι ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό σύμφωνα με διεθνείς μελέτες , είναι διάφορα εμπόδια που συναντάνε οι μετανάστες στην προσπάθειά τους για πρόσβαση στον NHS αναφορικά με την γλώσσα , την κουλτούρα αλλά και διοικητικά προβλήματα (Brannan S, Campbell R, Davies M, *et al.*) .

Το ιταλικό σύστημα υγείας παρέχει οικουμενική κάλυψη και δωρεάν νοσηλεία για όλο τον πληθυσμό συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών , οπότε στην περίπτωση της Ιταλίας δεν υφίστανται νομικά και οικονομικά εμπόδια για την ελεύθερη πρόσβαση των μεταναστών στον εθνικό σύστημα υγείας της χώρας . Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζεται το σύστημα των co- payments .

Σε μελέτη η οποία περιγράφεται από τους Cattacin *et al* 2007 , το έτος 2000 στην περιοχή Lazio της Ιταλίας καταγράφηκαν 242. 000 μετανάστες , οι οποίοι αποτελούσαν το 18% του συνολικού αριθμού μεταναστών που βρίσκονταν στην Ιταλία εκείνη την περίοδο , από τους οποίους οι 189.905 ήταν ενήλικες άνδρες προερχόμενοι από υπό ανάπτυξη χώρες . Την ίδια χρονική περίοδο υπολογίστηκαν 283.985 μετανάστες οι οποίοι πήραν εξιτήριο , αποτελώντας το 2, 2% του πληθυσμού που νοσηλεύονταν σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα της Ιταλίας εκείνη την περίοδο . Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην περιοχή αυτή της Ιταλίας καταλήγει σε μερικά αξιολογικά συμπεράσματα αναφορικά με το επιδημιολογικό προφίλ των μεταναστευτικών εισροών σε ιταλικά εδάφη . Αρχικά , αναφέρεται πως οι κύριοι λόγοι για τους οποίους μετανάστες καταφεύουν στην παροχή ιατρικής φροντίδας αφορούν τραυματισμούς (ως επί το πλείστον εργατικά ατυχήματα) , καθώς και για ψυχολογικά προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν . Ο βασικός λόγος είναι η ενασχόληση τους με επικίνδυνες για την σωματική τους ακεραιότητα εργασίες , η έλλειψη εξειδίκευσης και εκπαίδευσης λόγω των συνεχών μετακινήσεών τους , ενώ φαίνεται να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε ένα νέο εργασιακό περιβάλλον . Επιπλέον , λόγω της αδυναμίας

επικοινωνίας με τους θεράποντες ιατρούς καθώς δεν γνωρίζουν την γλώσσα , οδηγούνται σε αδυναμία διάγνωσης πολλών ψυχοσωματικών προβλημάτων τα οποία δεν διαγνώσκονται ποτέ .

Εν συνεχεία , καταφεύγουν πολλές φορές στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σε περιπτώσεις διαφόρων μεταδοτικών ασθενειών (HIV σε ποσοστό 40% και φυματίωση σε ποσοτό 20%) . Ένα εξίσου σημαντικό στοιχείο που αντλούμε από την έρευνα αυτή είναι τα αυξημένα ποσοστά εκτρώσεων που παρατηρούνται σε γυναίκες ηλικίας από 18-29 ετών προερχόμενες από χώρες υπό ανάπτυξη . Οι βασικοί λόγοι που τις οδηγούν σε αυτό , είναι η απουσία πραγματικού ελέγχου πάνω στην αναπαραγωγική τους ζωή , η οικονομική ένδεια , η κοινωνικοοικονομική αστάθεια που μπορεί να βιώνουν καθώς και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης .

Οι πολιτικές υγείας που ακολουθούνται στις χώρες τις ΕΕ , συμπεριλαμβανομένου και της Ιταλίας , διαχωρίζονται ανάλογα με το εάν απευθύνονται σε μετανάστες ή εθνικές μειονότητες , όχι ταυτόχρονα και στους δύο . Στην Ιταλία , οι κύριες καταστάσεις υγείας που στοχοποιούνται από τον NHS είναι η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των μεταναστών καθώς και η μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων .

Οι πολιτικές υγείας που ακολούθησε η Ιταλία διαχωρίζονται επιπροσθέτως , σε ενέργειες αναφορικά με την πλευρά της ζήτησης και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας (supply and demand side) (Cattacin *et al* 2007) . Από την μία πλευρά , αναφορικά με την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας η οποία αντιπροσωπεύεται από τους

παρόχους υγειονομικής φροντίδας και τον ίδιο τον NHS , πραγματοποιήθηκε προσπάθεια βελτίωσης της καταγραφής του ιατρικού ιστορικού στην βάση δεδομένων , καθώς και η διευκόλυνση εγγραφής των μεταναστών με νόμιμη άδεια παραμονής στην βάση δεδομένων του NHS .

- Το **1998-2000** οργανώνεται το National Health Care Plan - Piano Sanitario Nazionale ; στοχεύοντας στην διασφάλιση της υγείας των μεταναστών , τα οποία μέχρι το 2008 εξελίσσονταν και προσαρμόζονταν. Στόχος ήταν η οικουμενική πρόσβαση σε ιατρική και υγειονομική φροντίδα σε εθνικό επίπεδο , σε συνδυασμό με την σύγχρονη νομοθεσία , καθώς και την ενίσχυση του εμβολιασμού τόσο στον ιταλικό πληθυσμό όσο και στους μετανάστες (Mladovsky 2007)
- Το **1999-2001** : Piano Sanitario Regionale (Υγειονομικό τοπικό σχέδιο) Εμίλια Ρομάνια .
- Το **2001- 2003** , τα τοπικά γραφεία υγείας (Aziende Sanitaria Locale) οργανώνουν καμπάνιες πληροφόρησης για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες . Η δράση τους δεν περιοριζόταν μόνο στην προστασία της υγείας των μεταναστών αλλά και ηλικιωμένων ατόμων , εξαρτώμενων από ουσίες καθώς και παιδιών (Mladovsky 2007) .
- Το **2003-2005** : National Health Care Plan – Piano Sanitario Nazionale (Εθνικό Υγειονομικό Σχέδιο) .
- Το **2002 -2004** : Piano Socio -Sanitario Regionale (Υγειονομικό κοινωνικό τοπικό σχέδιο) - Λομβαρδία .
- Το **2006** , τα προγράμματα για το μεταναστευτικό , επικεντρώνονται στην

εκπαίδευση των μεταναστών σχετικά με την αναζήτηση ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας και στηρίζονται στην δράση μη κυβερνητικών οργανώσεων και εθελοντών .

- Το **2006-2008** : National Health Care Plan (Εθνικό Υγειονομικό Σχέδιο) - Piano Sanitario Nazionale .
- Το **2007** , ο αρμόδιος Υπουργός Υγείας καθιερώνει την “Commission for the Health of Immigrants” . Βασικός στόχος της ήταν η ρύθμιση της ισότητας και της ποιότητας υπηρεσιών υγείας που παρέχονταν τόσο σε νόμιμους όσο και σε παράνομους μετανάστες (Mladovsky 2012) .

Σύμφωνα με τον νόμο του 1998 για την “παροχή υγειονομικής φροντίδας σε ξένους πολίτες που δεν είναι καταγεγραμμένοι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας , διασφαλίζεται η πρόσβασή τους στις ακόλουθες υπηρεσίες (IOM) :

- προγεννητική και μητρική φροντίδα (IOM).
- υγειονομική φροντίδα ανηλίκων (IOM).
- εμβολιασμοί (IOM).
- προγράμματα προληπτικής ιατρικής (IOM).
- πρόληψη , διάγνωση και θεραπεία μεταδοτικών ασθενειών (IOM).

Επιπρόσθετα , μπορούμε να διακρίνουμε τρεις κατηγορίες παράνομων μεταναστών οι οποίοι μπορούν να λαβουν υγειονομική φροντίδα πέρα από την περίπτωση επείγουσας ανάγκης και αυτές είναι οι ανήλικοι μικρότεροι των 18 ετών , οι γυναίκες έως και έξι μήνες μετά την γέννα τους καθώς και οι ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με κάποια

μεταδοτική νόσο . Επιπλέον , σύμφωνα με την νομοθεσία , στις έγκυες γυναίκες που είναι παράνομες μετανάστριες οφείλουν να παρέχονται υπηρεσίες υγείας ίσες με αυτές των Ιταλίδων πολιτών . Οι επαγγελματίες υγείας απογορεύεται να αναφέρουν στις αρχές οποιονδήποτε παράνομο μετανάστη , εκτός εάν έχει προβεί σε πράξεις που εναντιώνονται στην ίση μεταχείριση μεταξύ Ιταλών πολιτών και μη- καταγεγραμμένων μεταναστών (IOM) . Προκειμένου να αποκτήσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας οι μη -καταγεγραμμένοι μετανάστες πρέπει πρώτα να απκτήσουν τον “STP – CODE” .

Στην περιοχή Emilia – Romagna , το νοσοκομείο Santa Maria Nuova , προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε παράνομους μετανάστες σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης για φροντίδα . Επιπλέον , αποτελεί σημείο αναφοράς και παροχής πληροφοριών αναφορικά με επιπλέον υγειονομικούς παρόχους που προσφέρουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες .Τέλος , παρέχονταν cultural mediators για Κινέζους και Άραβες (IOM) .

To Centro per la salute della Famiglia Staniera ή αλλιώς Centre for the Health of the Foreign Family (Κέντρο για υγεία της ξένης οικογένειας) , παρέχει εξωνοσοκομειακή και ιατρική φροντίδα σε παράνομους μετανάστες . Στις παροχές τις οποίες προσέφεραν , συμπεριλαμβανόταν : γυναικολογικές εξετάσεις και συμβουλευτική , προγεννητική φροντίδα , παιδιατρική φροντίδα , ψυχολογική υποστήριξη καθώς και cultural mediators για Κινέζους, Άραβες , Αλβανούς , Ρώσους , Νιγηριανούς και Ινδο-Πακιστανούς .

4.4.9 ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Η Ολλανδία αποτελεί μία από τις πέντε χώρες κράτη -μέλη της ΕΕ , στις οποίες οι μετανάστες απολαμβάνουν εικονικά τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες με την γηγενή πληθυσμό . Ο αριθμός των αιτήσεων για παραχώρηση ασύλου εικοσαπλασιάστηκε από 2.603 σε 52.570 κατά την διάρκεια του 1984-1994 . Από την δεκαετία του 1990 και έπειτα , η Ολλανδία αποτελεί , λαμβάνοντας υπόψη και το μέγεθος του πληθυσμού της , μία από τις τρεις σημαντικότερες χώρες παραχώρησης ασύλου μαζί με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Γερμανία . Κάνοντας μία ιστορική ανασκόπηση στην παράδοση της Ολλανδίας ως χώρα εισαγωγής μεταναστών , παρατηρούμε μία φιλελεύθερη μεταναστευτική πολιτική η οποία χρονολογείται από τον 16ο και τον 17ο αιώνα . Οι απαρχές της υιοθέτησης συντηρητικών και εν μέρει ξενοφοβικών πρακτικών και μεταναστευτικών πολιτικών παρατηρείται για πρώτη φορά την περίοδο του 1940-1945 . Το πολυπολιτισμικό κλίμα υιοθετείται στις μεταναστευτικές πολιτικές της μετά το 1980 (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) .

Την περίοδο του 2003 , υπολογίζεται ότι το 4,3 % των πολιτών που διαμένουν στην Ολλανδία δεν ανήκουν στον γηγενή πληθυσμό , ενώ το 9,6% εξ αυτών αποτελούσαν εργατικό δυναμικό και προ-αποικιοκράτες . Οι περισσότεροι , προέρχονται από τις χώρες της Τουρκίας , του Σουρινάμ και του Μαρόκο . Έως το 1970 , στην Ολλανδία ακολουθούσαν συντηρητικές πολιτικές καθώς δεν δέχονταν εύκολα εργατικό δυναμικό εκτός της Δύσης . Στην Ολλανδία προκειμένου να υποστηρίξουν την διαπολιτισμική μεταναστευτική πολιτική υγείας την οποία ακολούθησαν μέχρι το 2002 , υιοθέτησαν την ορολογία “alloctoon” , στην οποία συμπεριλαμβάνονταν οι μετανάστες , τα παιδιά των μεταναστών αλλά και οι εθνικές μεινότητες . Το γεγονός αυτό , την διαφοροποίησε αρκετά , σε σύγκριση με άλλες χώρες κράτη μέλη της ΕΕ οι οποίες διαφοροποιούν τις πολιτικές υγείας που ακολουθούν σε αυτές για τους μετανάστες και αντιστοίχως σε πολιτικές που αφορούν εθνικές μειονότητες (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) .

Το ασφαλιστικό Ολλανδικό σύστημα βασίζεται στην πληρωμή και στο σύστημα που εφάρμοσε ο Μπίσμαρκ , αυτό της κοινωνικής ασφάλισης . Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck βασίζονται στις εργοδοτικές και εργατικές εισφορές αλλά συχνά αντλούν πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό για να επιτύχουν συνολική κάλυψη του πληθυσμού με την προστασία κοινωνικών ομάδων οι οποίες ευρίσκονται σε κίνδυνο –όπως είναι οι φτωχοί, οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι– και κατά συνέπεια να διασφαλίσουν την ισότητα στην πρόσβαση (<https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-bismarck-versus-beveridge>) .

Το Ιανουάριο του 2006 , θεσπίζεται βάσει νόμου η υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση των πολιτών . Για τους πολίτες οι οποίοι ανήκουν σε ασθενέστερα οικονομικά στρώματα , δίνεται η δυνατότητα αποζημίωσής τους έπειτα από διοικητικές διαδικασίες . Η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη δεν συμπεριλαμβάνει στο βασικό ασφαλιστικό πακέτο το οποίο προσφέρει στους εν δυνάμει ασφαλιζόμενους , την κάλυψη της υγειονομικής θεραπείας κάποιων ασθενειών . Επιρόσθετα , το Σύστημα Υγείας της Ολλανδίας , βασίζεται στον θεσμό του gatekeeping . Ο Gatekeeper (GP) , αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ ιατρού και ασθενούς καθώς είναι αυτός που κρίνει εάν η επίσκεψη του ιατρού σε καποιον συγκεκριμένο ασθενή είναι απαραίτητη ή μπορεί να αποφευχθεί . Πιο συγκεκριμένα , ο GP στο Ολλανδικό σύστημα υγείας αποτελεί σημείο αναφοράς καθορίζοντας εάν ο εν δυνάμει ασθενής θα αποκτήσει πρόσβαση σε άλλα μέρη του συστήματος Υγείας ή όχι . Στην περίπτωση των μη καταγεγραμμένων μεταναστών , ο GP , έχει το δικαίωμα να αποφασίσει ο ίδιος εάν θα παρέχει ιατρική φροντίδα ή όχι . Εάν κάποιος επιθυμεί οπωσδήποτε την ιατρική

επίσκεψη , μπορεί να πραγματοποιήσει μία ιατρική εξέταση πληρώνοντας ένα παραπάνω ποσό . Λόγω της δυσκολίας πρόσβασης σε δωρεάν ιατρική επίσκεψη , η πλειοψηφία των μεταναστών και των ανθρώπων που υπάγονται σε κάποια εθνική μειονότητα , δεν καταφεύγουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά στα επείγοντα , όπου η παροχή ιατρικής φροντίδας είναι δωρεάν .

Η υπερχρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών και η υπερπήδηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης , συνηγορούν στην αύξηση του κόστους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών . Το Ολλανδικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό επαγγελματισμού και την μικρή συνεισφορά μικρών εθελοντικών οργανισμών όπως για παράδειγμα το Vluchtelingenwerk , που αποτελεί έναν συμβουλευτικό οργανισμό για τους πρόσφυγες (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) .

Στις 1 Ιουλίου του 1998 , ψηφίζεται ο Linkage Law ; ή αλλιώς “koppelingswet” στον οποίο περιγράφονται οι υπηρεσίες υγείας στις οποίες έχουν πρόσβαση μη καταγεγραμμένοι μετανάστες . Λαμβάνεται μία αποζημίωση της τάξεως των 5 εκατομμυρίων ευρώ τον χρόνο για την κάλυψη των θεραπειών αυτών . Πιο αναλυτικά , αναφέρεται σαφώς η παροχή ιατρικής βοήθειας στην περίπτωση που χρήζουν άμεσης και επείγουσας ιατρικής φροντίδας . Στην περίπτωση που ένας παράνομος μετανάστης διαγνωσθεί με μία οξεία ασθένεια , η διαδικασία της απέλασής του αναβάλλεται για ένα μικρό χρονικό διάστημα . Στην περίπτωση των μη καταγεγραμμένων μεταναστών , ο GP , έχει το δικαίωμα να αποφασίσει ο ίδιος εάν θα παρέχει ιατρική φροντίδα ή όχι (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters , Mladovsky 2007) .

Αξίζει να σημειωθεί , πως εξαιρώντας τις ακόλουθες εθνικές πολιτικές πρακτικές και

πρωτοβουλίες για την θέσπιση της υγείας των μεταναστών , οι περισσότερες πολιτικές υγείας που καταγράφονται στην Ολλανδία , είναι αποτέλεσμα τοπικών πρωτοβολιών συχνά περιορισμένου χρονικού διαστήματος . Η Ολλανδία , αποτελώντας μία παραδοσιακή πλέον χώρα μετανάστευσης , ακολουθεί πρακτικές πολιτισμικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών από το 1980 χωρίς όμως να επικεντρώνεται στον υγειονομικό τομέα και την υγεία των μεταναστών .

Το 1997 , εγκαθιδρύεται από το Dutch Science Foundation , ένα ερευνητικό πρότζεκτ , με θέμα το “culture and health” , δηλαδή το “κουλτούρα και υγεία” , στόχος του οποίου ήταν να προάγει την έρευνα και να επιβραβεύσει τις καινοτόμες ιδέες αναφορικά με τον τομέα της μεταναστευτικής πολιτικής της υγείας (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) .

Το 2000 δημοσιεύονται από το Council for Public Health and Health Care , 2 έρευνες (RVI2000a , RVI2000b) , στις οποίες υπογραμμίζονται οι ανάγκες των μετανάστων και των εθνικών μειονοτήτων αναφορικά με τις δυσκολίες πρόσβασής τους στο εθνικό σύστημα υγείας καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οι οποίες τους παρέχονται (Cattacin 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) .

Το 2001 εγκαθιδρύεται από τον Υπουργό Υγείας ένα νέο πρότζεκτ , με στρατηγικό στόχο το “interculturalising” , δηλαδή η διαπολιτισμικότητα , ως απάντηση στην δημοσίευση των δύο προαναφερθέντων ερευνών . Η έμφαση του συγκεκριμένου πρότζεκτ , δινόταν στην διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας των μεταναστών και των εθνικών μειονοτήτων . Επιπρόσθετα , ιδρύεται το GGZ NEDERLAND (ένα κέντρο για την ψυχική υγεία) , το οποίο και επιβλέπει ένα τετραετές Σχέδιο Δράσης (Action Plan) για την διαπολιτισμική ψυχική υγείας (“intercultural mental health”) (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) . Το 2003 ο ίδιος Υπουργός Υγείας καταργεί την ομάδα αυτή δεδομένου ότι δεν παρήγαγε ουσιαστικό έργο στα πλαίσια της υγειονομικής μεταναστευτικής πολιτικής . Στα πλαίσια της νέας κυβέρνησης της Ολλανδίας , το 2004-2005 χαράσσεται νέα στρατηγική αναφορικά με τους μετανάστες

καθώς ο υπουργός υγείας ανακοινώνει πως οι ίδιοι οι μετανάστες οφείλουν να προσαρμοστούν στο σύστημα υγείας της Ολλανδίας . (Mladovsky 2007) .

Βασικός στόχος της υγειονομικής μεταναστευτικής πολιτικής που ακολούθησε η Ολλανδία αποτελούσε η βελτίωση της ψυχικής υγείας των μεταναστών . Για τον λόγο αυτό , δημιουργήθηκε ένα ειδικό κέντρο με την ονομασία MIKADO , το οποίο αποτελούσε ένα κέντρο ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα ένα “intercultural mental health center of expertise”. Το πρόγραμμα αυτό επιδοτήθηκε με κυβερνητική χρηματοδότηση έως το 2007. Το κέντρο ψυχικής υγείας MIKADO , καταπιάνεται με τομείς που αφορούν την κοινωνική εργασία , την φροντίδα ηλικιωμένων στα πλαίσια του να είναι προσιτή σε όλους ανεξαρτήτως εθνικότητας ή πολιτιστικού υποβάθρου . Συγκεντρώνει τις υπάρχουσες γνώσεις , εμπειρίες και εμπειρογνωμοσύνη σε θέματα μετανάστευσης , διαπολιτισμικής (υγειονομικής) περίθαλψης και διαπολιτισμικής ψυχιατρικής . Διανέμει πληροφορίες, προσφέρει συμβουλές από ειδικούς, ξεκινάει έρευνα και ενθαρρύνει την ανταλλαγή γνώσεων και τη συνεργασία . Μέσω της ιστοσελίδας του , των συνεδρίων , των master classes (μεταπτυχιακών μαθημάτων) , δημοσιεύσεων και περιοδικών , παρέχουν προσβάσιμες πηγές πληροφοριών σε ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών . Αυτοί περιλαμβάνουν τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους διευθυντές φροντίδας υγείας , τους σπουδαστές , τους ερευνητές και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής (Cattacin *et al* 2007 , Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) .

Στην συνέχεια , αξίζει να σημειωθεί πως από το 1988 στην Ολλανδία , εξειδικευμένοι προαγωγοί υγείας (health promoters) , σε συνεργασία με το Institute of Health promotion and disease prevention , παρέχουν στους μετανάστες πληροφορίες αναφορικά με την πρόσβαση τους στο εθνικό σύστημα υγείας . Το πρόγραμμα αυτό δεν λαμβάνει κυβερνητική χρηματοδότηση , και για αυτό τον λόγο υποστηρίζεται και πραγματοποιείται όταν συγκεντρώνονται αρκετά κονδύλια για την εκτέλεσή τους από τους τοπικούς αρμόδιους φορείς . Σύμφωνα με τους Mladovsky *et al* , η ύπαρξη διαμεσολαβητών μεταξύ των μεταναστών και των health practitioners (επαγγελματιών

υγείας) , οι οποίοι λειτουργούσαν ως μεταφραστές , βελτίωσε κατά πολύ την ποιότητα υγείας των μεταναστών και ενίσχυσε την προσβασιμότητά τους στο εθνικό σύστημα υγείας . Η Ολλανδία , είναι μία από τις χώρες που υιοθέτησαν το παραπάνω μέτρο στα πλαίσια της υγειονομικής μεταναστευτικής πολιτικής που ακολούθησαν .

Η Ολλανδία , πριν το 2002 με την αλλαγή της πολιτικής της κυβέρνησης αποτελούσε υπόδειγμα για τις υπόλοιπες χώρες κράτη μέλη της ΕΕ αναφορικά με τις προοδευτικές μεταναστευτικές πολιτικές ενσωμάτωσης , ένταξης και διατήρησης της υγείας των μεταναστών που ακολουθούσε. Πιο συγκεκριμένα ,

- Το 1993 , ιδρύεται από την κυβέρνηση το “Pharos Foundation for Refugees and Health” αναλαμβάνοντας την υγειονομική υποστήριξη των προσφύγων. Εικονικά , οι μετανάστες με τους γηγενείς απολαμβάνουν τις ίδιες υπηρεσίες υγείας τα προβλήματα όμως στην πρόσβαση που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες καθώς και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν απουσιάζουν . Το Pharos Foundation , αποτελεί ένα κέντρο το οποίο καταπιάνεται με την καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας . Η πρακτική που ακολουθεί είναι συνολική και στοχευμένη στην αντιμετώπιση των παρακάτω προβλημάτων : στην αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων των μεταναστών , την περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων , την αντιμετώπιση του ακρωτηριασμού των γυναικείων γεννητικών οργάνων (συνηθισμένη πρακτική στις χώρες προέλευσης των προσφύγων) , την ελλιπή γνώση και πληροφόρηση των μεταναστών αναφορικά με τις υποδομές και τα δικαιώματα που έχουν όπως ορίζονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Χώρας , και τέλος την φροντίδα ηλικιωμένων (<https://www.pharos.nl/english/>)

- το έτος 2000 , ο Υπουργός Υγείας ανακοίνωσε την θέσπιση μίας σειράς μέτρων χρηματοδοτούμενων από την κυβέρνηση με στόχο την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους μετανάστες και τις εθνικές μειονότητες (Cattacin *et al* 2007) .
- Το 2002 , η αλλαγή της πολιτικής ηγεσίας στην Ολλανδία επιφέρει αλλαγές στα μέτρα και τις πρακτικές που είχε υιοθετήσει η προγενέστερη κυβέρνηση αναφορικά με το μεταναστευτικό . Η δημιουργία ενός εχθρικού κλίματος απέναντι σε πολίτες με καταγωγή από την Τουρκία και κυρίως το Μαρόκο , εξαιτίας της αναφερόμενης μη ομαλής ένταξής και ενσωμάτωσής τους , φέρνει στην εξουσία το νέο αυτό πολιτικό κόμμα με ηγέτη τον Pim Fortuyn . Η πολιτική καμπάνια του προαναφερθέντος συμπεριελάμβανε την πλήρη απαγόρευση της μετανάστευσης . Ως επί το πλείστον , η πολιτική που ακολούθησε η νεοαφιχθείσα κυβέρνηση είχε ως αρχή την μετακύλιση του βάρους της ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών , αλλά και της διατήρησης της υγείας τους , στους ίδιους τους μετανάστες (Ingleby and Waters) .
- Το 2004 ο Minister of Health , Welfare and Sport , ανακοίνωσε την απόφαση περί απουσίας οποιασδήποτε βοήθειας προς τις μεταναστευτικές ροές της Ολλανδίας . Ταυτόχρονα , δύο κυβερνητικά προγράμματα που είχαν ενταχθεί στα πλαίσια της μεταναστευτικής υγειονομικής πολιτικής της Ολλανδίας , το “Culture and Health” , και το “Action plan” , τερματίζονται στο πλαίσιο των πολιτικών μεταρρυθμίσεων της νέας κυβέρνησης (Cattacin *et al* 2007) .
- Το 2009 , μία νέα πολιτική μεταρρύθμιση αυξάνει την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας των παράνομων μεταναστών χωρίς νόμιμη άδεια παραμονής (Mladovsky *et al* 2012 , Cattacin *et al* 2007 , Ingleby and Watters) .

Συμπερασματικά , αναφερόμενοι στις πολιτικές υγείας για τους μετανάστες και τις εθνικές μειονότητες τις οποίες ακολούθησε η Ολλανδία μπορούμε να διακρίνουμε την πραγματοποίηση 130 πρωτοβουλιών κατά το χρονικό διάστημα του 1995 – 2002 . Από το σύνολο των πρωτοβουλιών αυτών , μόνο το 10% έχει μόνιμο χαρακτήρα ενώ μόνο

το 25% εξ αυτών έχει αξιολογηθεί . Οι πρωτοβουλίες αυτές αφορούν μετανάστες που καταφθάνουν στην Ολλανδία ως εργατικό δυναμικό καθώς και απο-αποικιοκράτες . Οι οργανισμοί ακολουθούν παρόμοιες πρωτοβουλίες , ενώ λόγω του προσωρινού χαρακτήρα των πολιτικών που ακολουθούνται και της απουσίας αξιολόγησής τους , ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητάς τους καθίσταται εξαιρετικά δύσκολος . Λόγω της εξαιρετικά συντηρητικής πολιτικής που ακολουθεί η Ολλανδία σε θέματα του μεταναστευτικού συμπεριλαμβανομένης και της υγείας των μεταναστών , ο ετήσιος προϋπολογισμός για την υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών ανέρχεται στα 150.000 ευρώ (Mladovsky *et al* 2012 , Cattacin *et al* 2007 , Ingleby and Watters) .

Τέλος , ιδρύεται το MOA , ή αλλιώς Community Health Service for Asylum Seekers (Υπηρεσίες υγείας της Κοινότητας στους αιτούντες άσυλο) . Οι υπηρεσίες και η φροντίδα υγείας η οποία παρέχεται στους αιτούντες άσυλο , ισοδυναμεί με αυτή που λαμβάνουν οι Ολλανδοί πολίτες . Πιο συγκεκριμένα , οι αιτούντες άσυλο διαθέτουν πρόσβαση σε Gps , φαρμακοποιούς , οδοντιάτρους , φυσιοθεραπευτές , νοσοκομεία , ψυχοθεραπευτές καθώς και σε οικιακές υπηρεσίες (Mladovsky 2007) .

4.4.10 ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Το 2002 στην Πορτογαλία υπολογίζεται ότι ο αριθμός των αιτούντων άσυλο ήταν 245 (Ingleby and Watters) . Παρόλα αυτά , υπολογίζουμε ότι δεν πρόκειται για τον πραγματικό αριθμό των μεταναστών καθώς οι παράνομοι μετανάστες δεν είναι συνυπολογισμένοι στον αριθμό αυτό . Στους παράνομους συμπεριλαμβάνονται κυρίως οι αιτούντες άσυλο η αίτηση των οποίων έχει απορριφθεί καθώς και μετανάστες που δεν επιθυμούν ή δεν μπορούν να ξεκινήσουν την διαδικασία της αίτησης .

Παραδοσιακά , η Πορτογαλία από το 1950 και μετά αποτελούσε κυρίως χώρα αποστολής μεταναστών σε χώρες κυρίως όπως η Β. Αμερική , η Β. Ευρώπη αλλά και η

Βραζιλία . Από το 1974 μετά την επανάσταση ενάντια του δικτάτορα Σαλαζάρ , η Πορτογαλία δέχεται το πρώτο μεταναστευτικό κύμα , το οποίο αποτελούνταν κυρίως από μετα- αποικιοκράτες , προερχόμενους από το PALOP (Portuguese Speaking African Countries) ;όπως για παράδειγμα η Mozambique , η Guinea – Bissau κτλ . Στα τέλη της δεκαετίας του 1990 , ξεκίνησε να δέχεται μετανάστες με στόχο την ενίσχυση του εργατικού δυναμικού της , με χώρα προέλευσης την Ουκρανία . Τις χρονιές 1992 , 1996 και 2001 , παραχωρείται άσυλο σε παράνομους μετανάστες , διαχωρίζοντας την Πορτογαλία από τις Βορειοευρωπαϊκές χώρες που ακολουθούσαν αυστηρά περιοριστικές μεταναστευτικές πολιτικές . Παρόλα αυτά , ακολουθεί αυστηρή πολιτική όσον αφορά τους αιτούντες άσυλο , απορρίπτοντας το 97% των αιτήσεων . Δεν λείπουν οι μετανάστες θύματα πολιτικής βίας οι οποίοι εισέρχονται παράνομα στην Πορτογαλία . Όσοι όμως μετανάστες δεν εισέρχονται παράνομα , αντιμετωπίζουν ένα πλήθος γραφειοκρατικών δυσκολιών καθώς και πολλά γλωσσικά τροχοπέδη (Mladovsky *et al* 2012 , Ingleby and Watters) .

Η δομή του Εθνικού συστήματος υγείας της Πορτογαλίας μέχρι το 1974 διέφερε από των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών χωρών , αργότερα όμως , υιοθετήθηκε το μοντέλο των τριών πυλώνων στο οποίο βασίζεται και η υπόλοιπη Ευρώπη . Αρχικά , υπάρχει ο NHS , καθορισμένα ασφαλιστικά συστήματα για ομάδες επαγγελματιών και τέλος η ιδιωτική ασφάλιση . Ο GP (general practitioner) και αυτή την φορά , καθίσταται υπεύθυνος για την εισαγωγή των ασθενών στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας . Όλοι οι νόμιμοι μετανάστες έχουν ίσα δικαιώματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με τους Ισπανούς . Η προσοχή της Πορτογαλίας στρέφεται στην ψυχική υγεία των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο , με παρεμφερείς τρόπους με αυτούς που ακολούθησε η Ισπανική κυβέρνηση , παρατηρούμε όμως φανερά την έλλειψη προσοχής στην πολιτική ατζέντα της κυβέρνησης της Πορτογαλίας σε θέματα “πολυπολιτισμικότητας” (Mladovsky 2012 , Ingleby and Watters) .

Το 2007 , δημοσιεύεται το Plan immigrant integration , ένα σχέδιο πολιτικών υγείας και όχι μόνο , για τους μετανάστες , το οποίο ανανεώθηκε το 2010 και υλοποιήθηκε

μέχρι και το 2013 .

Στο ανανεωμένο σχέδιο που υλοποιήθηκε την περίοδο 2010 -2013 αναφέρονται τα εξής μέτρα για την υγεία (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy):

- μέτρο 35 : στόχος η προώθηση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών του NHS από μετανάστες (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy) .
- μέτρο 36 : υλοποίηση εκπαιδευτικού προγράμματος για επαγγελματίες υγείας (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy) .
- μέτρο 37 : εφαρμογή προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας φιλικών προς τους μετανάστες (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy) .
- μέτρο 38 : ανάπτυξη συνεργασιών για την προώθηση της πρόσβασης των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy) .
- μέτρο 39 : ιδρυματοποίηση των διαδικασιών , που έχουν διαμορφωθεί προκειμένου να βελτιωθεί το υγειονομικό μάνατζμεντ και διευκόλυνση πρόσβασης των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy)
- μέτρο 40 : προώθηση πρωτοβουλιών για την ψυχική υγεία των μεταναστών (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy) .

Το πρώτο σχέδιο με τίτλο Plan for Immigrant Integration , που ξεκίνησε το 2007 και ανανεώθηκε το 2010 , περιλαμβάνει 106 νέα μέτρα το οποία στοχεύουν στην ενίσχυση της ισότητας στον τομέα της υγείας . Μερικά από τα οποία είναι τα ακόλουθα (High Commission of Immigration and Intercultural Strategy) .

- η προώθηση και η υλοποίηση σχεδίων στα πλαίσια της κοινότητας προκειμένου να καταπολεμήσουν την ελλειπή πληροφόρηση των μεταναστών αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας , αλλά και η ενθάρρυνσή τους να τις χρησιμοποιούν

(MS/ARS)

- πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αλλοδαπών χωρίς άδεια παραμονής (MS/ARS) .
- Η ενσωμάτωση των νοσοκομείων της χώρας στο δίκτυο των φιλικών προς τους μετανάστες νοσοκομείων - Migrant Friendly Hospitals (MS/ARS) .
- προσβασιμότητα των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη (MS/ARS) .

Το 2015 , εγκαινιάζεται το Strategic Plan for Immigrants το οποίο κα διήρκεσε πέντε χρόνια . Πρόκειται για ένα σχέδιο με στόχο την ενίσχυση τόσο της ποιότητας όσο και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (<https://ec.europa.eu/migrant-integration/>)

Στις 20 Μαρτίου του 2015 , τίθεται σε ισχύ μέχρι το 2020 το σχέδιο με τίτλο : “ Portugal Strategic Plans for Migration 2015- 2020 ”(<https://ec.europa.eu/migrant-integration/>)

4.4.11 ΣΟΥΗΔΙΑ

Η Σουηδία μέχρι το 1930 , αποτελούσε παραδοσιακά χώρα αποστολής μεταναστών καθώς από το 1850 μέχρι και τότε , ένα ποσοστό 20% του πληθυσμού της Σουηδίας είχε μεταναστεύσει στην Β. Αμερική . Το 1940 , λαμβάνει μετανάστες που φτάνουν από τον Β 'παγκόσμιο Πόλεμο , ενώ μεταξύ του 1950 -1960 , εμφανίζει αυξημένες ανάγκες για νεό εργατικό δυναμικό , με αποτέλεσμα να καταφθάνουν συνεχώς μετανάστες από τις υπόλοιπες Σκανδιναδικές χώρες , την νότια Ευρώπη και την Τουρκία . Από το 1970 και μετά όμως , λόγω του αυξανόμενου αριθμού μεταναστών που κατέφθαναν συνεχώς , η Σουηδία ακολούθησε πιο περιοριστική μεταναστευτική πολιτική επιτρέποντας κυρίως την μετανάστευση και εγκατάσταση για οικογενειακούς λόγους

(οικογενειακή επανένωση) (Hjern 2012) . Σύμφωνα με τον WHO , τις δεκαετίες 1970 -1980 , οι μετανάστες οι οποίοι κατέφθαναν στην Σουηδία από την Λατινική Αμερική αποτελούσαν θύματα “οργανωμένης βίας” , καθώς είχαν υποστεί βαριές και τρομαχτικές εμπειρίες ψυχολογικής και σωματικής κακοποίησης . Πιο αναλυτικά , το 1980 οι μετανάστες που κατέφθαναν στην Σουηδία προέρχονταν από την Μ. Ανατολή και ο λόγος ήταν η οικογενειακή επανένωση .

Στις 31 Δεκεμβρίου του 2019 , υπολογίζεται ότι το 19% του Σουηδικού πληθυσμού είχε υπόβαθρο μη -Σουηδικής καταγωγής . Το 2005 , πραγματοποιήθηκαν 17.530 αιτήσεις για άσυλο . Σύμφωνα με την Statistics Sweden , σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν την περίοδο 2002-2005 για τις συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών και το υγειονομικό τους προφίλ , βρέθηκε ότι οι άνθρωποι μη- Σουηδικής καταγωγής έχουν χειρότερη υγεία από τους Σουηδούς . Ο λόγος για τον οποίο συνέβαινε αυτό , ήταν σε μεγάλο βαθμό οι συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών στην Σουηδία , καθώς οι μετανάστες δεν απολάμβαναν το ίδιο επίπεδο ζωής με τους αυτόχθονες . Υπολογίζεται ότι χρειάζονται 10 χρόνια για έναν μετανάστη ή πρόσφυγα προκειμένου να αποκτήσει τις ίδιες συνθήκες διαβίωσης με έναν αυτόχθονα (Cattacin 2007 *et al* , Anell *et al* 2012 , Hjern 2012) .

Το σύστημα Υγείας της Σουηδίας , βασίζεται στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού και την δημόσια χρηματοδότηση . Τα fees (κόμμιστρα) , τα οποία πληρώνουν όλοι , συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών , κυμαίνονται μεταξύ των 10-30 ευρώ . Για νέους μικρότερους των 20 ετών , η παροχή ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης είναι δωρεάν . Οι έχοντες άδεια μόνιμης παραμονής , έχουν δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας , ενώ οι αιτούντες άσυλο , δεν διαθέτουν κοινωνική ασφάλιση και έχουν πρόσβαση μόνο στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών . Η Σουηδία είναι χωρισμένη σε 21 περιφέρειες (country councils) , σε κάθε μία από τις οποίες ακολουθούνται διαφορετικές πρακτικές σχετικά με τους παράνομους μετανάστες . Στις πόλεις της Στοκχόλμης , του Γκέτερμποργκ και του Malmö , δημιουργούνται ειδικές κλινικές μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οι οποίες απευθύνονται σε παράνομους

μετανάστες . Το 2006 , το Sahelrenske Hospital , γίνεται το πρώτο νοσοκομείο το οποίο παραχωρεί διακαιώματα στους παράνομους μετανάστες αναφορικά με την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη , ενώ το 2008 , η περιφέρεια του Skåne ακολουθεί το παράδειγμα του Γκέτερμποργκ , παρέχοντας ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειάκη φροντίδα σε παράνομου μετανάστες (Cattacin *et al* 2007 , Anell *et al* 2012 , Hjern 2012) .

Μετά το 1994 , τα παιδιά των αιτούντων άσυλο , απέκτησαν τα ίδια δικαιώματα με τα παιδιά των Σουηδών , ενώ το 2000, τα παιδιά των αιτούντων άσυλο , η αίτηση όμως των οποίων έχει απορριφθεί , αποκτούν ίσα δικαίωματα στην υγεία με τους Σουηδούς πολίτες . Το 2012 , η νομοθεσία τροποποιείται , και πλέον οι μη – καταγεγραμμένοι μετανάστες έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας της Σουηδίας μέσω της πληρωμής κατά πράξη (fee -for -service) , ενώ αν επιθυμούν να μην πληρώσουν έχουν πρόσβαση στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών . Ταυτόχρονα , ανακοινώνεται η εφαρμογή από τον Ιούλιο του 2013 ενός νέου νόμου , σύμφωνα με τον οποίο οι παράνομοι μετανάστες θα έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους asylum seekers (αιτούντες άσυλο) (Cattacin *et al* 2007 , Anell *et al* 2012 , Hjern 2012) .

Οι πρώτες πολιτικές αναφορικά με την υγεία των μεταναστών αναπτύσσονται το 1988 , με το “Inquiry of immigrants” , σύμφωνα με το οποίο προωθούνταν η ισότητα αυτόχθονων και μεταναστών στον τομέα της υγείας , της εκπαίδευσης , και των κοινωνικών υπηρεσιών . Το 1975 , προωθήθηκε η “πολυπολιτισμική στρατηγική” που επικεντρωνόταν στην ισότητα των μεταναστών και εθνικών μειονοτήτων με τους αυτόχθονες σε θέματα υγείας αλλά και κουλτούρας . Στόχος της στρατηγικής αυτής ήταν η διατήρηση της πολιτισμικής και γλωσσικής ταυτότητας των μεταναστών .

Το 2018 , πραγματοποιείται το National Reform Program . Βασικός του στόχος ήταν η ομαλή ενσωμάτωση των νεοεισαχθέντων μεταναστών ως εργατικό δυναμικό , δεδομένου ότι το 50 των μεταναστών χρειαζόνταν ως και δέκα χρόνια προκειμένου να ενσωματωθούν στην αγορά εργασίας . Υπολογίζεται ότι το 2011 το 48, 5% των ατόμων

που έφτασαν εκείνη την χρονιά είχαν δουλειά μετά από μία πενταετία (Government Offices of Sweden) .

Σύμφωνα με τους Anell *et al* , τα σχέδια πολιτικών υγείας με τίτλο Health and Medical Care for Asylum Seekers and Others Act (2008) και το Communicable Diseases Act (2004) ρυθμίζουν την υγειονομική , την ιατρική και οδοντιακή περίθαλψη που απευθύνεται σε όλους τους μετανάστες συμπεριλαμβανομένων και των αιτούντων άσυλο . Επιπλέον αναγράφονται τα εξής : Οι ενήλικοι αιτούντες άσυλο έχουν το δικαίωμα να λάβουν φροντίδα που δεν μπορεί να αναβληθεί , δηλαδή αναζήτηση άμβλωσης , συμβουλές αντισύλληψης και μητρική περίθαλψη . Επιπλέον , τα παιδιά κάτω των 18 ετών τα οποία είναι μη καταγεγραμμένα έχουν τα ίδια δικαιώματα επιδοτούμενης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας όπως τα παιδιά των Σουηδών πολιτών και τα παιδιά των αιτούντων άσυλο .

Τέλος , αναφερόμενοι σε ορισμένες πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης , αξίζει να σημειωθεί πως οι έννομοι μετανάστες στην Σουηδία , διαθέτουν το δικαίωμα διαδήλωσης , και ψήφου σε τοπικές εκλογές (Solé 2015) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας ή αλλιώς ΕΣΥ , δημιουργήθηκε το 1983 , σε μία προσπάθεια για αποκέντρωση του ελληνικού συστήματος υγείας . Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ , ορίζονται οι ακόλουθες βασικές αρχές του οι οποίες είναι οι εξής :

- Η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανήκει στο Κράτος (Κακαλέτσης 2012) .
- Η παροχή αυτών των υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στο σύνολο των πολιτών (Κακαλέτσης 2012) .
- Η παροχή τους γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη , ανεξάρτητα από την οικονομική , την κοινωνική και την επαγγελματική του κατάσταση (Κακαλέτσης 2012) .
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας (Κακαλέτσης 2012) .

Η τελευταία από τις παραπάνω αρχές αναπτύσσεται στη συνέχεια του νόμου, με τη διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων, με τη σύσταση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) και την εκχώρηση γνωμοδοτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια . Η Υγειονομική Περιφέρεια προβλεπόταν να αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία (περιφερειακά και νομαρχιακά)(Κακαλέτσης 2012) .

Οι περιφέρειες στις οποίες χωρίζεται η Ελλάδα είναι οι εξής :

- 1) Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (Κακαλέτσης 2012) .
- 2) Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας (Κακαλέτσης 2012) .
- 3) Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Ηπείρου - Δυτικής Μακεδονίας (Κακαλέτσης 2012) .
- 4) Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου και Ιονίων Νησιών και Δυτικής Ελλάδας (Κακαλέτσης 2012) .
- 5) Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αιγαίου (Κακαλέτσης 2012) .
- 6) Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (Κακαλέτσης 2012) .
- 7) Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης (Κακαλέτσης 2012) .

Παρόλες τις προσπάθειες οι οποίες έγιναν , το ΕΣΥ , λειτούργησε με συγκεντρωτικό χαρακτήρα , αντιβαίνοντας μία από τις βασικότερες αρχές που το έθεσαν σε ισχύ ,αυτήν του αποκεντρωτικού χαρακτήρα . Το γεγονός αυτό οφειλόταν κυρίως στην άμεση εξάρτηση των Υγειονομικών Περιφερειών από την κεντρική εξουσία καθώς και την αδυναμία της αυτοτελούς χρηματοδότησής τους . Ως αποτέλεσμα , η εκάστοτε Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας δεν μπορούσε να διαχειριστεί τα διαθέσιμα κονδύλια , να πραγματοποιήσει διορισμούς , να πραγματοποιήσει πειθαρχικούς ελέγχους και τέλος να προχωρήσει στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση μεταβολών στα πλαίσια της Περιφέρειας . Συμπερασματικά , οι περισσότερες Περιφέρειες παρέμειναν ανεπαρκείς χωρίς να διαθέτουν κανέναν αποκεντρωτικό χαρακτήρα (Κακαλέτσης 2012) .

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα , αποτελεί έναν συνδυασμό του εθνικού συστήματος υγείας (Beveridge) , και του ασφαλιστικού συστήματος υγείας (Bismark) . Στην Ελλάδα επομένως , η κατάσταση εργασίας ή ανεργίας αντίστοιχα είναι άμεσα

συνδεδεμένες με το δικαίωμα για πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες ή όχι . Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα , την περίοδο του 2014 , ο αριθμός των εργαζομένων άγγιζε τα 3,5 εκατομμύρια , ενώ ο άνεργος πληθυσμός υπολογίζεται στο 1,3 εκατομμύριο . Το ποσοστό της ανεργίας υπολογίζεται 26, 5% , ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι είναι το 67, 1% . Οι άνεργοι για λιγότερο από 12 μήνες , συνέχιζαν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μέχρι και έναν χρόνο μετά την λήξη της εργασίας τους , ενώ στην συνέχεια , ο ΟΑΕΔ , μία υπηρεσία για ανέργους , παρέχει υγειονομική κάλυψη για 2 επιπλέον έτη (Kaitelidou *et al* , 2020) . Συνολικά , οι πυλώνες του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η φορολογία , η κοινωνική ασφάλιση , η ιδιωτική ασφάλιση και τα out- of -pocket payments (Papadakaki 2017) .

Η Ελλάδα , από το 2009 , πλήττεται από τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης η οποία δεν άφησε ανεπηρέαστο τον υγειονομικό τομέα . Οι βασικές μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδας για την Υγεία ήταν να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες στο 6% το 2012 από 7% το 2009, καθώς και η αύξηση της αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος μέσα από μεταρρυθμίσεις (Πετρέλης 2016) . Σύμφωνα με τα στοιχεία της Frontex, της αρμόδιας υπηρεσίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για τη διαχείριση της επιχειρησιακής συνεργασίας των εξωτερικών της συνόρων , οι μετανάστες και οι πρόσφυγες που έφθασαν στην Ελλάδα το 2015 ανήλθαν στις 880.000 (Τερζούδης 2016) . Παρόλο που το 2016 σημειώθηκε μία πτώση του αριθμού των μετναστών κατά 79 % , οι μετανάστες οι οποίοι έφτασαν στην Ελλάδα ξεπέρασαν τους 176.000 . Οι κύριες χώρες προέλευσής τους ήταν η Συρία , το Αφγανιστάν , το Ιράκ , ακολουθώντας το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές . Η γειτονική μας Ιταλία , δέχτηκε αντίστοιχα το 2016 181.436 άτομα , μετατρέποντας την Ελλάδα και την Ιταλία στους κύριους αποδέκτες των προσφυγικών ρευμάτων (Kaitelidou *et al* , 2020) . Στην Ελλάδα , όσο και στην Ιταλία και την Ισπανία , οι πρόσφυγες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να μετατραπούν στην πορεία του χρόνου σε οικονομικούς μετανάστες (Solé , 2015) .

Η Ελλάδα , στην δίνη της οικονομικής κρίσης βρέθηκε αντιμέτωπη με μία ολοένα και αυξανόμενη εισροή μεταναστών οι οποίοι διέθεταν εξειδικευμένες υγειονομικές ανάγκες

ποσοαρμοσμένες στις πολιτιστικές ιδιαιτερότητές τους αλλά και στο υγειονομικό τους προφίλ . Κρίθηκε λοιπόν απαραίτητη η θεσμοθέτηση ενός στρατηγικού σχεδιασμού αναφορικά με την ενίσχυση του τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) με στόχο την προαγωγή της υγείας όλων των ατόμων χωρίς να υπόκεινται σε φυλετικές διακρίσεις με στόχο την ομαλή ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία αλλά την ταυτόχρονη προάσπιση της δημόσιας υγείας . Πιο αναλυτικά , η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας κρίνεται απαραίτητη κατά την είσοδο των μεταναστών στην χώρα , δεδομένου των επιδημιολογικών δεδομένων από τις χώρες προέλευσής τους , καθώς και των συνθηκών του ταξιδιού τους μέχρι την άφιξή τους στην χώρα υποδοχής . Στην Ελλάδα , η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από το κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων . Παρόλα αυτά , οι ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, οι μειώσεις των δημοσίων δαπανών για την υγεία και η αυξημένη ζήτηση δημοσίων υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες , λόγω της μείωσης του εισοδήματός τους , δυσχεραίνουν την αποτελεσματική παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Τερζούδης 2016) .

Ο βασικός λόγος παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους μετανάστες κατά την είσοδό τους , είναι η διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Πιο αναλυτικά , μπορούν να μετατραπούν σε φορείς ασθενειών και λοιμωδών νοσημάτων , λαμβάνοντας υπόψη όπως προαναφέρθηκε το επιδημιολογικό προφίλ των χωρών προέλευσής τους , τα μακρινά ταξίδια τα οποία πραγματοποιούν και στα οποία απουσιάζουν τις περισσότερες φορές οι βασικοί κανόνες υγιεινής , καθώς και το χαμηλό βιωτικό επίπεδο των χωρών προέλευσής τους , γεγονότα που συνολικά τους καθιστούν ακόμη πιο ευάλωτους σε διάφορες μεταδοτικές ασθένειες (Τερζούδης 2016) . Επιπρόσθετα , η μη – πρόσβαση των μεταναστών , των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων σε υγειονομικές υπηρεσίες , εντείνει τις κοινωνικές ανισότητες δημιουργώντας ένα περιβάλλον κοινωνικού αποκλεισμού και γκέτο (Kaitelidou *et al* , 2020) .

5.2 Υγειονομικές μεταναστευτικές πολιτικές στην Ελλάδα

Η μεγαλύτερη πρόκληση για τους σχεδιαστές πολιτικών υγείας αναφορικά με τους μετανάστες είναι να υπερπηδήσουν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες σχετικά με την πρόσβαση τους στο σύστημα υγείας της Ελλάδας αλλά και γενικότερα . Τα εμπόδια αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τον εάν προέρχονται από την πλευρά του παρόχου υπηρειών υγείας ή από την πλευρά της ζήτησης , δηλαδή των μεταναστών . Όσον αφορά την πλευρά της προσφοράς , συνήθως εμφανίζονται προβλήματα που οφείλονται στην γραφειοκρατία , σε χρονοβόρες αναμονές στα νοσοκομεία και στα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης , στην μη έγκαιρη και σωστή ενημέρωσή τους αναφορικά με το σύστημα υγείας της χώρας , συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων αλλά και των υποχρεώσεών τους .

Επιπρόσθετα , οι επαγγελματίες υγείας δεν διαθέτουν την κατάλληλη εκπαίδευση προκειμένου να διαχειριστούν περιστατικά ασθενών που υπόκεινται σε ομάδες με ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά . Όσον αφορά την πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας , οι ίδιοι οι μετανάστες δεν μπορούν να υπερπηδήσουν το γλωσσικό εμπόδιο και να επικοινωνήσουν με τους επαγγελματίες υγείας , δεν γνωρίζουν για την δομή του συστήματος υγείας της χώρας υποδοχής ή λόγω διαφορετικών στοιχείων στην κουλτούρα τους δεν αναζητούν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας υπό τον φόβο της προκατάληψης και του κοινωνικού στιγματισμού .(Appoh *et al* , Papadaki 2017) . Πιο συγκεκριμένα , στην περίπτωση της Ελλάδας , οι μετανάστες αναφέρουν πως αντιμετωπίζουν συνεχώς προβλήματα πρόσβασης λόγω των συνεχόμενων τροποποιήσεων και ενημερώσεων των νόμων αναφορικά με την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας . Επιπλέον , επισημαίνεται η εμφανής έλλειψη υποδομών , διαθέσιμων υγειονομικών πόρων καθώς και ανθρώπινου δυναμικού . Τέλος , οι general practitioners στην Ελλάδα , εμφανίζονται αδύναμοι να αντιμετωπίουν τα πολιτιστικά διαφορετικά περιστατικά των μεταναστών , ενώ ο ρόλος τους στην πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας ακόμα παραμένει μη αναγνωρισμένος (Papadaki 2017) .

Η Ελλάδα , παρόλο που μεταξύ του διαστήματος 2008 – 2015 , έχασε σχεδόν το 25% του GDP της , παρείχε και συνεχίζει να παρέχει δωρεάν καθολική πρόσβαση σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες . Η Ελλάδα λειτουργεί την περίοδο αυτή με περιορισμένους πόρους , με περικοπές 40% στο νοσοκομείο στον προϋπολογισμό , έλλειψη προσωπικού , περιστασιακές ελλείψεις σε ιατρικές προμήθειες ενώ εμφανίζονται και περιστατικά δωροδοκίας στο ιατρικό προσωπικό από τους ασθενείς προκειμένου υπερπηδήσουν χρονοβόρες και γραφειοκρατικές διαδικασίες (Papadaki 2017) .

Πιο συγκεκριμένα , με την τροποποίηση του προηγούμενου νόμου το 2016 η Ελλάδα θεσμοθετεί την δωρεάν καθολική δημόσια υγειονομική κάλυψη για όλους τους νόμιμους καταγεγραμμένους Έλληνες πολίτες καθώς και για τους πρόσφυγες , τους αιτούντες άσυλο , τους μη – καταγεγραμμένους μετανάστες , τα ασυνόσευτα παιδιά , τις έγκυες γυναίκες καθώς και οποιονδήποτε βρίσκεται σε κατάσταση απειλητική για την ζωή του (Kaitelidou *et al* , 2020) .

Παρόλα αυτά , δεδομένων των τεράστιων μεταναστευτικών εισροών που δέχεται η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια , οι πολιτικές υγείας τις οποίες έχει αναπτύξει αναφορικά με το μεταναστευτικό εμφανίζονται ανεπαρκείς , γεγονός το οποίο αντανακλάται και στον MIPEX της Ελλάδας για την υγεία των μεταναστών , τα αποτελέσματα του οποίου ήταν πολύ απογοητευτικά . Το MIPEX ή αλλιώς Migrant Integration Policy Index , αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης των πολιτικών που ακολουθούν οι χώρες της ΕΕ , συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας , σχετικά με την ενσωμάτωση και ένταξη των μεταναστών (Papadaki 2017) .

Αναφορικά με τις πολιτικές χορήγησης ασύλου στην Ελλάδα , αποτελεί ακόμα και σήμερα μία διαδικασία , η πρόσβαση στην οποία δεν είναι για όλους ιδίως στα σημεία εισόδου , όπου υπάρχει έλλειψη διερμηνέων, ενημέρωσης και νομικής συνδρομής, καθώς επίσης και πρακτικές που αποθαρρύνουν τους νεο-εισερχομένους να καταθέσουν

αιτήματα ασύλου στα σύνορα , όπως η παρατεταμένη κράτηση σε σχέση με αυτούς που δεν υποβάλλουν αιτήματα . Παρεμφερή προβλήματα , αντιμετωπίζονται και στις Αστυνομικές διευθύνσεις της χώρας , όπως για παράδειγμα στην Διεύθυνση Αλλοδαπών Αττικής , όπου καταφεύγουν οι αιτούντες άσυλο προκειμένου να καταγράψουν το αίτημά τους . Ο κίνδυνος ο οποίος υφίσταται για τους αιτούντες άσυλο είναι να συλληφθούν ως «χωρίς χαρτιά» και να επαναπροωθηθούν στις χώρες καταγωγής ή διαμονής τους, όπου ενδεχομένως κινδυνεύει η ζωή τους . Τέλος , οφείλουμε να αναφερθούμε στην έλλειψη διαδικαστικών και ουσιαστικών εγγυήσεων αναφορικά με τη διερμηνεία, την ποιότητα των συνεντεύξεων, την ποιότητα των αποφάσεων κλπ. Η προβληματική λειτουργία του συστήματος είχε ως συνέπεια , πολλοί πρόσφυγες να μην καταφέρνουν ή να μη θέλουν να ζητήσουν άσυλο στην Ελλάδα (μη εμπιστευόμενοι τη σχετική διαδικασία και προσβλέποντας να φθάσουν σε άλλη χώρα της Ε.Ε. όπου υπάρχουν εγγυήσεις πως θα τους χορηγηθεί καθεστώς προστασίας εφόσον το δικαιούνται) , ενώ αντίθετα , αμιγώς οικονομικοί μετανάστες να προστρέχουν στη διαδικασία ως μόνο τρόπο για να νομιμοποιήσουν προσωρινά τη διαμονή τους στη χώρα (μέχρις ότου το αίτημά τους απορριφθεί , κάτι που μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια) . Ενδεικτικά, οι αιτήσεις ασύλου το 2011 ήταν 9.311 . Από αυτές , το 24,80% υποβλήθηκαν από Πακιστανούς , το 12,04% από Γεωργιανούς , το 6,84% από Αφγανούς , το 6,61% από Μπαγκλαντεσιανούς , το 4,36% από Κινέζους και ακολουθούν υπήκοοι άλλων χωρών (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας).

5.3 Το υγειονομικό προφίλ των μεταναστών στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τους Kaitelidou *et al* , οι ανασφάλιστοι , οι άποροι , οι κοινωνικά ευάλωτες ομάδες και οι μετανάστες ικανοποιούν λιγότερο τις υγειονομικές τους ανάγκες (την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και σε φαρμακευτική αγωγή) , σε σύγκριση με τους ασφαλισμένους . Πιο αναλυτικά , αναφέρουν ότι οι μετανάστες οι οποίοι αντιμετωπίζουν ένα χρόνια νόσημα , πολύ συχνά δεν λαμβάνουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για τους εξής λόγους :

- λόγω των υψηλών co- payments τα οποία αδυνατούν να πληρώσουν.
- σε περίπτωση που δεν είναι ασφαλισμένοι , αναγκάζονται να επωμιστούν ολόκληρο το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής την οποία λαμβάνουν .
- αγνοούν την διαδικασία παραλαβής των φαρμάκων τους .
- έχουν χαμηλό οικογενειακό εισόδημα .
- και τέλος διαθέτουν την αντίληψη ότι τους συνταγογραφούνται φάρμακα τα οποία δεν χρειάζονται πραγματικά .

5.4 Κέντρα Υποδοχής Μεταναστών

Όταν οι μετανάστες εισέρχονται στην Ελλάδα συλλαμβάνονται και οδηγούνται στα κέντρα κράτησης μεταναστών. Σύμφωνα με τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα οι συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα κράτησης μεταναστών είναι τραγικές και απάνθρωπες και επικρατεί συνωστισμός . Τον Σεπτέμβριο 2010 , κλιμάκιο της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε. για τους Πρόσφυγες χαρακτήρισε τραγική την κατάσταση στα κέντρα κράτησης και το φαινόμενο των μεταναστευτικών ροών που αντιμετωπίζει η Ελλάδα ως «ανθρωπιστική κρίση» (<https://el.wikipedia.org/wiki/>) .

Τα κέντρα υποδοχής και φιλοξενίας μεταναστών ή αλλιώς First Reception Centers ή FRCs , ξεκίνησαν να σχεδιάζονται στην Ελλάδα το 2010 . Τα επονομαζόμενα “hotspots” ύστερα από την αναφορά της European Commission στα “τεράστια μεταναστευτικά ρεύματα” , ξεκίνησαν να δημιουργούνται κατά κύριο λόγο στα Ελληνικά νησιά . Το πρώτο κέντρο δημιουργήθηκε το 2013 στον Έβρο , ακολούθησε το κέντρο στην Λέσβο τον Οκτώβρη του 2015 , το κέντρο στην Χίο , στην Σάμο , στην Λέρο και στην Κω το οποίο ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2016 (Gunst 2019) . Τα κέντρα αυτά αρχικά είχαν σχεδιαστεί να έχουν χωρητικότητα 7450 ατόμων , στην συνέχεια φιλοξένησαν 5575 άτομα , ενώ τον Δεκέμβριο του 2017 το κέντρο στην Λέσβο έφτασε να φιλοξενεί 11.000 άτομα . Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η έλλειψη χωρητικότητας στα FRCs , το όρια του εκάστοτε κέντρου αναδιομορφώθηκαν

προκειμένου να συμπεριληφθούν ολόκληρα νησιά ως περιοχές περιορισμού . Στις 18 Μαρτίου του 2016 , η συμφωνία που πραγματοποιεί η Τουρκία με την ΕΕ , έχει ως κεντρικό θέμα την επιστροφή των μεταναστών και των προσφύγων πίσω στην Άγκυρα εφόσον δεν είχαν πραγματοποιήσει επίσημη αίτηση για άσυλο στην Τουρκία . Το γεγονός αυτό οδήγησε σε μειωμένο αριθμό προσφύγων οι οποίοι κατέφθασαν στην Ελλάδα το 2016 , σε σχέση με το 2015 .

Τον Αύγουστο του 2017 , αλλάζουν οι στρατηγικές χορήγησης κονδυλίων από την ΕΕ , καθώς πλέον τα κονδύλια αυτά που πριν χρησιμοποιούνταν για την ενίσχυση των ΜΚΟ , πλέον διοχετεύονται μέσω των ελληνικών αρχών . Το γεγονός αυτό , οδήγησε πολλές ΜΚΟ , στο να αποσυρθούν από τον ελλαδικό χώρο , πλήττοντας σε μεγάλο βαθμό την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών προς τους πρόσφυγες . Ταυτόχρονα , τον κλείσιμο των συνόρων με την Βόρεια Μακεδονία (North Macedonia) στις 20 Μαρτίου του 2016 , οδήγησε πολλούς μετανάστες στο να εγκλωβιστούν στην Ελλάδα με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αυτοσχέδιοι καταυλισμοί στο Κιλκίς , στην Ειδομένη και σε ένα βενζινάδικο της ΕΚΟ . Τον Μάιο του 2016 , οι καταυλισμοί αυτοί καταστρέφονται από τις ελληνικές αρχές και οι πρόσφυγες αυτοί μεταφέρονται σε επίσημα κέντρα κράτησης .

5.5 Το έργο του ΚΕΕΛΠΝΟ

Κατά την διάρκεια του 2012 -2015 , ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας στην Ελλάδα και το ΚΕΕΛΠΝΟ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας) , πραγματοποίησαν μία αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας προκειμένου να διαπιστωθεί η ικανότητα διαχείρισης της προσφυγικής κρίσης . Προτάθηκε η δημιουργία ενός ενδεχόμενου σχεδίου προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των τεράστιων προσφυγικών εισροών στην Ελλάδα , καθώς και η δημιουργία ενός πανελλαδικού δικτύου διαμεσολαβητών προκειμένου να αμβλυνθούν οι πολιτιστικές διαφορές και να υπερπηδήσουν τα γλωσσικά εμπόδια . Επιπλέον προτάθηκε η ενοποίηση και εναρμόνιση των συστημάτων συλλογής πληροφοριών για

τους πρόσφυγες σε εθνικό επίπεδο (Gunst 2019) . Πιο αναλυτικά , το ΚΕΕΛΠΝΟ , με δελτίο τύπου το οποίο εξέδωσε το 2015 , ανακοίνωσε τον στρατηγικό σχεδιασμό των δράσεων που θα ακολουθηθούν για την προάσπιση της υγείας των προσφύγων αλλά και την προάσπιση της δημόσιας υγείας . Το σχέδιο περιελάμβανε τα εξής :

- Δημιουργία αυτόνομων δομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στις πύλες εισόδου των νησιωτικών περιοχών και στα ΠΚΚΜ Αττικής . Οι δομές αυτές θα έχουν χαρακτήρα Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων, τα οποία θα στελεχωθούν με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και θα διαθέτουν τον αναγκαίο υλικοτεχνολογικό εξοπλισμό .
- Δημιουργία ενός κεντρικού μηχανισμού εποπτείας και διοίκησης των παραπάνω δομών απευθείας από το ΚΕΕΛΠΝΟ .
- Δράσεις εκπαίδευσης και προετοιμασίας όσων εμπλέκονται στο μηχανισμό υποδοχής και υποστήριξης των προσφύγων και μεταναστών (στελέχη Ελληνικής Αστυνομίας, Λιμενικού κλπ.) .
- Δημιουργία συστήματος καταγραφής και αξιολόγησης επιδημιολογικών δεδομένων .
- Εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των τοπικών κοινωνιών .

Τέλος , διευκρινίζεται ότι το κόστος του Έργου θα καλύπτεται από ευρωπαϊκά κονδύλια και δεν θα επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό (<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/3209-sxedio-keelpno-gia-prosfyges-metanastes>) .

Το ΚΕΕΛΠΝΟ , ανέλαβε και επιπλέον δράσεις στα πλαίσια της προάσπισης της δημόσιας υγείας αλλά και της υγείας των προσφύγων και των μεταναστών . Το 2013 , ο ΠΟΥ , ανακοινώνει την ύπαρξη συρροής κρουσμάτων πολιομυελίτιδας σε παιδιά κάτω των δύο ετών απο την Συρία . Το ΚΕΕΛΠΝΟ , λαμβάνοντας υπόψην του το γεγονός πως η χώρα μας αποτελεί χώρα προσέλευσης για μετανάστες από ενδημικές περιοχές όπως για παράδειγμα το Πακιστάν, Αφγανιστάν, Νιγηρία, και πρόσφατα την Συρία , καθώς και της ύπαρξης κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού με χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη , όπως οι αθίγγανοι και οι μετανάστες , προέβει σε αρκετά μέτρα . Αρχικά , εντατικοποίησε τους επιδημιολογικούς και τους συμπληρωματικούς εργαστηριακούς ελέγχους , κυρίως ομάδων υψηλού κινδύνου όπως των αθίγγανων και των μεταναστών . Επιπρόσθετα ενίσχυσε τους εμβολιαστικούς ελέγχους σε όλο τον πληθυσμό δίνοντας έμφαση σε ομάδες χαμηλής εμβολιαστικής κάλυψης όπως οι μετακινούμενοι πληθυσμοί , οι πρόσφυγες , οι αθίγγανοι , οι αιτούντες άσυλο και οι μετανάστες . Τέλος , πραγματοποιήθηκε εξειδικευμένη ενημέρωση στην Πρεσβεία χωρών , όπου ευδοκίμει η πολιομυελίτιδα όπου τονίστηκε η ανάγκη εμβολιασμού του πληθυσμού τους προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έκδοση visa στη χώρα μας (<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/2001-anakoinwsh-toy-ke-el-p-no-gia-thn-poliomyelitida>) .

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες , όπως προαναφέρθηκε , αποτελούν ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες στο να νοσήσουν από λοιμώδη νοσήματα κυρίως λόγω του ενδημικού προφίλ των χωρών προέλευσής τους καθώς και των ελλিপών συνθηκών υγιεινής που αντιμετωπίζουν κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους . Για τους λόγους αυτούς το ΚΕΕΛΠΝΟ , εξέδωσε το 2012 ένα άρθρο σύμφωνα με το οποίο θα προσπιζόταν η δημόσια υγεία και θα περιοριζόταν η εξάπλωση των λοιμωδών νοσημάτων . Πιο αναλυτικά καθιερώθηκε έλεγχος των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο για τα ακόλουθα νοσήματα : ενεργός φυματίωση , ελονοσία, πολιομυελίτιδα από φυσικό τύπο ιού (wildtype) , ενεργός σύφιλη η οποία είναι στο στάδιο της μετάδοσης , ενεργός λέπρα η οποία είναι στο στάδιο της μεταδόσεως , αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (lymphogranulomaVenereum) , Βουβωνικόκοκκίωμα (granuloma inguinale /

Doponanosis) , μαλακό έλκος (chancroid), Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί . Στην περίπτωση δε που οι αλλοδαποί έχουν εισέλθει παράνομα στη χώρα περιορίζονται κατά τρόπο τέτοιο ώστε να μην αποτελούν κίνδυνο για τη Δημόσια Υγεία . Επιπρόσθετα , εκπονούνται ολοκληρωμένα προγράμματα που αφορούν τους πληθυσμούς μεταναστών με χρήση κριτηρίων αυξημένου κινδύνου για την μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων επικίνδυνων για την Δημόσια Υγεία μετά από πρόταση του ΚΕΕΛΠΝΟ . Στις ομάδες υψηλού κινδύνου για τις παραπάνω ασθένειες εντάσσονται ιδίως οι προερχόμενοι από χώρες που ενδημούν τέτοια νοσήματα ή όσοι είναι εκδιδόμενα πρόσωπα που στερούνται βιβλιαρίου υγείας ή είναι χρήστες ναρκωτικών ουσιών , ή διαβιούν σε οικίες ή άλλους χώρους όπου δεν πληρούνται οι στοιχειώδεις όροι υγιεινής (συμπεριλαμβανομένων και των αστέγων) . Επιπλέον , το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενημέρωνε διαρκώς τις αρμόδιες Υπηρεσίες στα σημεία εισόδου στη χώρα , για τις χώρες που ενδημούν λοιμώδη νοσήματα και παρέχει κάθε αναγκαία πληροφορία για τις ομάδες υψηλού κινδύνου ως προς τα νοσήματα αυτά και κάθε σχετικό θέμα . Τέλος , οι μετανάστες που ελέγχονταν για τα παραπάνω αναφερόμενα νοσήματα και εφόσον δεν νοσούσαν από αυτά ή είχαν θεραπευθεί , εφοδιάζονταν με ειδικό πιστοποιητικό υγείας, το οποίο εκδιδόταν σύμφωνα με όσα ορίζονται από το ΥΥΚΑ και περιελάμβανε: α) υπηκοότητα , β) επώνυμο , όνομα , πατρώνυμο , γ) ακριβή ημερομηνία και χρόνος γέννησης , δ) φωτογραφία , ε) αποτυπώματα , στ) διεύθυνση κατοικίας (<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/1127-ygeionomikh-diataksh-rythmiseis-poy-aforoyn-ton-periorismo-ths-diadoshs-loimodwn-noshmatwn>).

5.6 Το πρόγραμμα PHILOS

Το πρόγραμμα PHILOS , που στην ελληνική γλώσσα σημαίνει φίλος , δημιουργείται με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας , τον Απρίλιο του 2017 . Την διεκπαιρέωση του σχεδίου PHILOS - «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση» , αναλαμβάνει ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας .

Στην Ελλάδα , την περίοδο της προσφυγικής κρίσης , εισέρχονται πρόσφυγες προερχόμενοι κυρίως από την Συρία (44, 75 %) , το Ιράκ (25, 4%) , και το Αφγανιστάν (7, 7 %) . Στόχος ήταν η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους πρόσφυγες που κατέφθαναν στα κέντρα υποδοχής . Πιο αναλυτικά, το 2016 κατέφθασαν στα νησιά του Αιγαίου 173.450 πρόσφυγες , το 2017 , 29.718 άτομα , και το 2018 , 8.362 (Mellou *et al* 2018) . Μεταξύ των προσφύγων αυτών , το 38 % αποτελούνταν από παιδιά μικρότερα των 15 ετών . Το 2016 , η ελληνική επιτροπή ανοσοποίησης , επικοινωνεί την ανάγκη ανοσοποίησης για τα νεοαφιχθέντα παιδιά , έναντι των παρακάτω ασθενειών : ιλαρά, παρωτίτιδα και ερυθρά για παιδιά 1-14 ετών και διφθερίτιδα, τέτανος, κοκκύτης, πολιομυελίτιδα, πνευμονοκοκκική νόσος, *Haemophilus influenzae* τύπου b και ηπατίτιδα B για παιδιά 2 μηνών – 4 χρονών . Μέχρι και τον Μάρτιο του 2017 , οι εμβολιασμοί πραγματοποιούνταν από μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) στα ελληνικά νησιά που διέθεταν κέντρα υποδοχής . Τα προβλήματα όμως που προέκυπταν ήταν αρκετά . Αρχικά , οι ΜΚΟ , δεν κάλυπταν όλα τα κέντρα υποδοχής , ενώ δεν υπήρχε ομοιογένεια στα εμβολιαστικά προγράμματα που ακολουθούσε κάθε ΜΚΟ . Έτσι , το 2017 με την εγκαθίδρυση του προγράμματος PHILOS , από το Υπουργείο Υγείας , πραγματοποιήθηκαν ενεργές προσπάθειες να επιλυθούν τα προβλήματα αυτά . Πιο συγκεκριμένα , οργανώθηκαν κινητές μονάδες δράσης , οι παρεμβάσεις των οποίων καθορίζονταν από το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής . Κινητές ομάδες στα πλαίσια του προγράμματος , αναλάμβαναν πριν την επιχείρηση οποιασδήποτε εμβολιαστικής παρέμβασης , την συγκέντρωση πληροφοριών αναφορικά με το εμβολιαστικό ιστορικό παιδιών ηλικίας 0 – 14 ετών . Η δράση αυτή , πραγματοποιούνταν , δύο εβδομάδες πριν από την εκάστοτε παρέμβαση , με τις κινητές ομάδες να συγκεντρώνουν πόρτα – πόρτα πληροφορίες , με την χρήση ειδικών ερωτηματολογίων και φορμών τις οποίες συμπλήρωναν οι γονείς των παιδιών . Ταυτόχρονα , οι γονείς ενημερώνονταν για την αναγκαιότητα του εμβολιασμού , το οφέλη και τα πλεονεκτήματα της δράσης αυτής , ενώ παρέχονταν

συμβουλές στους γονείς αναφορικά με την καταγραφή του ιστορικού εμβολιασμών των παιδιών τους . Σε πολλές περιπτώσεις , προκειμένου να διευκολυνθεί η επικοινωνία των κινητών αυτών ομάδων με τους γονείς , χρησιμοποιούνταν cultural mediators . Μετά το πέρας κάθε εμβολιαστικής παρέμβασης , γινόταν αναφορά στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας , αναφορικά με τον αριθμό των εμβολίων που είχαν πραγματοποιηθεί . Τα αποτελέσματα καταγράφονταν σε μία κοινή βάση δεδομένων .

Τα παιδιά τα οποία κατέφθαναν στα κέντρα υποδοχής χωρίς την συνοδεία των γονέων ή κηδεμόνων τους , τα ασυνόδευτα δηλαδή παιδιά , βρίσκονταν σε ειδικές ζώνες μέσα στα κέντρα υποδοχής , τις επονομαζόμενες “ασφαλείς ζώνες” (“ safe zones”) . Οι κινητές μονάδες του προγράμματος PHILOS , προκειμένου να πραγματοποιήσουν κάποια παρέμβαση στις ζώνες αυτές , έπρεπε πρώτα να λάβουν την έγκριση από το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής .

Συνολικά, από τον Απρίλιο 2017 έως τον Απρίλιο 2018, συνολικά 57.615 εμβολιασμοί πραγματοποιήθηκαν από ΜΚΟ και PHILOS σε 15 και 10 κέντρα, αντίστοιχα : 21.031 εναντίον ιλαρά-παρωτίτιδα-ερυθρά (MMR) , 7.341 κατά της διφθερίτιδας tetanus-pertussis (DTP) , 7.652 κατά της πολιομυελίτιδας , 5.938 κατά της πνευμονιοκοκκικής νόσου, 7,179 εναντίον του Haemophilus influenzae τύπου b και 8.474 κατά της ηπατίτιδας Β. Από τους εμβολιασμούς που πραγματοποιήθηκαν , 24.241 (42,1%) πραγματοποιήθηκαν σε κέντρα υποδοχής στην ηπειρωτική χώρα , 17.649 (30,6%) σε RICs , 14.941 (25,9%) στην κοινότητα και 784 (1,4%) σε ασφαλείς ζώνες (Mellou *et al* 2018) .

Πίνακας 5.6.1 “Αριθμός εμβολιασμένων παιδιών προσφύγων σε 25 κέντρα της ηπειρωτικής χώρας, ανά φύλο και εθνικότητα, Ελλάδα, Απρίλιος 2018”

Disease	Vaccine doses ^b	Sex ^c					Nationality ^d						
		Male		Female		p value ^e	Syria		Iraq		Afghanistan		p value ^e
		n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
MMR	First	1,528	82.0	1,299	82.1	0.975	1,166	80.1	811	79.8	608	88.0	0.001
	Second	828	44.4	746	47.1	0.115	586	40.2	418	41.1	445	64.4	<0.001
DTP	First	363	46.8	334	47.8	0.698	296	40.7	144	40.0	192	69.1	<0.001
	Second	192	24.8	177	25.4	0.796	142	19.5	66	18.3	128	46.0	<0.001
Poliomyelitis	First	366	47.2	336	48.1	0.726	300	41.3	145	40.3	192	69.1	<0.001
	Second	193	24.9	177	25.4	0.841	143	19.7	66	18.3	128	46.0	<0.001
Pneumococcal disease	First	394	50.8	355	50.9	0.994	336	46.2	153	42.5	194	69.8	<0.001
	Second	146	18.8	121	17.3	0.455	98	13.5	39	10.8	111	39.9	<0.001
<i>Haemophilus Influenzae type b</i>	First	363	46.8	332	47.6	0.781	294	40.4	144	40.0	192	69.1	<0.001
	Second	193	24.9	177	25.4	0.841	143	19.7	66	18.3	128	46.0	<0.001
Hepatitis B	First	381	49.2	350	50.1	0.707	316	43.5	151	41.9	194	69.8	<0.001
	Second	193	24.9	179	25.6	0.744	145	19.9	66	18.3	128	46.0	<0.001

DTP: Diphtheria-tetanus-pertussis; MMR: measles-mumps-rubella.

Πηγή : Mellou *et al* 2018

Επιπρόσθετα , το πρόγραμμα ανέλαβε την ενίσχυση των δομών του δημόσιου συστήματος υγείας , συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης των ανθρωπίνων πόρων των δομών που ανήκουν στο δημόσιο σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας , δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους τομείς της παιδιατρικής , της γυναικολογίας – μαιευτικής , της νοσηλευτικής και της ψυχικής υγείας . Επιπλέον , ανέλαβε την σύσταση και την λειτουργία γραφείου υποδοχής και ενημέρωσης προσφύγων και μεταναστών στις δομές υγείας, την πρόσληψη διασωστών για την ενίσχυση των τομέων του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) που έχουν επιβαρυνθεί με διακομιδές

λόγω της προσφυγικής κρίσης . Στα πλαίσια του προγράμματος , πραγματοποιήθηκε επιστημονική επίβλεψη και συντονισμός των προγραμμάτων , που περιλαμβάνει την ανάπτυξη επιχειρησιακού σχεδίου του προγράμματος , την επιστημονική εποπτεία του , τον έλεγχο υλοποίησης του φυσικού και οικονομικού αντικειμένου , τον συντονισμό και την αντιμετώπιση επειγόντων συμβάντων , την παρακολούθηση κάθε φάσης υλοποίησης , την υλοποίηση των διαδικασιών πρόσληψης προσωπικού , την εκτέλεση διαγωνισμών , την επίβλεψη συστήματος διαχείρισης και τεκμηρίωσης του οικονομικού αντικειμένου , την επικοινωνία με φορείς υγείας και την υλοποίηση ενημέρωσης και διάχυσης των αποτελεσμάτων του προγράμματος .

Η διεκπεραίωση θα πραγματοποιούνταν από ένα επαρκώς εκπαιδευμένο προσωπικό , η εκπαίδευση του οποίου θα γινόταν στα πλαίσια του προγράμματος , ενώ θα πραγματοποιούνταν αξιολόγηση της υλοποίησης του προγράμματος και εν τέλει δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης και των επιστημονικών ευρημάτων .

Το έργο είχε διάρκεια δεκαοκτώ (18) μηνών με δυνατότητα παράτασης έξι (6) μηνών , και έναρξη ισχύος την ημερομηνία έναρξης των συμβάσεων εργασίας ή έργου της δράσης (<https://eody.gov.gr/philos-start/>) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΕ

6.1 Ορισμός και κατηγοριοποίηση

Η μεταναστευτική πολιτική ορίζεται ως το σύνολο των μέτρων και των υιοθετημένων κοινωνικών πρακτικών , σύμφωνα με δύο αναγκαίους και συμπληρωματικούς άξονες:

- Ρυθμίζουν και ελέγχουν την είσοδο , την διαμονή και την απασχόληση των μη πολιτών μίας κοινωνίας , συμπεριλαμβανομένων των μέτρων για ενθάρρυνση , επιστροφή ή διαμονή και για την καταπολέμηση της λαθρομετανάστευσης .
- Αντιμετωπίζουν τους ήδη εγκατεστημένους μεταναστευτικούς πληθυσμούς σε εθνικό έδαφος . Πιο αναλυτικά , ο άξονας αυτός αποτελεί τον άξονα της καθαρής κοινωνικής πολιτικής που διακρίνεται στις επιμέρους εθνικές πολιτικές ένταξης και μεταναστών , σε τομείς που αφορούν την εκπαίδευση , την στέγαση , τις πολιτικές αναφορικά με την κοινωνική ασφάλιση , υγείας και πρόνοιας , καθώς και πολιτικές απασχόλησης που εφαρμόζονται στους νόμιμους πληθυσμούς , οι οποίοι δεν διαθέτουν την εθνικότητα της χώρας στην οποία είναι εγκατεστημένοι .

Μπορούμε να διακρίνουμε , πως ο πρώτος άξονας αποτελεί ουσιαστικά την λεγόμενη “μεταναστευτική” πολιτική μίας χώρας και ο χαρακτήρας τον οποίο διαθέτει είναι περισσότερο “κατασταλτικός” και “αμυντικός” προσδίδοντας μία αρνητική χροιά με λέξεις και έννοιες όπως “να μην εισέλθουν” , “να μην εγκατασταθούν” , να μην

νομιμοποιηθούν”. Από την άλλη πλευρά , διακρίνουμε πως ο δεύτερος άξονας αντιστοιχεί στις λεγόμενες “πολιτικές ένταξης” των μεταναστευτικών εισροών , διαθέτουν εμφανώς έναν πιο θετικό χαρακτήρα και ως στόχο τους έχουν την δημιουργία των κατάλληλων προϋποθέσεων αναφορικά με την νόμιμη εγκατάσταση των μεταναστών και την ομαλή τους ένταξη στην κοινωνία υποδοχής .

Οι άξονες όμως αυτοί δεν είναι σαφείς ούτε δεδομένοι , όσο και εάν δείχνουν ξεκάθαροι ως προς τους διακηρυγμένους στόχους τους. Διαφέρουν από χώρα σε χώρα, από ήπειρο σε ήπειρο και από καιρό σε καιρό ανάλογα με τις παγκόσμιες και επιμέρους πολιτικο-οικονομικές συνθήκες και ανάλογα με τις διακρατικές συμφωνίες που κατά καιρούς συνάπτονται ανάμεσα σε δυο ή και περισσότερες χώρες . Συμπερασματικά , η προσέγγιση που θα ακολουθήσει μία χώρα αναφορικά με την χάραξη πολιτικής για την υγεία των μεταναστών , εξαρτάται από τον τύπο της μεταναστευτικής εισροής που καλείται να αντιμετωπίσει καθώς και από το γενικότερο πολιτικό καθεστώς (Mladovsky 2007) .

Προσδιορίζοντας εννοιολογικά τον ορισμό της “ένταξης” , στα πλαίσια του μεταναστευτικού , αναφερόμαστε στην ατομική ή ομαδική προσπάθεια *προσαρμογής* των μεταναστών ή μεταναστριών , των προσφύγων καθώς και των αιτούντων άσυλο στην χώρα υποδοχής (<http://www.opengov.gr/immigration/wp-content/uploads/downloads/2019/01/ethniki-stratigiki.pdf>) . Η διαδικασία της ένταξης των μεταναστών , αποτελεί ειδικό μέρος της μεταναστευτικής πολιτικής κάθε χώρας και έγκειται στην προσπάθεια που καταβάλει η εκάστοτε χώρα υποδοχής ή/και εγκατάστασης για την ομαλή προσαρμογή τους . Η μεταναστευτική πολιτική η οποία ακολουθείται από την εκάστοτε ευρωπαϊκή χώρα , είναι άμεσα εξαρτώμενη από την ιστορία και την παράδοση της κάθε κοινωνίας κατά την διαδικασία ως προς τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002 , σελ 23) . Σε ένα πρώτο στάδιο , περιλαμβάνονται βασικές παροχές όπως υποδοχή , στέγαση , πρόσβαση στην υγεία , πρόσβαση σε κοινωνικές υπηρεσίες , ασφάλιση υγείας , παροχή επαγγελματικής κατάρτισης αλλά και

συμβουλευτική στον επαγγελματικό τομέα . Σε ένα δεύτερο στάδιο , η ένταξη προσδιορίζεται ως η εξοικείωση των μεταναστών / μεταναστριών ή των προσφύγων με τις συμπεριφορές , τις συνήθειες και την καθημερινότητα των γηγενών στην χώρα φιλοξενίας ή εγκατάστασής τους . Συμπερασματικά , το δεύτερο στάδιο ένταξής τους , μπορεί σταδιακά να οδηγήσει σε πιο προχωρημένα στάδια κοινωνικής ενσωμάτωσης όπως η ολοκληρωτική αλλαγή του τρόπου ζωής των μεταναστών , ο επαναπροσδιορισμός της πολιτισμικής τους ταυτότητας , ο τρόπος με τον οποίο μέχρι πρότινος δομούνταν οι ανθρώπινες σχέσεις και οι οικογενειακοί τους δεσμοί . Ταυτόχρονα , μέσω της διαδικασίας αυτής , οι μετανάστες λαμβάνουν μέρος στα πολιτικά δρώμενα της χώρας που τους φιλοξενεί , είτε μόνιμα , είτε προσωρινά μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους στα Κοινά .

6.2 Μοντέλα ένταξης και νομοθετικό πλαίσιο

Κατά καιρούς , έχει πραγματοποιηθεί ανάλυση των μεταναστευτικών πολιτικών οι οποίες εμφανίζονται στην πλειοψηφία τους στα πλαίσια κάποιων τυπολογιών και κάποιων επαναλαμβανόμενων λογικών . Οι τυπολογίες διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες : 1) σύμφωνα με τους στόχους των πολιτικών τους οποίους εξυπηρετούν 2) σύμφωνα με ιστορικά και πολιτικά δεδομένα των χωρών που ορίζονται ως χώρες υποδοχής .

Αναλύοντας την πρώτη κατηγορία μπορούμε να διαχωρίσουμε τους στόχους των πολιτικών τους οποίους εξυπηρετούν σε μεταναστευτικές **πολιτικές ενσωμάτωσης και μη** .

Σύμφωνα με το Ελληνικό Επιστημονικό περιοδικό με τον όρο ενσωμάτωση δεν αναφερόμαστε μόνο στην απλή διαδικασία μέσω της οποίας ο μετανάστης καθίσταται μέρος της κοινωνίας υποδοχής του , αλλά μία δυναμική πορεία προς μία επιθυμητή κατάσταση στην οποία δεν υπάρχουν διακρίσεις μεταξύ συγκρίσιμων ομάδων ημεδαπών και αλλοδαπών στην χώρα υποδοχής .

Η ενσωμάτωση διακρίνεται σε τρεις βασικές κατηγορίες :

- την *οικονομική* ενσωμάτωση η οποία αφορά την ενσωμάτωση των μεταναστών και των μεταναστριών στην αγορά εργασίας , όπως και η οικονομική τους αναξερτησία .
- Η *κοινωνική* ενσωμάτωση η οποία αφορά την προσβασιμότητα των μεταναστών και των μεταναστριών σε δημόσια αγαθά και υπηρεσίες όπως είναι η εκπαίδευση ,
- η *πολιτική* ενσωμάτωση κατά την οποία ο μετανάστης αποκτά την ιδιότητα του πολίτη και αντίστοιχα το δικαίωμα να εξασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα συμμετέχοντας ενεργά στα Κοινά της χώρας .
- η *πολιτισμική* ενσωμάτωση σύμφωνα με την οποία υπάρχει αποδοχή και αλληλοσεβασμός μεταξύ των μεταναστών και των γηγενών αναφορικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές τους ταυτότητες .

Ο όρος της ενσωμάτωσης είναι διαφορετικός και δεν ταυτίζεται με την ορολογία της ένταξης των μεταναστών καθώς αναφερόμενοι στην ενσωμάτωση , ο όρος παραπεμπει περισσότερο στην κοινωνικοποίηση του ατόμου (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002) .

Τα μοντέλα ένταξης επομένως διακρίνονται στα εξής :

1) το αφομοιωτικό μοντέλο ένταξης : στόχος του συγκεκριμένου μοντέλου αποτελεί η πολιτισμική ομογενοποίηση των μεταναστών στην κοινωνία της χώρας υποδοχής ή φιλοξενίας . Προωθείται η εγκατάλειψη κάθε παράδοσης , συνήθειας και πολιτισμικού στοιχείου το οποίο υποδηλώνει την διαφορετικότητα και την απόκλιση από τον γηγενή πληθυσμό (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής , 2018) .

2) το πολυπολιτισμικό μοντέλο ένταξης : σύμφωνα με το μοντέλο αυτό προωθείται η συνύπαρξη διαφορετικών πολυ-πολιτισμικών ομάδων , μέσω της αναγνώρισης της

διαφορετικότητας τους . Επομένως, η κρατική εξουσία πρέπει να παραμένει ουδέτερη και δίκαιη και να εξασφαλίζει ότι κάθε ομάδα διαθέτει το δικαίωμα να αναπτύξει τον δικό της πολιτισμικό χαρακτήρα . Το πολυπολιτισμικό μοντέλο ένταξης , συναντάται σε δύο βασικές εκδοχές :

- το συντηρητικό ή φιλελεύθερο μοντέλο : η πολιτισμική διαφορετικότητα είναι αποδεκτή υπό την προϋπόθεση ότι τα άτομα συμπεριφέρονται ως καταναλωτές/καταναλώτριες στην οικονομία της αγοράς και ως πολίτες της χώρας (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής , 2018) .
- το κοινωνικό μοντέλο : πολυπολιτισμικότητα σύμφωνα με το μοντέλο αυτό , αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα και τόσο η κοινωνία υποδοχής οφείλει να το αναγνωρίζει αλλά και οι ίδιοι οι μετανάστες να το διεκδικούν .

Σύμφωνα με το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής , στα πλαίσια της εθνικής στρατηγικής την οποία έχει περιγράψει ως *κοινωνική ένταξη* , ορίζεται : “η διαδικασία αλληλεπίδρασης και αμοιβαίας προσαρμογής των μεταναστών/μεταναστριών , των αιτούντων/αιτουσών και δικαιούχων διεθνούς προστασίας καθώς και της κοινωνίας υποδοχής με στόχο τη δημιουργία κοινωνιών με ισχυρή συνοχή και την επίτευξη της συνύπαρξης με όρους ειρήνης και αλληλοκατανόησης” .

Η ευρωπαϊκή νομοθεσία των τελευταίων χρόνων έχει κινηθεί πάνω σε κάποιους συγκεκριμένους άξονες οι οποίοι συνοπτικά θα μπορούσαν να παρουσιαστούν στα ακόλουθα σημεία:

Όσον αφορά την *οικονομική μετανάστευση* :

- ◆ Προστασία της οικογενειακής συνένωσης (COM (2001) 624,02/07/2001) .
- ◆ Προϋποθέσεις εισόδου και χορήγησης τίτλου διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών με σκοπό τη μισθωτή απασχόληση και την άσκηση ανεξαρτήτων οικονομικών δραστηριοτήτων (COM (2001) 386, 24/09/2001) .
- ◆ Προϋποθέσεις χορήγησης τίτλου διαμονής μακράς διάρκειας (COM (2001) 127,

13/03/2001) .

- ◆ Προϋποθέσεις χορήγησης τίτλου διαμονής μικρής διάρκειας (COM (2002) 0071, 11/02/2002) .
- ◆ Σύσταση μηχανισμού συντονισμού για τη σύγκλιση όλων των πολιτικών των κρατών-μελών (COM (2000) 757, 22/11/2000) .
- ◆ Δημιουργία ενός Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Μετανάστευσης .
- ◆ Διοικητική Συνεργασία ως προς τη φύλαξη των εξωτερικών συνόρων, των θεωρήσεων, του ασύλου και της μετανάστευσης (COM(2000) 567) .
- ◆ Καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης, της παράνομης εισόδου και διαμονής και της αμοιβαία αναγνώριση των αποφάσεων απομάκρυνσης (COM (2000)) .
- ◆ Δημιουργία θεσμοποιημένων οργάνων και ερευνητικών προγραμμάτων και μελετών για την κοινή διαχείριση του μεταναστευτικού φαινομένου (COM (2000)) .
- ◆ Ενσωμάτωση των μεταναστευτικών πολιτικών στις εξωτερικές πολιτικές της Ε.Ε. (απόφαση του Συμβουλίου του Λάακεν,14-15/12/2001) ώστε η διαχείρισή τους να επιτευχθεί μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο θεσμοποιημένης συνεργασίας της Ε.Ε. με το διεθνές περιβάλλον (COM (2000)) .
- ◆ Ένταξη των πολιτικών ενσωμάτωσης των μεταναστών για την κάθε εθνική κοινωνία στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για την Απασχόληση (COM(2001) 387 , 11/07/2001).
- ◆ Ανάγκη ενσωμάτωσης των μεταναστών στις χώρες υποδοχής με στόχο την κατάργηση των διακρίσεων (COM (2001)387 , 11/07/2001).

Όσον αφορά τους *αιτούντες άσυλο*, οι πολιτικές γραμμές είναι πιο καθαρές , λόγω της υπαγωγής του καθεστώτος του ασύλου σε διεθνείς κανόνες , αλλά η ομοφωνία μεταξύ των κρατών-μελών είναι πολύ δύσκολη αφού η κάθε χώρα διαθέτει ένα πολύ διαφορετικό ιστορικό ως προς την επεξεργασία και την αντιμετώπιση των αιτούντων άσυλο και των πολιτικών προσφύγων. Και εδώ οι παραδοσιακές χώρες της μετανάστευσης κατέχουν το μεγάλο όγκο των αιτήσεων, με πρώτη και καλύτερη τη Γερμανία που δέχεται συνολικά το 50% των αιτούντων άσυλο, ενώ αντίστοιχα , χώρες

όπως η Ιταλία και η Ελλάδα , λόγω της γεωπολιτικής τους θέσης , αποτελούν πέρασμα για την πλειονότητα των αιτούντων άσυλο .

Ο ρόλος τους είναι δύσκολος και σημαντικός γιατί με τις υπάρχουσες χρονοβόρες διαδικασίες και τη γραφειοκρατία και μέχρι να αποφανθεί η αρμόδια χώρα πάνω στις πολυάριθμες αιτήσεις, δημιουργούνται όλες οι προϋποθέσεις για την παράνομη διαμονή και περαιτέρω εγκατάσταση .

Οι κυριότερες νομοθετικές ρυθμίσεις για τους *πρόσφυγες* προσδιορίζουν τους παρακάτω άξονες (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002 , σελ 86-87) :

- ◆ Θέσπιση ελάχιστων κανόνων για τις διαδικασίες χορήγησης ασύλου και τους όρους υποδοχής των αιτούντων (COM (2001) 181, 25/09/2001) .
- ◆ Προσδιορισμός του κράτους που είναι αρμόδιο για την εξέταση της αίτησης ασύλου και της απόφασης επί της αίτησης , με βάση τη Σύμβαση του Δουβλίνου που υπογράφηκε το 1991 και εξασφαλίζει ότι η απόφαση που παίρνει ένα κράτος - μέλος θα εφαρμόζεται από τα υπόλοιπα κράτη-μέλη (COM (2001) 447, 13/08/2001) .
- ◆ Ορισμός της έννοιας του πρόσφυγα και προσέγγιση των μορφών επικουρικής προστασίας (COM (2001) 510, 12/09/2001) .
- ◆ Θέσπιση του Ταμείου για τους Πρόσφυγες και του συστήματος EURODAC41 (καθορισμός συστήματος αντιπαραβολής δακτυλικών αποτυπωμάτων των αιτούντων άσυλο) .
- ◆ Καθορισμός των ελάχιστων προδιαγραφών προσωρινής προστασίας (COM(2001) 303, 31/10/2000) και (COM (2001) 55,20/07/2001) .
- ◆ Τέλος, στην τελευταία Σύνοδο Κορυφής στη Σεβίλλη, ως γενική αρχή προωθείται η κοινή αντιμετώπιση στην πράξη των οικονομικών μεταναστών και των πολιτικών προσφύγων , γεγονός που προκύπτει από τα συναφή κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι δύο ομάδες στις κοινωνίες .

Συμπερασματικά , η κοινή μεταναστευτική πολιτική την οποία ακολουθεί η πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών , επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στην αστυνόμευση και φρούρηση των ευρωπαϊκών συνόρων , προκειμένου να παρεμποδιστεί η παράνομη μετανάστευση , και η ταυτόχρονη ομαλή ενσωμάτωση και ένταξη των ήδη εγκατεστημένων μεταναστών στον ευρωπαϊκό χώρο .

Σύμφωνα με τον Scharpf 1996 , 1999 , οι Ευρωπαϊκές πολιτικές ενσωμάτωσης μπορούν να διακριθούν σε “θετικές” και “αρνητικές” . Οι “αρνητικές” πολιτικές ενσωμάτωσης , βασίζονται στην απελευθέρωση και το “market – making” . Από τη αντίθετη πλευρά , σύμφωνα με τις “θετικές” πολιτικές ενσωμάτωσης , πραγματοποιείται μία επαναρρύθμιση των κανονισμών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο , προκειμένου να εξαλείψουν τις παρενέργειες της απελευθέρωσης της ελεύθερης διακίνησης των αγαθών , των ανθρώπων , των κεφαλαίων και των υπηρεσιών . Στην πράξη , η “αρνητική” ενσωμάτωση σχετίζεται με την ίση μεταχείριση και την κατήργηση λειτουργικών συνόρων , προωθώντας την ελεύθερη μετακίνηση των ατόμων , ενάντια σε ρατσιστικούς κανονισμούς . Στόχος ήταν η ίση μεταχείριση των πολιτών , μεταναστών και μη , αναφορικά με ευκαιρίες εργασίας , αμοιβή και άλλες συνθήκες εργασίας . Αντίστοιχα , αναφερόμενοι σε “θετικές” πολιτικές ενσωμάτωσης , στην πράξη αναφερόμαστε στην παραχώρηση ασύλου , με στόχο να περιοριστούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες των “αρνητικών” πολιτικών ενσωμάτωσης , δηλαδή της ελεύθερης διακίνησης ατόμων . Πιο συγκεκριμένα , οι “θετικές” πολιτικές ενσωμάτωσης , υιοθετούνται από τις κυβερνήσεις με στόχο την εθνική ασφάλεια (Vink , 2002) .

6.3 Το παράδειγμα της Γαλλίας

Η χώρα της ΕΕ με παράδοση στην μετανάστευση η οποία όπως αποδεικνύεται ακολουθεί πολιτική ενσωμάτωσης είναι η Γαλλία . Η Γαλλία είναι μία παραδοσιακή χώρα μετανάστευσης με αποικιοκρατικό παρελθόν, πολύ ισχυρή εθνική συνείδηση και ισχυρούς εθνικούς θεσμούς. Η Γαλλία είναι η χώρα που ενσάρκωσε την εθνική ιδέα ως θεσμό , η οποία είχε γεννηθεί στην Αγγλία του 18ου αιώνα (Schnapper, 2000) . Τόσο η

Γαλλία , όσο και το Ηνωμένο Βασίλειο , υπήρξαν οι δύο μεγαλύτερες αποικιοκρατικές δυνάμεις , κυριαρχώντας για τουλάχιστον δύο αιώνες , εκμεταλλευόμενοι τον πλούτο και κατακτώντας περιοχές στην άλλη άκρη του κόσμου , καθώς οι ίδιοι οι γηγενείς δεν διέθεταν τα κατάλληλα για την εκμετάλλευση του φυσικού τους πλούτου .

Η Γαλλία μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής μεταναστών κατά την διάρκεια του 1961 , με το τέλος του πολέμου της Αλγερίας , όπου οι ηττημένοι Γάλλοι πήραν τον δρόμο επιστροφής για την πατρίδα με στόχο τον επαναπατρισμό τους . Οι επονομαζόμενοι “*rieds noir*” , δηλαδή οι επαναπατριζόμενοι Γάλλοι αποτέλεσαν το πρώτο μεταναστευτικό κύμα που δέχτηκε η Γαλλία . Ακολούθησε ένα δεύτερο μεγάλο μεταναστευτικό ρεύμα , κατά την χρονική περίοδο 1965-1975 με προέλευση από την νότια καθολική Ευρώπη , δηλαδή Ισπανοί , Πορτογάλοι και Ιταλοί οι οποίοι κατέφθαναν στην Γαλλία με στόχο να αποτελέσουν μέρος του εργατικού δυναμικού της ολόενα και ισχυρότερης οικονομίας της . Το τρίτο μεγάλο μεταναστευτικό ρεύμα που ακολούθησε , είχε βορειοαφρικανική μουσουλμανική προέλευση (Αλγερινοί , Τυνησιοί , Μαροκινοί) .

Στις 29 Απριλίου 1976 , η Γαλλία θεσπίζει τον πρώτο νόμο αναφορικά με την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών (*droit au regroupement familial*) . Σύμφωνα με το διάταγμα αυτό αναγνωρίζεται στον εκάστοτε σύζυγο και τα παιδιά , το δικαίωμα να μην τους αρνηθούν οι γαλλικές αρχές το δικαίωμα και την άδεια παραμονής σε γαλλικό έδαφος , παρά μόνο σε ορισμένες εξαιρέσεις : 1) εάν ο μετανάστης δεν μπορεί να δικαιολογήσει έναν χρόνο νόμιμης παραμονής στην χώρα υποδοχής 2) εάν ο μετανάστης δεν διαθέτει τους κατάλληλους οικονομικούς πόρους έτσι ώστε να συντηρήσει τον εαυτό του και την οικογένειά του , 3) στην περίπτωση που δεν διαθέτει μόνιμη κατοικία 4) στην περίπτωση που ο ίδιος ή κάποιο μέλος της οικογένειάς του συνιστά απειλή για την δημόσια τάξη , 5) αν ο ίδιος ή κάποιο μέλος της οικογένειάς του έχει προσβληθεί από κάποια μεταδοτική ασθένεια συνιστώντας απειλή για την δημόσια υγεία , τάξη και ασφάλεια . Με το Προεδρικό διάταγμα της 4 Δεκεμβρίου του 1984 και την οδηγία της 4 Ιανουαρίου του 1985, η οικογενειακή συνένωση είναι

νομιμοποιημένη υπό τον όρο ότι “ο ξένος διαθέτει σταθερούς και αρκετούς πόρους για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της οικογένειάς του και η αίτηση πρέπει να γίνεται σε χρονική στιγμή που να μπορεί το γαλλικό δημόσιο ενδεχομένως να την αρνηθεί , δηλ. πριν από την άφιξη σε γαλλικό έδαφος” . Κατά την χρονική περίοδο 1974 - 1984 , μετά την θέσπιση των ανωτέρω διαταγμάτων , περιορίζονται οι μεταναστευτικές εισροές , έχουν όμως ήδη εισέλθει 473.051 άτομα , χρησιμοποιώντας των μεταναστευτικό τίτλο . Στόχος των παραπάνω διαταγμάτων , ήταν να μην νομιμοποιούνται , άτομα τα οποία δεν διαθέτουν την κάρτα νόμιμης παραμονής στην χώρα και την κάρτα εργασίας (carte de séjour et carte de travail) .

Στα τέλη της δεκαετίας του 80' , στα γαλλικά εδάφη , μία σειρά γεγονότων δημιουργεί ένα εκρηκτικό κλίμα και ατμόσφαιρα , θέτοντας υπό αμφισβήτηση την εθνική ταυτότητα της Γαλλίας . Το κλείσιμο των μεγάλων εργοστασίων στο Pas de Calais , σε συνδυασμό με τις συνθήκες φτώχειας και ανεργίας που επικρατούσαν σε πολλά προάστια της Γαλλίας , έχουν ως συνέπεια , την άνοδο του ακροδεξιού πολιτικού κόμματος του Lepen , με την ονομασία “Les Fronts nationaux” και την επιτυχία την οποία σημείωσε στις δημοτικές εκλογές καθώς και επαναφορά του συντηρητικού κόμματος στην εξουσία του RPR (Rassemblement Pour la République) του κόμματος του Jacques Chirac, το '85 . Το 1986 , πραγματοποιείται η δολοφονία ενός 15 χρονου γαλλο-αλγερινού από την Γαλλική αστυνομία , οδηγώντας τους κατοίκους της Γαλλίας σε μαζικές κινητοποιήσεις . Υπό το πρίσμα αυτών των γεγονότων , το Γαλλικό Υπουργείο Δικαιοσύνης , τροποποιεί τον κώδικα γαλλικής ιθαγένειας . Πιο συγκεκριμένα :

Τροποποιούνται τα άρθρα 37-1 και 44 του Κώδικα γαλλικής ιθαγένειας σύμφωνα με τα οποία : το πρώτο έδινε το δικαίωμα στη(ον) σύζυγο ξένο να αποκτήσει τη γαλλική ιθαγένεια με απλή δήλωση (simple déclaration) και το δε δεύτερο έδινε το δικαίωμα στον ξένο ενήλικα νέο στα δεκαοκτώ του να λάβει τη γαλλική ιθαγένεια εάν δικαιολογούσε πέντε χρόνια νόμιμη παραμονή στη Γαλλία πριν την ενηλικίωσή του .

Τα δύο αυτά άρθρα αποτέλεσαν πηγή συγκρούσεων για μία δεκαετία μεταξύ δεξιών και αριστερών κομμάτων αλλά και μεταξύ των υποστηρικτών μιας “εύκολης” και “ανοικτής” γαλλικής ιθαγένειας σε αντιπαράθεση με μια “πιο αυστηρή” νομοθεσία μεβάση τα επιχειρήματα της “ελεύθερης επιλογής ιθαγένειας” . Κυρίως η δεύτερη διάταξη είχε ιδιαίτερη σημασία για τη σύσταση του γαλλικού έθνους και δέχτηκε πολλές κριτικές , αφού έδινε τη γαλλική ιθαγένεια με αυτόματες διαδικασίες , χωρίς να λαμβάνει υπόψη της τα ίδια τα παιδιά δεύτερης γεννιάς , τα οποία μπορεί να μην είχαν εκφράσει ποτέ αυτή την επιθυμία .

Συμπερασματικά , η κύρια πολιτική ενσωμάτωσης και ένταξης των μεταναστών την οποία ακολούθησε η Γαλλία , ήταν αυτή της *εύκολης ιθαγένειας* . Η πολιτική αυτή είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία ουσιαστικά δύο ομάδων : των γάλλων -γάλλων και των γάλλων – μακγκρεμπίνων , με την προϋπόθεση ότι το Γαλλικό κράτος έχει τις ίδιες υποχρεώσεις και ως προς τους δύο , άρα υπάρχει και ισότητα δικαιωμάτων για όλους τους πολίτες της Γαλλίας . Η ίδια η Γαλλία , μέχρι πρότινος δεν είχε αποδεχτεί το γεγονός ότι αποτελεί μία χώρα μετανάστευσης . Οι μετανάστες αποτελούσαν “αναγκαίο κακό” για τους Γάλλους , οι οποίοι τους χρησιμοποιήσουν προκειμένου να τονώσουν τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις τους , για δημογραφικούς λόγους προκειμένου να υπάρχουν αυξημένες γεννήσεις καθώς και για την αύξηση των γάμων . Παρόλα αυτά , τα παιδιά δεύτερης γεννιάς των μεταναστών , δεν φαίνεται να ευνοούνται με κανένα επιπρόσθετο μέτρο πέραν της άμεσης χορήγησης γαλλικής ιθαγένειας .

Στα τέλη της δεκαετίας του 80' και τις αρχές του 90' , με την άνοδο της βιομηχανικής ανάπτυξης η πλειοψηφία των μεταναστών πλήττεται από μακροχρόνια ανεργία , τα παιδιά δεύτερης γεννιάς αποτυγχάνουν να έχουν ικανοποιητικές σχολικές αποδόσεις και να κοινωνικοποιηθούν ομαλά με αποτέλεσμα να εκδιώχνονται από τα σχολεία και να περιθωριοποιούνται . Μεγαλώνουν στα λεγόμενα “γκέτο” , εμφανίζουν παραβατική και εγκληματική συμπεριφορά . Προκειμένου να αντιμετωπίσει το φαινόμενο αυτό , η Γαλλία αποφασίζει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στις μεταναστευτικές πολιτικές ενσωμάτωσης που άσκησε μετέπειτα στην κοινωνική και αστική ανάπτυξη των τοπικών

γειτονιών .

Επιπρόσθετα , τόσο στην περίπτωση της Γαλλίας , όσο και της Γερμανίας που συναντάμε μετέπειτα , δόθηκε έμφαση στον σχολικό τομέα . Πιο συγκεκριμένα , μέλημα τους αποτελούσε η ομαλή εξοικείωση των παιδιών των μεταναστών με την σχολική ύλη αλλά και την γλώσσα που χρησιμοποιούσε ο γηγενής πληθυσμός (Solé 2015) .

Τέλος , η Γαλλική κοινωνία , όσον αφορά το μεταναστευτικό ζήτημα , εώς και σήμερα παραμένει εγκλωβισμένη σε συμπεριφορές και προκαταλήψεις που την καθιστούν βαθιά προβληματική .

6.4 Το παράδειγμα της Γερμανίας

Η Γερμανία όπως και η Γαλλία , αποτελεί μία χώρα η οποία παραδοσιακά δεχόταν μεγάλες μεταναστευτικές εισροές , με την μορφή του εργατικού δυναμικού . Το γερμανικό δίκαιο ιθαγένειας έχει θεμελιωθεί πάνω στην ιδέα του *jus sanguinis*, δηλαδή το δίκαιο του αίματος ή το δίκαιο της καταγωγής όπου η ιθαγένεια «κληρονομείται» από τους γονείς όχι μέσω του τόπου γέννησης, ή μιας περιορισμένης μορφής του δικαίου του εδάφους όπου η ιθαγένεια από τον τόπο γέννησης είναι αυτόματη μόνο για τα παιδιά συγκεκριμένων μεταναστών . Το εθνικό δίκαιο της Γερμανίας αναγνωρίζει με πολύ δύσκολους , σκληρούς και περιοριστικούς όρους την ιδιότητα του Γερμανού πολίτη σε κάποιον ο οποίος δεν ανήκει εκ γενετής σε αυτή την εθνική ομάδα . Συμπεραίνουμε λοιπόν , ότι για κάποιον ο οποίος δεν έχει συγγένεια με το γερμανικό αίμα , είναι δύσκολο εώς ακατόρθωτο να αναγνωριστεί ως Γερμανός πολίτης . Αυτό δεν σημαίνει παρόλα αυτά , ότι η Γερμανική κυβέρνηση δεν σέβεται και δεν επιθυμεί την ύπαρξη μειονοτήτων στα εδάφη της , προσδιορίζοντας όμως συνεχώς την διαφορετικότητα με τους εκ γενετής γερμανούς πολίτες .

Με τον όρο “ μετανάστης” , στην Γερμανία , αναφέρονται στους μετανάστες δεύτερης

και τρίτης γεννιάς , για παράδειγμα σε άτομα που είτε έχουν γεννηθεί στο εξωτερικό ή σε άτομα που οι γονείς ή οι παππούδες τους είναι γεννημένοι στο εξωτερικό και οι οποίοι μπορεί να μην διαθέτουν Γερμανική υπηκοότητα , καθώς και εκείνοι , των οποίων η εθνική ταυτότητα μπορεί να είναι άλλη από την γερμανική . Πρόσφατα , ένας ορισμός της έννοιας “μετανάστης” προτάθηκε , ως κάποιος 1) που και οι δύο γονείς του είναι γεννημένοι εκτός Γερμανίας , 2) κάποιος που δεν ζει στην Γερμανία από την γέννησή του και τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς του είναι γεννημένος εκτός της Γερμανίας , 3) και τέλος , κάποιος του οποίου η μητρική γλώσσα είναι άλλη πέραν της μητρικής (Mladovsky 2007) .

Η Γερμανική κυβέρνηση , σέβεται και ενθαρρύνει την ύπαρξη διαφορετικών μειονοτήτων , ενθαρρύνοντας την λειτουργία εθνοτικών σχολείων για την εκάστοτε μειονότητα , καθώς και την εκμάθηση της γλώσσας τους . Στο γερμανικό δίκαιο , σε αντίθεση όπως προαναφέραμε με το γαλλικό , δεν αναγράφεται πουθενά η αυτόματη μεταβίβαση της γερμανικής ιθαγένειας , σε μετανάστες δεύτερης γεννιάς .Ο μοναδικός τρόπος απόκτησης της Γερμανικής υπηκοότητας αποτελεί διαδικασία χρονοβόρα , δύσκολη και σκληρή .

Παρακάτω παραθέτονται οι βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληρεί ένας μετανάστης για την απόκτηση της γερμανικής υπηκοότητας καθώς και οι διαδικασίες στις οποίες πρέπει να προβεί . Αρχικά , απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η τουλάχιστον δεκάχρονη παραμονή του στην Γερμανία με ταυτόχρονη απόδειξη νόμιμης και μόνιμης κατοικίας καθ'όλη την διάρκεια της παραμονής αυτής . Επιπρόσθετα , το άτομο , χρειάζεται να μπορέσει να αποδείξει ότι την χρονική στιγμή την οποία πραγματοποιεί την αίτηση , αλλά και μελλοντικά , έχει την οικονομική δυνατότητα να συντηρήσει επαρκώς τον εαυτό του και δυνητικά την οικογένειά του . Επιπλέον , απαιτείται κατοχή όλων των αστικών δικαιωμάτων και απόδειξη καλής ηθικής στάσης και συμπεριφοράς όσον αφορά καθημερινές δραστηριότητες , όπως είναι το κυκλοφοριακό , η κατοικία αλλά και το εμπόριο . Εξίσου σημαντικά γνωρίσματα του ατόμου που επιθυμεί να λάβει την γερμανική υπηκοότητα , είναι η καλή γνώση της

γερμανικής γλώσσας , η υιόθητη της γερμανικής κουλτούρας και γενικότερα το να έχει διαμορφώσει έναν τρόπο ζωής σύμφωνα με τα γερμανικά πρότυπα . Ακόμα , η καλή γνώση του Γερμανικού συντάγματος θεωρείται απαραίτητη . Για την ολοκλήρωση της διαδικασίας της πολιτογράφησης ερωτώνται επίσης οι τοπικές αρχές της κοινωνικής Πρόνοιας και Ασφάλισης και τέλος , η γερμανική ιδιότητα αναγνωρίζεται σε σχέση με “το πολιτικό, οικονομικό και πολιτισμικό συμφέρον της χώρας” .

Όσον αφορά την περίπτωση , ο μετανάστης προς πολιτογράφηση να είναι σύζυγος Γερμανού πολίτη , οι όροι γίνονται ευνοϊκότεροι , καθώς το υποχρεωτικό διάστημα παραμονής των δέκα χρόνων , μειώνεται στα πέντε . Το 1990 με νέο νόμο αναγνωρίζεται η γερμανική ιθαγένεια πιο εύκολα στα παιδιά των μεταναστών που έχουν γεννηθεί στη Γερμανία , που ζουν τουλάχιστον οκτώ χρόνια και πηγαίνουν στο γερμανικό σχολείο τουλάχιστον τέσσερα χρόνια και επιπρόσθετα πρέπει να αποποιηθούν τη δική τους ιθαγένεια . Η ίδια ευνοϊκή ρύθμιση ισχύει για τους ξένους που ζουν τουλάχιστον δεκαπέντε χρόνια στη Γερμανία από το 1995 και έπειτα .

Από το 1899 με την γερμανοποίηση 300.000 εργατών οι οποίοι εργάζονταν σε ανθρακορυχεία , έως και το 1945 με την έκκληση οχτώ εκατομμυρίων ανθρώπων να δουλέψουν για την γερμανική κυβέρνηση , αποδεικνύεται ότι ο μεταναστευτικός χαρακτήρας των ατόμων που συρρέουν στην Γερμανία , περιστρέφεται γύρω από το εργατικό δυναμικό της . Ο έλεγχος στον οποίο επβάλλονταν οι νέοι εργάτες προκειμένου να εισέλθουν ήταν αυστηρός και πάντα σύμφωνος με τις ανάγκες της γερμανικής οικονομίας κάθε φορά . Στην Γερμανία , οι μετανάστες που αποτελούσαν εργατικό δυναμικό , θεωρούνταν πάντα “προσωρινοί φιλοξενούμενοι” , και αντιμετωπιζόνταν πάντα με την πιθανότητα να εκδιωχθούν πίσω στις χώρες προέλευσής τους . Με την έννοια αυτή, οι όροι Aussiedler , οι Übersiedler, και οι Gastarbeiter εκφράζουν διαφορετικές πραγματικότητες , ενώ μετά την επανένωση οι “ξένοι συμπολίτες” , οι ausländische Arbeitnehmer , ausländische Mitbürger , διαχωρίζονται από τους Passfremde , δηλαδή “αυτούς που δεν είναι πια ξένοι παρά μόνο στο διαβατήριό” . Από το 1971 και για τα επόμενα χρόνια δεν είχε αναγνωριστεί το

δικαίωμα της οικογενειακής επανένωσης , καθώς έπρεπε να περάσουν τουλάχιστον τρία χρόνια νόμιμης παραμονής στην Γερμανία για να μπορέσει κάποιος να φέρει την οικογένεια του .

Την ίδια στιγμή τα παιδιά δεύτερης γενιάς , παρακολουθούσαν μαθήματα στα δικά τους σχολεία και σπάνια τα γερμανικά , γεγονός το οποίο ενίσχυε το αίσθημα του επαναπατρισμού τους που ήθελε να καλλιεργήσει η γερμανική κυβέρνηση .

Στην Γερμανία ακόμα , αναφορικά με την εργασία των μεταναστών , στα πλαίσια της μεταναστευτικής πολιτικής που ακολουθούν , ενισχύουν την συμμετοχή των μεταναστών εργατών στα εργατικά συνδικάτα , ενώ ταυτόχρονα οι μετανάστες απολαμβάνουν το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι στα εργατικά συνδικάτα και σωματεία .

Επιπρόσθετα , οι μετανάστες απολαμβάνουν μία σειρά παροχών κοινωνικών , οι οποίες αναβαθμίζουν το βιωτικό τους επίπεδο και είναι σαφώς πιο ολοκληρωμένες από αυτές οι οποίες προσφέρονται από το γαλλικό σύστημα . Η Γερμανία την περίοδο 1985-2000 δέχθηκε 10 περίπου φορές περισσότερους μετανάστες απ' ό τι η Γαλλία ενώ ήδη κατά το πρώτο μισό της δεκαετίας του 1980 το ποσοστό των ξένων που ήταν γεννημένοι στη Γερμανία ή ζούσαν σε αυτήν πάνω από δέκα χρόνια ήταν 70% . Οφείλουμε επίσης να αναφερθούμε , στο γεγονός ότι από το 1982 ορισμένα κρατίδια όπως το Αμβούργο αναγνώρισαν το δικαίωμα στους ξένους να συμμετέχουν στις δημοτικές εκλογές , ενώ ταυτόχρονα έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε θέσεις σε πολιτικά κόμματα .

Συμπερασματικά , οι νόμιμοι μετανάστες οι οποίοι καταφεύγουν στην Γερμανία , απολαμβάνουν ίσα πολιτικά , κοινωνικά και αστικά δικαιώματα με τους Γερμανούς πολίτες , καθώς και επιπρόσθετα , όπως οικογενειακά επιδόματα λόγω του ότι αποτελούν ειδικές πληθυσμιακές ομάδες . Γενικότερα στην Γερμανία , οι εθνικοί μηχανισμοί λειτουργούν αποτελεσματικά προς όφελος όλων των εγκατεστημένων πολιτών , συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών . Οι γερμανοί κατάλαβαν σύντομα ότι οι

εφαρμοσμένες μεταναστευτικές πολιτικές περί “συμβάσεων εργασίας” ήταν αδιέξοδες στην πράξη , γιατί οι ξένοι που παραμένουν και ζουν στη Γερμανία για δύο με τρεις γενιές , απολαμβάνουν ένα ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο ζωής και έχουν ενσωματωθεί στη γερμανική κοινωνία , μέσα από την έμπρακτη συμμετοχή τους σε αυτή (Μουσούρου, 1991,σελ. 149-150) . Τα τελευταία δέκα χρόνια , επίσημα πια γίνεται λόγος , τόσο από τους πολιτικούς όσο και από τους διανοούμενους ότι η Γερμανία έχει μεταβληθεί σε μία “πολυπολιτισμική χώρα” και αυτή η ιδιότητά της είναι τόσο σημαντική όσο και η προστασία του περιβάλλοντος (Schnapper, 1992, 75-86) .

Συμπερασματικά

Αδιαμφισβήτητα, η μετανάστευση , συντελεί σπουδαίο ρόλο στις μεταβολές που υφίστανται σε μία κοινωνία καθώς και σπουδαίο συστατικό στοιχείο για την διατήρηση της κοινωνικής συνοχής . Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν , μπορούμε να συμπεράνουμε πως σε εθνικό επίπεδο , κάθε χώρα ακολουθεί την δική της παράδοση και μεταναστευτική πολιτική . Ο τρόπος διαχείρισης των εσωτερικών μετακινήσεων και της διατήρησης των ισορροπιών στο εσωτερικό της κάθε χώρα , υπάγεται σε εθνικές πολιτικές που ακολουθεί η κάθε χώρα ξεχωριστά , γεγονός που την καθιστά υπεύθυνη για τις οποιεσδήποτε συνέπειες των πολιτικών αυτών , είτε αυτές είναι αρνητικές είτε θετικές .Η ομαλή κοινωνική ενσωμάτωση και ένταξη των μεταναστών , οι οποίοι συρρέουν στις Ευρωπαϊκές χώρες , αποτελεί πλέον την μοναδική τους επιλογή . Οι πολιτικές τάσεις στις ευρωπαϊκές χώρες γενικότερα , και στη μετανάστευση ειδικότερα , είναι κοινές λόγω των κοινών μηχανισμών διάχυσης και εφαρμογής των πολιτικών , αλλά και λόγω της ομοειδούς κατασκευής του σύγχρονου μεταναστευτικού φαινομένου.

Τα τελευταία χρόνια , παρατηρείται από την πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών χωρών , η υιοθέτηση μίας κοινής μεταναστευτικής πολιτικής , αναξαρτήτως των πολιτικών κατευθύνσεων της εκάστοτε χώρας . Η υιοθέτηση μίας κοινής πρακτικής , φαίνεται να πηγάζει από το γεγονός ότι οι μεταναστευτικές εισροές , διαχέονται στον ευρωπαϊκό

χώρο με τρόπο παρεμφερή . Κοινή μεταναστευτική πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών , είναι πλέον η λήψη αυστηρότερων μέτρων , ο αυστηρότερος συνοριακός έλεγχος , και γενικότερα μία πολιτική αστυνόμευσης . Στόχος είναι η κατασκευή μίας Ευρώπης “φρουρίου” . Κάθε χώρα που αποτελεί κράτος μέλος της ΕΕ , ακολουθεί μία εθνική μεταναστευτική πολιτική , προσαρμοσμένη όμως στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης . Κοινό ευρωπαϊκό αίτημα αποτελεί η προώθηση της ασφάλειας . Ενώ κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 90' , κοινός εχθρός για τις Ευρωπαϊκές χώρες ήταν η ανεργία και η φτώχεια , σε δημόσιους διαλόγους που γινόντουσαν κατά καιρούς , πλέον η Ευρώπη επικεντρώνεται σε μία απειλή , σύμφωνα με την οποία καταφθάνει από “έξω” . Τα μέτρα που υιοθετούνται τα τελευταία χρόνια , με κύριο παράδειγμα αυτό της Δανίας , μίας ανέκαθεν συντηρητικής χώρας , τείνουν να γίνονται ολένα και πιο συντηρητικά , σκληρά και μερικές φορές να καταστρατηγούν τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα . Πιο συγκεκριμένα , στην Δανία ένα ποσοστό 5% των πολιτών της είναι μετανάστες , εκ των οποίων το 1% προέρχεται από κάποια ευρωπαϊκή χώρα . Τα μέτρα τα οποία υιοθέτησε , δημιουργούν ακόμα περισσότερες δυσκολίες σε κάποιον μετανάστη , παρεμποδίζοντας την ομαλή κοινωνική του ένταξη καθώς : δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την κάρτα μόνιμης διαμονής αυξάνοντας τα υποχρεωτικά χρόνια διαμονής από τέσσερα σε επτά , μειώνει τα χρηματικά επιδόματα σε μετανάστες , απαγορεύει την σύναψη γαμου μεταξύ Δανού και αλλοδαπού , καταργεί τελείως το πολιτικό άσυλο και περιορίζει κατά κόρων τον θεσμό της οικογενειακής επανένωσης .

Η θεσμοθέτηση μίας κοινής μεταναστευτικής πολιτικής μέσα στα ευρωπαϊκά σύνορα , νοθευτήθηκε για πρώτη φορά με την υπογραφή της συνθήκης του Σένγκεν . Σύμφωνα με την συνθήκη αυτή , η Ε.Ε. αρθρώνει μία πολιτική , αρχικά διαφορετική για μετανάστευση και πολιτικό άσυλο , αλλά με τις τελευταίες αποφάσεις στις Συνόδους Κορυφής του Τάμπερε (Φινλανδία, 15-16 Οκτωβρίου του 1999) και της Σεβίλλης στις 21-22 Ιουνίου του 2002 , αποφασίστηκε υιοθέτηση κοινής πολιτικής ασύλου και μετανάστευσης . Οι ρυθμίσεις για το άσυλο υπόκεινται σε κανόνες του διεθνούς δικαίου που καθορίζονται από τη Σύμβαση της Γενεύης του 1951, ενώ η

μεταναστευτική πολιτική σε κανόνες της έννομης εθνικής τάξης.

6.5 Η Συνθήκη του Σένγκεν

Η συνθήκη του Σένγκεν υπογράφηκε στις 14 Ιουνίου του 1985 , όταν 5 χώρες αποφάσισαν να καταργήσουν τα εσωτερικά σύνορα , δημιουργώντας ενιαία εξωτερικά . Οι χώρες αυτές ήταν το Βέλγιο , η Ολλανδία , το Λουξεμβούργο , η Γαλλία και η Γερμανία . Εντός των εναίων αυτών συνόρων εφαρμόζονται κοινοί κανόνες και διαδικασίες όσον αφορά τις θεωρήσεις για διαμονές σύντομης διάρκειας, τις αιτήσεις ασύλου και τους ελέγχους στα σύνορα .

Η συνθήκη του Άμστερνταμ το 1997 , ενσωματώνει την συνθήκη του Σένγκεν στην στο δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης . Παρόλα αυτά , δεν συμμετέχουν όλες οι χώρες στην συνθήκη αυτή . Πιο συγκεκριμένα , οι χώρες οι οποίες έχουν υπογράψει και επομένως συμμετέχουν στην συνθήκη του Σένγκεν είναι οι ακόλουθες : Βέλγιο , Τσεχική Δημοκρατία , Δανία , Γερμανία, Εσθονία , Ελλάδα , Ισπανία , Γαλλία , Ιταλία , Λετονία , Λιθουανία , Λουξεμβούργο , Ουγγαρία , Μάλτα ,Ολλανδία , Αυστρία , Πολωνία , Πορτογαλία , Σλοβακία , Σλοβενία , Φινλανδία και Σουηδία , μαζί με την Ισλανδία , το Λιχτενστάιν , τη Νορβηγία και την Ελβετία . Η Βουλγαρία , η Κροατία , η Κύπρος , η Ιρλανδία , η Ρουμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο είναι τα κράτη μέλη της ΕΕ που δεν ανήκουν , ή δεν ανήκουν ακόμη , στον χώρο Σένγκεν . Στις χώρες οι οποίες ανήκουν στην συνθήκη Σένγκεν , δεν πραγματοποιούνται έλεγχοι στα εσωτερικά σύνορα , δηλαδή δεν πραγματοποιείται συνοριακός έλεγχος μεταξύ δύο γειτονικών κρατών που ανήκουν και τα δύο στην συνθήκη Σένγκεν. Οι συνοριακοί έλεγχοι οι οποίοι πραγματοποιούνται είναι μεταξύ ενός κράτους που δεν ανήκει στην συνθήκη και ενός που ανήκει .

Όσον αφορά την συνθήκη Σένγκεν και το μεταναστευτικό , αναφέρονται ορισμένοι οριμοί των εννοιών αλλοδαπός , αλλοδαπός καταχωρηθείς με σκοπό την απαγόρευση εισόδου , αίτηση ασύλου , αιτών άσυλο , εξέταση αιτήσεως παροχής ασύλου , καθώς

και ορισμένα βασικά άρθρα αναφορικά με την χορήγηση ασύλου σε πρόσφυγες , όπως ακριβώς αναφέρονται στην Συνθήκη του Σένγκεν :

- Αλλοδαπός : Πρόσωπο , το οποίο δεν είναι υπήκοος κράτους- μέλους των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Ν 2514/1997: Συμφωνία Σένγκεν(κατάργηση ελέγχου στα σύνορα κλπ) (179658))).
- Αλλοδαπός καταχωρηθείς με σκοπό την απαγόρευση εισόδου : Αλλοδαπός , ο οποίος κατά τις διατάξεις του άρθρου 96 έχει καταχωρηθεί στο Σύστημα Πληροφοριών Σένγκεν με σκοπό την απαγόρευση εισόδου (Ν 2514/1997: Συμφωνία Σένγκεν(κατάργηση ελέγχου στα σύνορα κλπ) (179658))).
- Αίτηση ασύλου : Κάθε έγγραφη, προφορική ή κατ' άλλον τρόπο αίτηση , η οποία υποβάλλεται από αλλοδαπό στα εξωτερικά σύνορα ή στην επικράτεια ενός Συμβαλλόμενου Μέρους , προκειμένου να αναγνωρισθεί ως πρόσφυγας σύμφωνα με τη Σύμβαση της Γενεύης της 28ης Ιουλίου 1951 σχετικά με το καθεστώς των προσφύγων , όπως τροποποιήθηκε από το Πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης της 31ης Ιανουαρίου 1967, με την ιδιότητα δε του πρόσφυγα να τύχει δικαιώματος διαμονής (Ν 2514/1997: Συμφωνία Σένγκεν(κατάργηση ελέγχου στα σύνορα κλπ) (179658))).
- Αιτών άσυλο : Αλλοδαπός, ο οποίος έχει υποβάλει αίτηση παροχής ασύλου κατά την έννοια της παρούσης Συμβάσεως και επ' αυτής δεν έχει ληφθεί ακόμη οριστική απόφαση (Ν 2514/1997: Συμφωνία Σένγκεν (κατάργηση ελέγχου στα σύνορα κλπ) (179658))).
- Εξέταση αιτήσεως παροχής ασύλου : Όλες οι διαδικασίες ελέγχου και αποφάσεως σε αίτηση παροχής ασύλου καθώς επίσης το σύνολο των μέτρων που πρέπει να ληφθούν προς εκτέλεση οριστικών αποφάσεων , με εξαίρεση τον καθορισμό του Συμβαλλόμενου Μέρους, το οποίο βάσει της παρούσης Συμβάσεως είναι αρμόδιο για την εξέταση της αιτήσεως παροχής ασύλου (Ν 2514/1997:

Συμφωνία Σένγκεν (κατάργηση ελέγχου στα σύνορα κλπ) (179658) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

7.1 Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής

Τα τελευταία χρόνια , η χώρα μας , έχε μετατραπεί από χώρα αποστολής μεταναστών όπως παραδοσιακά ήταν , σε χώρα υποδοχής μεταναστών αλλά και προσφύγων . Τα μεταναστευτικά κύματα εισροής αποτελούν μία πραγματικότητα παρόλο που η ακριβής ποσοτική διάσταση των μεταναστευτικών ροών είναι δύσκολο να απεικονισθεί . Αυτό το γεγονός απορρέει από την παράνομη μετανάστευση η οποία έλαβε χώρα στον Ελλαδικό χώρα κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1990 , και για την οποία δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία . Παρόλα αυτά , μπορούμε να αντλήσουμε στοιχεία από τα αποτελέσματα των απογραφών . Σύμφωνα με τα στατιστικά αυτά στοιχεία , ο αριθμός των αλλοδαπών που διέμεναν στην Ελλάδα το 2001 αυξήθηκε κατά 630.000 σε σχέση με αυτόν του 1999 (δηλαδή , από 167.000 σε 697.000) . Τόσο το ίδιο το φαινόμενο της μεταναστευτικής εισροής όσο και οι μεταναστευτικές πολιτικές τις οποίες ακολούθησε η Ελλάδα , μετατρέπονται σε παράγοντες κοινωνικής μεταβολής για ολόκληρη την ελληνική κοινωνία . Ωστόσο , υπάρχει μία τεράστια σύνδεση μεταξύ του μεταναστευτικών εισροών και ορισμένων συστατικών δομικών στοιχείων μίας κοινωνίας με κυρίαρχα :

- 1) δημογραφικά στοιχεία (υπογεννητικότητα και γήρανση του πληθυσμού) .

- 2) οικονομικά στοιχεία (η αγορά εργασίας και η κοινωνική ασφάλιση) .
- 3) στοιχεία που αφορούν την κοινωνία στο συνολό της (η σύσταση γάμων και μικτών γάμων, ο επαναπροσδιορισμός των ζητημάτων εθνικής ταυτότητας , η αναδόμηση της κοινωνικής συνοχής αλλά και η εθνική παράδοση και η ιστορία πάνω στη μετανάστευση αυτή καθ'αυτή) (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002) .

Από το 1970 και μετά , παρατηρήθηκαν ριζοσπαστικές αλλαγές στον μεταναστευτικό χαρακτήρα της χώρας , καθώς η Ελλάδα μετατράπηκε από μία χώρα που ήταν παραδοσιακά χώρα αποστολής μεταναστών , σε χώρα υποδοχής μεταναστών με τις μεταναστευτικές εκροές να μειώνονται , δίνοντας την θέση τους πλέον στις μεταναστευτικές εισροές (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002 , σελ .89) .

Πιο συγκεκριμένα , οι μεταναστευτικές εισροές τις οποίες δέχτηκε η Ελλάδα από το 1970 και μετά , προέρχονταν από γειτονικά Βαλκανικά κράτη και πρώην χώρες της ΕΣΣΔ . Η πλειοψηφία των μεταναστών τους οποίους δέχτηκε Ελλάδα το διάστημα εκείνο , προέρχονταν από την γειτονική Αλβανία . Η ανάγκη της Ελλάδας για εργατικό δυναμικό εκείνο το χρονικό διάστημα κατά το οποίο υπήρχε έλλειψη γηγενών εργαζομένων , και ταυτόχρονα η γρήγορη ομαλή ενσωμάτωση τους , τόσο πολιτισμικά όσο και κοινωνικά , μετέτρεψε την Ελλάδα σε χώρα υποδοχής ή / και εγκατάστασης (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) . Η είσοδος των μεταναστών , αναζοπύρωσε τον πρωτογενή τομέα της χώρας ενώ συνέβαλε στην ανάπτυξη της χώρας . Οι κυρίαρχοι τομείς με τους οποίους καταπιάνονταν οι μενάστες και οι μετανάστριες ήταν η γεωργία , η κτηνοτροφία , οι υπηρεσίες οικιακής καθαριότητας και σίτισης , η φροντίδα ηλικιωμένων και παιδιών καθώς και οι κατασκευές . Συμπερασματικά , οι μετανάστες και οι μετανάστριες κάλυπταν θέσεις εργασίας οι οποίες δεν καλύπτονταν από τον γηγενή πληθυσμό , δηλαδή ο ρόλος τους ήταν στην πλεινότητα των περιπτώσεων συμπληρωματικός παρά ανταγωνιστικός , ενώ ταυτόχρονα ευνοούνταν η εθνική οικονομία λόγω των χαμηλών αμοιβών τους .

Πριν την ένταξή τους στην τόσο οι μετανάστες από την ΕΣΣΔ όσο και οι παλλινοστούντες ελληνικής καταγωγής , πριν την ένταξη τους στην ΕΕ , κάλυπταν θέσεις εργασίας σε αντίστοιχους τομείς της οικονομίας (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) . Από την δεκαετία του 1990 και μετά , ο χαρακτήρας των μεταναστευτικών ροών στην Ελλάδα αλλάζει χαρακτήρα , και πλέον η Ελλάδα από χώρα αποστολής μεταναστών μετατρέπεται σε χώρα υποδοχής μεταναστών καθιστώντας απαραίτητη την υιοθέτηση μίας νέας μεταναστευτικής πολιτικής (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002 , σελ .89) .

Το πιο σημαντικό προσφυγικό ρεύμα του 20ου αιώνα στην ελληνική επικράτεια , αποτελούν τα 1.220.000 άτομα από την Μικρά Ασία , την Θράκη , τον Πόντο και τις Βαλκανικές χώρες . Η Ελλάδα από χώρα αποστολής μεταναστών κατά την διάρκεια του πρώτου μισού του 20ου αιώνα προς τις υπερπόντιες χώρες και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης στην μεταπολεμική περίοδο μετά την κατάρρευση των καθεστώτων του υπαρκτού σοσιαλισμού , μετατρέπεται σε χώρα υποδοχής μεταναστών (Επιστημονικό εκπαιδευτικό περιοδικό , Τόμος 2 , Τεύχος 1, 2014) . Η ροή μεταναστών/μεταναστριών βρήκε τη χώρα απροετοίμαστη και αμήχανη , καθώς ουδέποτε μέχρι τότε δεν είχε ασκήσει πολιτική προσέλκυσης στο έδαφός της (Εθνική Στρατηγική για την ένταξη , Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής) .

Τα κοινωνικά στερότυπα της πρότερης ελληνικής ομοιογένειας , καταπατώνται καθώς στα αστικά κέντρα αλλά και στην ελληνική ύπαιθρο συρρέουν χιλιάδες οικονομικοί μετανάστες (Επιστημονικό εκπαιδευτικό περιοδικό , Τόμος 2, Τεύχος 1, 2014) . Η κατάρρευση των καθεστώτων της κεντροανατολικής Ευρώπης το 1989 και η παγκοσμιοποίηση συνδέονται άρρηκτα με τις γεωπολιτικές , κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο . Οι αλλαγές αυτές συνέβαλαν στην διαμόρφωση των μεταναστευτικών ροών προς την Ελλάδα από τις Βαλκανικές και από τις χώρες της ανατολικής Ευρώπης . Συγχρόνως η διαρκής τεχνολογική εξέλιξη με την ανάπτυξη των μεταφορών και των επικοινωνιών είχε ως συνέπεια την αύξηση των μεταναστευτικών ροών προς την Ελλάδα από μακρινές χώρες

της Ασίας και της Αφρικής (Επιστημονικό εκπαίδευτικό περιοδικό , Τόμος 2, Τεύχος 1, 2014) . Παρόλα αυτά , ο αριθμός των μεταναστών από τις Ασιατικές χώρες (Φιλιππίνες , Σρι Λάνκα , Ινδονησία) ήταν μικρός και αφορούσε κυρίως γυναίκες μετανάστριες , ενώ από την Β. Αφρική κατέφθαναν κυρίως άντρες οι οποίοι ήταν ανιδίκευτοι εργάτες ή αναλάμβαναν εργασίες χαμηλής εξειδίκευσης .

Η ελληνική επικράτεια την τελευταία δεκαετία αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό την ολοένα αυξανόμενη μεταναστευτική ροή για τρεις κυρίαρχους λόγους : αρχικά , έχει αυξηθεί η εισροή μεταναστών και μεταναστριών από χώρες της Ασίας όπως το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές , αλλά και από την Αφρική , οι οποίοι δεν κατέχουν κάποιου είδους εξειδίκευση σε τομείς που η εθνική οικονομία της Ελλάδας παρουσιάζει έλλειμμα όπως είναι η γεωργία , οι κατασκευές , οι οικιακές υπηρεσίες . Επιπλέον , οι μεταναστευτικές αυτές εισροές πραγματοποιούνται στα πλαίσια της ευρύτερης οικονομικής κρίσης η οποία πλήττει τον ευρωπαϊκό αλλά και διεθνή χώρο και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας , την μείωση των δημόσιων δαπανών και επενδύσεων και συνεπακόλουθα τον μειωμένο κρατικό προϋπολογισμό για την μεταναστευτική πολιτική και δράση της χώρας . Από το 2014 έως σήμερα , καταφεύγουν στην χώρα μας , η οποία πολλές φορές χρησιμοποιείται ως ενδιάμεσος προορισμός , πληθώρα προσφύγων και αιτούντων άσυλο από χώρες της Συρίας , του Αφγανιστάν και του Ιράκ .

Στην Ελλάδα , όπως και την γειτονική μας Ιταλία , καταφθάνουν συνεχώς πολλοί παράνομοι μετανάστες . Τα μέτρα που παίρνονται στην Ελλάδα αλλά και τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες προκειμένου να μειώσουν τον αριθμό των παράνομων μεταναστών είναι τα εξής :1) αυξημένοι συνοριακοί έλεγχοι και άμεση απέλαση εφόσον συλληφθούν , 2) συνηθισμένα ή ειδικά μέτρα προκειμένου να ρυθμίσουν τους παράνομους μετανάστες που πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις και προαπαιτούμενα , 3) θέσπιση ποινών σε επιχειρήσεις που προσλαμβάνουν παράνομους μετανάστες . Η

βασική διαφορά που εντοπίζεται ανάμεσα σε χώρες που μετατράπηκαν την τελευταία δεκαετία σε χώρες υποδοχής όπως η Ελλάδα και η Ιταλία , σε σύγκριση με παραδοσιακές χώρες μετανάστευσης όπως η Γερμανία , η Γαλλία και το Η. Βασίλειο , είναι η ευρεία ανάπτυξη του τομέα της παράτυπης και άνομης εργασίας η οποία προσελκύει περισσότερους παράνομους μετανάστες , πρόθυμους να δουλέψουν υπό οποιεσδήποτε συνθήκες (Solé 2015 .

7.2 Η στάση των Ελλήνων απέναντι στους μετανάστες

Η Ελλάδα , έχει υιοθετήσει μία μεταναστευτική πολιτική , η οποία αποτελεί μία πολιτική “αστυνόμευσης”, διαφύλαξης των εθνικών της συνόρων και είναι φανερά απομακρυσμένη από οποιαδήποτε δράση ενσωμάτωσης και ένταξης των μεταναστών στον ελλαδικό χώρο . Οι Έλληνες ποτέ στην διάρκεια του παρελθόντος δεν εκδήλωσαν ρατσιστικές ή ξενοφοβικές συμπεριφορές , γεγονός το οποίο είχε να κάνει με το ότι η Ελλάδα αποτελούσε κυρίως χώρα αποστολής και όχι υποδοχής μεταναστών . Με την εμφάνιση και εγκατάσταση νέων μειονοτήτων αλλοδαπών στην ελληνική επικράτεια οι Έλληνες παρουσιάζουν συμπεριφορές βαθιά συνυφασμένες με την ξενοφοβία και τον ρατσισμό . Σύμφωνα με την Παπαγεωργίου (2011) , βάσει πολλών εμπειρικών ερευνών και δημοσκοπήσεων , η στάση των Ελλήνων απέναντι στους μετανάστες είναι αρνητική .

Στην Ελλάδα έχουν δημιουργηθεί ρατσιστικά στερεότυπα αναφορικά με το σύνολο των μεταναστών όσο και με μετανάστες οι οποίοι προέρχονται από συγκεκριμένες χώρες . Ένα πολύ σύνθημα παράδειγμα είναι η λεγόμενη “Αλβανοφοβία” , δηλαδή η θεώρηση ατόμων με χώρα προέλευσης την Αλβανία , ως εγκληματιών , δυνητικά επικίνδυνων καθώς και πολιτισμικά λόγω καταγωγής , κατώτερων . Η ρατσιστική συμπεριφορά απέναντι στους Αλβανούς δημιουργεί περίπλοκα ζητήματα αναφορικά με την ύπαρξη των Βορειοηπειρωτών , οι οποίοι είναι εθνοτικά Έλληνες . Ο φόβος των Ελλήνων που

υποβόσκει , βασίζεται στην πεποίθηση ότι θα προκληθεί αλλοίωση της εθνικής τους ταυτότητας , του πολιτισμού αλλά και της θρησκείας τους , καθώς η πλειονότητα των μεταναστών και των μεταναστριών που συρρέουν στην Ελλάδα είναι αλλόθρησκοι .

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα , συρρέουν μετανάστες από την Αφρική και την Ασία , ενισχύοντας τα ρατσιστικά και ξενοφοβικά συναισθήματα του γηγενούς πληθυσμού . Ταυτόχρονα , δεν λείπουν οι περιπτώσεις όπου πολλοί πολιτικοί και ΜΜΕ , προωθούν την κινδυνολογία περί ισλαμικού φονταμενταλισμού και τρομοκρατίας . Η ελληνική εθνική ταυτότητα , με αφορμή την παρουσία των μεταναστών ανασυστήνεται και επαναδιατυπώνεται (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου 2002 , Τριανταφυλλίδου 2005) .

7.3 Πολιτικές ενσωμάτωσης και ένταξης στον ελλαδικό χώρο

Ο στόχος της εκάστοτε μεταναστευτικής πολιτικής , αλλάζει και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με την εξέλιξη των στοιχείων του φαινομένου , δηλαδή τον αριθμό των μεταναστών , την προέλευσή τους , την κατεύθυνση καθώς και την είσοδό τους στην χώρα υποδοχής . Ταυτόχρονα οφείλουμε να αναφερθούμε στο γεγονός , πως κατά την διάρκεια θέσπισης πολιτικών αναφορικά με τους μετανάστες , οι ίδιοι δεν διαθέτουν την δυνατότητα να εκφράσουν τα αιτήματα και τις ενστάσεις τους μέσω συλλογικών διεκδικήσεων , καθώς δεν διαθέτουν ακόμη την ιδιότητα του νόμιμου πολίτη . Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια , οι πολιτικές ενσωμάτωσης και ένταξης που ακολουθούνται , να εφαρμόζονται απευθείας , παραλείποντας το στάδιο του ελέγχου των παράπλευρων ή ανεπιθύμητων επιπτώσεών τους .

Οι μεταναστευτικές πολιτικές τις οποίες ακολούθησε η Ελλάδα , είχαν περισσότερο αντιδραστικό παρά φύσει δραστικό χαρακτήρα , με στόχο περισσότερο να περιορίσουν την είσοδο των παράνομων μεταναστών παρά την ομαλή ενσωμάτωση και ένταξη των μεταναστών που κατοικούν ήδη στην Ελλάδα . Η αντίδραση αυτή , ήταν απέναντι σε καταστάσεις που είχαν ήδη παγιωθεί στην ελληνική κοινωνία όπως ήταν η

αντιμετώπιση της παράνομης παραμονής των μεταναστών , η δυσφορία του γηγενούς πληθυσμού αναφορικά με την ανεξέλεγκτη κατάσταση της παράνομης μετανάστευσης καθώς και οι ρατσιστικές και ξενοφοβικές συμπεριφορές των γηγενών προς τους μετανάστες ως συνεπακόλουθο της κατάστασής αυτής .

Η Ελλάδα όπως προαναφέρθηκε δεν είχε εμπειρία μέχρι και το 1990 ως χώρα υποδοχής μεταναστών , και ως αποτέλεσμα δεν υπήρχε κάποιο παγιωμένο νομοθετικό πλαίσιο αναφορικά με τις μεταναστευτικές ροές . Ως επί το πλείστον , τα μεταναστευτικά θέματα ρυθμίζονταν από τον νόμο 4310 του 1929 ο οποίος αναθεωρήθηκε το 1948 , χωρίς όμως ο συγκεκριμένος να αναφέρεται σε θέματα μεταναστευτικών εισροών . Το 1991 θεσπίζεται και ο πρώτος νόμος αναφορικά με την διαχείριση των μεταναστευτικών εισροών με τον τίτλο ‘Είσοδος, έξοδος, παραμονή , εργασία , απέλαση αλλοδαπών , διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων και άλλες διατάξεις’ . Στόχος του συγκεκριμένου νόμου ήταν η ανάπτυξη περιοριστικών πολιτικών πρόσβασης των μεταναστών στην Ελλάδα . Ουσιαστικά βλέπουμε την υιοθέτηση μίας νοοτροπίας για την δημιουργία μίας Ελλάδας “φρούριο” . Πιο συγκεκριμένα , η μετανάστευση αντιμετωπίζεται ως κάτι “επιβλαβές” , σε οικονομικό , κοινωνικό αλλά και πολιτιστικό επίπεδο . Ταυτόχρονα , η Ελλάδα , αποτελώντας την χώρα διέλευσης πολλών μεταναστών οι οποίοι αποσκοπούσαν στην διασπορά τους στην υπόλοιπη Ευρώπη , ήθελε υιοθετώντας περιοριστικές πολιτικές και αυστηρότερους συνοριακούς ελέγχους να κατασιγάσει τις ανησυχίες των ευρωπαϊών εταίρων της αναφορικά με την διέλευση παράτυπων αιτούντων άσυλο μεταναστών .

Οι πολιτικές οι οποίες ακολούθησαν καθιστούσαν αδύνατη την εγκατάσταση κάποιου μετανάστη στην Ελλάδα με σκοπό την εργασία . Ως αποτέλεσμα , ενισχύθηκε τα επόμενα χρόνια η παράνομη μετανάστευση καθώς πολλοί μετανάστες διέσχισαν τα χερσαία ή τα θαλάσσια σύνορα είτε μόνοι είτε με την βοήθεια οργανωμένων δικτύων λαθραίας μετακίνησης . Το 1997 , ο νόμος αναθεωρείται και την περίοδο 1997 -1998 , 371.641 παράνομοι μετανάστες λαμβάνουν κάρτα διαμονής προσωρινής διάρκειας υποβάλλοντας ταυτόχρονα αίτηση για την χορήγηση πράσινης κάρτας , δηλαδή άδειας

παραμονής προσωρινής διάρκειας είτε 1 ή 2 ή 5 ετών . Το 2001 , εγκαθιδρύεται ο νόμος με όνομα “Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια : Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις” . Στόχος του ήταν για ακόμα μία φορά η ρύθμιση των προϋποθέσεων για την είσοδο αλλοδαπών στην χώρα καθώς και η βραχυπρόθεσμη αντιμετώπιση του φαινομένου της παράνομης μετανάστευσης στην χώρα . Ο νόμος αυτός επέτρεπε μέσω μίας πολύπλοκης διαδικασίας , την εκτέλεση της οποίας αναλάμβανε ο ΟΑΕΔ , την εγκατάσταση μεταναστών στην Ελλάδα , σε περίπτωση εργασίας ή σπουδών . Ουσιαστικά , μετά την χορήγηση visa στους εν δυνάμει εργαζόμενους ή σπουδαστές , επιτρεπόταν η είσοδος τους στην χώρα όπου και τους χορηγούνταν η άδεια παραμονής . Παρόλα αυτά , η έκδοση αδειών παραμονής αποτελεί μέχρι και σήμερα μία χρονοβόρα διαδικασία , η οποία αναγκάζει πολλές φορές του μετανάστες να παρανομούν άθελά τους , καθώς δεν διαθέτουν την ίδια την άδεια παραμονής αλλά μόνο κάποιο αποδεικτικό της αίτησης για χορήγηση ή και την ανανέωσή της . Το παράβολο για την έκδοση άδειας παραμονής μονοετούς διάρκειας αντιστοιχούσε στα 150 ευρώ .

Την περίοδο 2002 – 2005 , η κυβέρνηση εκπονεί ένα σχέδιο δράσης με στόχο την κοινωνική ένταξη των μεταναστών , με την ταυτόχρονη στήριξη του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής . Στόχος αυτού του σχεδίου δράσης ήταν η ενσωμάτωση των μεταναστών στην αγορά εργασίας , η παροχή ισότιμης και ποιοτικής περίθαλψης καθώς και η εξάλειψη ρατσιστικών και ξενοφοβικών συμπεριφορών .

Το 2005 , θεσμοθετείται ο νόμος με τίτλο “Είσοδος , διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική επικράτεια”, ο οποίος θεωρείται βασικό νομοθέτημα της ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής . Σύμφωνα με τον νόμο αυτό , η άδεια εργασίας και παραμονής , ενσωματώνονται σε ένα κοινό έγγραφο , νομιμοποιούνται παράνομοι μετανάστες ενώ θεσμοθετείται η οικογενειακή επανένωση .

Το 2007 , θεσμοθετείται ο νόμος με τίτλο “Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής

πολιτικής και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών , Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης”. Με τον νόμο αυτό διευκολύνονται οι μετανάστες στην εξαγορά του 20% των ενσήμων που απαιτείται να συμπληρώσουν για να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους . Επίσης οι γονείς μετανάστες μπορούν να νομιμοποιούνται όταν τα παιδιά τους φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση (<https://el.wikipedia.org/wiki/>) .

Το 2010 , τροποποιούνται οι προϋποθέσεις ελληνικής ιθαγένειας , οι οποίες βασιζόταν όπως και ο γερμανικός Κώδικας στο δίκαιο του αίματος . Πλέον , τα παιδιά των μεταναστών αποκτούν αυτόματα με την γέννησή τους στην Ελλάδα , την Ελληνική ιθαγένεια , εφόσον και οι δύο τους γονείς διαμένουν στην Ελλάδα για διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών (<https://el.wikipedia.org/wiki/>) .

Παρόλα αυτά , υφίσταται απαγόρευση να παρέχονται υπηρεσίες στους αλλοδαπούς που «αδυνατούν να αποδείξουν ότι έχουν εισέλθει και διαμένουν νόμιμα» στη χώρα , από τις ελληνικές δημόσιες υπηρεσίες, τα ΝΠΔΔ , τους ΟΤΑ, τις επιχειρήσεις κοινής ωφελείας και τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης . Εξαιρούνται της απαγόρευσης μόνον τα νοσοκομεία σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης περίθαλψης και σε περίπτωση παροχής υπηρεσιών σε ανήλικους .

Από το 2001 και μετά , πολλές Ευρωπαϊκές χώρες , ανάμεσά τους και η Γερμανία η οποία ήταν γνωστή για τις αυστηρές περιοριστικές πολιτικές τις οποίες ακολουθούσε , άλλαξαν στάση απέναντι στο φαινόμενο της μετανάστευσης . Πλέον , και όσο η Ελλάδα ήταν απασχολημένη στην πραγματοποίηση ολοένα και αυστηρότερων συνοριακών ελέγχων , οι υπόλοιπες χώρες υιοθετούν φιλικές μεταναστευτικές πολιτικές με απώτερο σκοπό την προσέλκυση ατόμων από την επιστημονική κοινότητα ή ατόμων που διέθεταν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και δεξιότητες .Την ίδια περιοριστική πολιτική , ακολουθούν την ίδια περίοδο και η Ιταλία και η Ισπανία .

Σύμφωνα με την Τριανταφυλλίδου (2005) , οι πολιτικές ενσωμάτωσης και ένταξης

που ακολουθεί η Ελλάδα , οφείλουν να αναπροσαρμοστούν και να ακολουθήσουν μία νέα εξ ολοκλήρου προσέγγιση η οποία θα βασίζεται στα εξής σημεία :

- Ενεργητικές (pro-active) πολιτικές για την απασχόληση μεταναστών εργαζομένων στην ελληνική οικονομία.
- Έμφαση στις διμερείς και εξωτερικές σχέσεις με γειτονικές χώρες προέλευσης μεταναστών.
- Περιορισμό της εποχιακής μετανάστευσης .
- Αναδιοργάνωση των μέτρων ελέγχου της παράνομης μετανάστευσης με έμφαση στους εσωτερικούς ελέγχους .
- Σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων όλων των πολιτών και κατοίκων και σταδιακή αλλά ταχύρρυθμη ένταξη των μεταναστών στο πολιτικό σύστημα .

Τέλος , την ίδια περίοδο , δίνεται η οδηγία για την εφαρμογή ενός ειδικού καθεστώτος , αναφορικά με τους επί μακρόν διαμένοντες (long term resident status) που μένουν στην ΕΕ , γεγονός το οποίο συνέβαλε δραστικά στην διαμόρφωση των πολιτικών ένταξης που ακολουθήθηκαν για τους αλλοδαπούς που διαμένουν επί μακρόν στην Ελλάδα .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΕΠΙΛΟΓΟΣ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο χαρακτήρας των μεταναστευτικών πολιτικών που συναντάμε στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι αρκετά συγκεχυμένος . Από την μία πλευρά , οι πολιτικές οι οποίες ακολουθούνται , στοχεύουν στην δημιουργία μίας Ευρώπης “φρούριο” , αντιμετωπίζοντας τους μετανάστες ως “απειλή” , καθώς και οποιονδήποτε ξένο εκτός Ευρωπαϊκών συνόρων . Από την άλλη πλευρά , η ανάγκη των μεταναστών ως εργατικό δυναμικό είναι πλέον εμφανής . Οι μετανάστες καλύπτουν θέσεις εργασίας αποτελώντας ενεργό εργατικό δυναμικό σε τομείς εξαιρετικά σημαντικούς για την παγκόσμια οικονομία , με στόχο να συνεχιστεί η ομαλή λειτουργία της . Ως επί το πλείστον , καταπιάνονται με τομείς και απασχολούν θέσεις εργασίας στις οποίες υπάρχει έλλειψη εργατικού δυναμικού από τον γηγενή πληθυσμό . Ο βασικός λόγος που συναντώνται κενές θέσεις εργασίας , είναι ότι πρόκειται κυρίως για χειρωνακτικές ή χαμηλόμισθες δουλειές , όπως για παράδειγμα οι οικιακές δουλειές ή η φροντίδα ηλικιωμένων , τις οποίες οι γηγενείς απαξιώνουν λόγω των υψηλών προσδοκιών και standards τους (Solé 2015 , Rachel *et al* 2013) . Η Ευρώπη , έχει δηλαδή ανάγκη για

μετανάστες εργάτες , έτσι ώστε να αντιμετωπίσει την ζήτηση της αγοράς καθώς και την ανάγκη ενσωμάτωσης των εργατών αυτών στην κοινωνία . Οι διακυμάνσεις στην ζήτηση της αγοράς για εργατικό δυναμικό δεν οδηγεί στην επιστροφή των μεταναστών στις χώρες προέλευσής τους , ούτε επηρεάζει όμως τα μεταναστευτικά ρεύματα που καταφθάνουν στην Ευρώπη (Solé 2015) .

Στην παρούσα διπλωματική εργασία αναλύθηκαν οι πολιτικές υγείας αναφορικά με τους μετανάστες σε έντεκα Ευρωπαϊκές χώρες , οι οποίες σύμφωνα με τους Mladovsky *et al* , 2012 , ήταν οι μόνες που είχαν αναπτύξει μεταναστευτικές πολιτικές υγείας σε εθνικό επίπεδο . Σε ένα γενικό πλαίσιο , είδαμε πως οι νόμιμοι μετανάστες έχουν ίσα δικαιώματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με τον γηγενή πληθυσμό , παρόλο όμως που διαθέτουν ένα κακό υγειονομικό προφίλ , δεν κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών (Cantero 2007) . Το γεγονός αυτό οφείλεται σε διάφορα πρακτικά εμπόδια τα οποία συναντάνε οι μετανάστες κατά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας . Τα εμπόδια αυτά , σχετίζονται με γλωσσικούς περιορισμούς , έλλειψη επαρκών πληροφοριών αναφορικά με την δομή του υγειονομικού συστήματος της χώρας υποδοχής τους καθώς και με τα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις τους απέναντι στο εκάστοτε εθνικό σύστημα υγείας . Επιπρόσθετα , διάφορες προκαταλήψεις , φόβος , γραφειοκρατικά κωλύματα , διακρίσεις και ρατσιστικές συμπεριφορές από τους επαγγελματίες υγείας , αποτελούν επιπλέον εμπόδια στην προσπάθειά τους για πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα .

Συν τοις άλλοις , ακόμα και οι νόμιμοι μετανάστες μπορούν να αποκλειστούν από το να διαθέτουν υγειονομική κάλυψη όταν βρίσκονται σε χώρες υποδοχής όπου το εθνικό σύστημα υγείας είναι βασισμένο στην φορολογία , και οι ίδιοι δεν μένουν μακροχρόνια ή μονιμα στην χώρα . Από την άλλη πλευρά , σε συστήματα υγείας βασισμένα στις ασφαλιστικές εισφορές , οι μετανάστες , μπορεί να χρειαστεί να χρηματοδοτήσουν οι ίδιοι την υγειονομική τους φροντίδα στην περίπτωση που παραμείνουν άνεργοι (Ingleby 2018) .

Αναφορικά με τους αιτούντες άσυλο , βλέπουμε ότι συναντάνε πολλούς περιορισμούς στα δικαιώματα που έχουν και εμπόδια στην πρόσβασή τους σε υγειονομική φροντίδα . Επιπρόσθετα , αναφορικά με τους παράνομους μετανάστες , βλέπουμε ότι το επίπεδο της υγειονομικής κάλυψης το οποίο λαμβάνουν , είναι πολύ κατώτερο από αυτό που ορίζει ο διεθνής νόμος για τα δικαιώματα πρόσβασής τους σε υπηρεσίες υγείας . Ο βασικότερος λόγος για τον οποίου συμβαίνει αυτό είναι η προτεραιότητα η οποία δίνεται στην επείγουσα φροντίδα και όχι στην πρωτοβάθμια (Ingleby 2018) .

Το 2016 , σύμφωνα με τον MIPEX (Migration Integration Policy Index's) , επιβεβαιώθηκε ότι στις διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες , ακολουθούνται πολύ διαφορετικές πολιτικές και πρακτικές υγείας , αναφορικά με την υγεία των μεταναστών (Kumar *et al* , 2018) . Σύμφωνα με τους Mac Farlane *et al* , στόχος ακόμα και σήμερα είναι η υιοθέτηση κοινών πρακτικών και πρωτοβουλιών μέσω συνεργασίας των Ευρωπαϊκών χωρών , προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια και να αναπτύξουν ένα πολιτισμικά και γλωσσικά κατάλληλο σύστημα υγείας για όλους τους μετανάστες . Ταυτόχρονα όμως οι σχεδιαστές των πολιτικών υγείας οφείλουν στην προσπάθειά τους για ορθό σχεδιασμό πρωτοβουλιών και πρακτικών , να λαβουν σοβαρά υπόψη την τεράστια ποικιλομορφία του μεταναστευτικού πληθυσμού . Οι προτεραιότητες που τίθενται κάθε φορά από τους σχεδιαστές πολιτικών υγείας , πρέπει να ανταποκρίνονται στις εκάστοτε ανάγκες του μεταναστευτικού πληθυσμού (Ingleby 2018) .

Παρόλα αυτά , εντοπίσαμε βασικές διαφορές αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που ακολουθούνται αναφορικά με τους παράνομους μετανάστες . Κοινή ευρωπαϊκή πρακτική , αποτελεί η πρόσβαση των μεταναστών στα επείγοντα περιστατικά σε περίπτωση οξείας ασθένειας ή πόνου . Ιδιαίτερα πλεονεκτήματα αναφορικά με την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας διαθέτουν οι ανήλικοι κάτω των 18 ετών και οι

έγκυες γυναίκες στην πλειοψηφία των χωρών . Στην Σουηδία , την Γερμανία αλλά και το Η. Βασίλειο οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν νομική υποχρέωση να αναφέρουν στις αρχές οποιονδήποτε παράνομο μετανάστη αναζητήσει ιατρική βοήθεια . Αντίθετα , στην Ιταλία , την Γαλλία , την Πορτογαλία , την Ισπανία αλλά και την Ολλανδία υπάρχει νομική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας για προστασία και τήρηση εχεμύθειας του νομικού προφίλ των μεταναστών σε περίπτωση που αυτοί αναζητήσουν ιατρική φροντίδα (De Vito *et al* , 2016) .

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας , η αρχική εξέταση των μεταναστών που εισέρχονται σε μία χώρα υποδοχής δεν είναι υποχρεωτική , καθώς μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα άγχους στους μετανάστες . Έχει αποδειχτεί όμως ότι ο έλεγχος των μεταναστών κατά την είσοδό τους σε μία χώρα υποδοχής για ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες (πχ : φυματίωση , ιογενής ηπατίτιδα , εντερικά παράσιτα κτλ) είναι cost – effective , και συνηγορεί στην διασφάλιση της δημόσιας υγείας (Pavlí 2017) . Αυτό σημαίνει ότι οι χώρες υποδοχής πρέπει να κοιτάζουν πέρα από τα εθνικά σύνορα και να συλλέξουν πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία των νοσών , τη διαχείριση , την κάλυψη εμβολιασμού και την κατάσταση των συστημάτων υγείας, μεταξύ άλλων, στις χώρες προέλευσης των μεταναστών (Kumar *et al* , 2018) .

Η συλλογή δεδομένων αναφορικά με το επιδημιολογικό αλλά και δημογραφικό προφίλ των μεταναστών σε κοινές βάσεις δεδομένων , οι οποίες μελλοντικά θα επιτρέπουν την ανταλλαγή και άντληση πληροφοριών μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών είναι μία πρακτική που κρίνεται απαραίτητη (De Vito *et al* , 2016) . Μέχρι τώρα , οι μόνες Ευρωπαϊκές χώρες που συλλέγουν δεδομένα αναφορικά με τους μετανάστες είναι το Η. Βασίλειο , η Ολλανδία και η Σουηδία (Mladovsky, 2007) . Επιπρόσθετα , κατά την είσοδο των μεταναστών σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες , πρέπει να τους παρέχονται αποτελεσματικές , ειδικά φτιαγμένες πληροφορίες αναφορικά , με την δομή του εκάστοτε συστήματος υγείας στις χώρες υποδοχής καθώς και των δικαιωμάτων αλλά και των υποχρεώσεών τους κατά την πρόσβασή τους σε αυτό . Έχει γίνει πλέον αντιληπτό , ότι προκειμένου να επιτύχουμε την ομαλή ενσωμάτωσή τους στην νέα

κοινωνία και περιβάλλον που καλούνται να ζήσουν , οφείλουμε να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στην ψυχική υγεία των μεταναστών . Κρίνεται απαραίτητη η παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών στους μετανάστες , ειδικά προσαρμοσμένων στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες τους , καθώς σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες η ανάγκη αυτή είναι παραμελημένη . Τα γλωσσικά εμπόδια και ο αναλαφαβητισμός των μεταναστών σε θέματα υγείας , έχουν ταυτοποιηθεί ως βασικά προβλήματα δεν έχουν όμως αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά από όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες .

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες για την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών, διαθέτουν ζωτική σημασία για την αντιμετώπιση των προκλήσεων υγείας και αποτελούν την προτεραιότητα των σχεδιαστών πολιτικών υγείας . Ο τύπος των δεδομένων που πρέπει να συλλέγονται , από ποιόν , σε ποιό επίπεδο και για ποιό σκοπό. χρειάζεται συζήτηση , συναίνεση και τυποποίηση , καθώς ελοχεύει ο κίνδυνος να θεωρηθεί μεροληπτική διαδικασία . Γνωρίζοντας πληροφορίες για την εμφάνιση μίας μολυσματικής ή μη μολυσματικής ασθένεια σε πληθυσμούς μεταναστών , μπορούμε να ανταποκριθούμε κατάλληλα στις ατομικές και πληθυσμιακές ανάγκες, ευθυγραμμίζοντάς τις με τις παγκόσμιες αρχές υγείας . Η αξιόπιστη γνώση σχετικά με τις ομάδες μεταναστών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για ίση πρόσβαση σε πρόληψη και θεραπεία ασθενειών. Ίσες ευκαιρίες για την επίτευξη καλής υγείας πρέπει να είναι μία από τις βασικές προτεραιότητες της παγκόσμιας υγείας των μεταναστών .

Σύμφωνα με τον Kumar *et al* (2018) , συστήνονται στους σχεδιαστές πολιτικών υγείας οι ακόλουθες προτάσεις και συμβουλές . Αρχικά , οι ερευνητές και σχεδιαστές πολιτικών υγείας , πρέπει να συμφωνήσουν στον καθορισμό ενός κοινού και συγκεκριμένου ορισμού του όρου μετανάστης καθώς και να απκτήσουν πλήρη και αξιόπιστα δεδομένα τα οποία θα ανταποκρίνονται στον όρο αυτό . Εν συνεχεία , οι κυβερνήσεις χρειάζεται να διευθετήσουν τα πληροφοριακά κενά , προκειμένου να εξασφαλίσουν την ανάπτυξη ενός framework , το οποίο θα ρυθμίσει τον πληθυσμό των

άρρωστων και ασθενών μεταξύ των μεταναστών . Προτείνεται στους ερευνητές και τους σχεδιαστές πολιτικών υγείας , η πραγματοποίηση ερευνητικών μελετών στις οποίες θα εξετάζονται οι μακροχρόνιες επιπτώσεις πολιτικών υγείας στον μεταναστευτικό πληθυσμό , έτσι ώστε να αποφευχθούν τυχόν πρακτικές με αρνητικές συνέπειες . Επιπλέον καθίσταται απαραίτητη η πραγματοποίηση συγκριτικών μελετών σε παγκόσμιο επίπεδο στον μεταναστευτικό πληθυσμό . Προκειμένου να διασφαλιστεί η υγεία των μεταναστών , χρειάζεται συντονισμός και συνεργασία όλων των παρόχων υγείας , ιδιωτικών , δημόσιων αλλά και ΜΚΟ . Η μεγαλύτερη πρόκληση και δυσκολία έγκειται στην καταγραφή των παράτυπων μεταναστών , καθώς τα δεδομένα δεν μπορούν να εξακριβωθούν , και επομένως η ακρίβειά τους δεν μπορεί να επαληθευτεί . Ως αποτέλεσμα , η θνητότητα στο μεταναστευτικό πληθυσμό μπορεί να υποεκτιμάται λόγω των συνεχώς μεταβλητών αριθμών των μεταναστών που εγκαταλείπουν την χώρα υποδοχής (Mladovsky 2007) .

Προκειμένου οι παροχοί υπηρεσιών υγείας να προσφέρουν πολιτισμικά καθορισμένες πολιτικές υγείας , οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του καθενός σε διαπροσωπικό επίπεδο , οι Keygnaert *et al* , 2013 , προτείνουν τα ακόλουθα μέτρα : αρχικά προτείνει την ενεργή συμμετοχή των μεταναστών στις κοινότητες στις οποίες υπάγονται , θεωρώντας τους μετανάστες ως ενεργά μέλη που καθορίζουν τις επιλογές τους . Στόχος είναι ακόμα , η αφύπνιση των μεταναστών αναφορικά με τα νομικά δικαιώματά τους απέναντι στο εθνικό σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας υποδοχής , καθώς η χρήση ειδικών διερμηνέων και διαμεσολαβητών προκειμένου να ξεπεραστούν τα γλωσσικά τροχοπέδη , στην περίπτωση που αυτό δεν συμβαίνει ήδη .

Η Ελλάδα αποτελεί σήμερα βασική πύλη εισόδου στην Ευρωπαϊκή Ένωση για χιλιάδες

μετανάστες και πρόσφυγες , που εισέρχονται στη χώρα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα στο πλαίσιο των μικτών μεταναστευτικών ροών . Εκτιμάται ότι , στην πλειοψηφία τους , ως τελικό επιθυμητό προορισμό έχουν άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με καλύτερες προοπτικές εργασίας και διαβίωσης ή με καλύτερο σύστημα παροχής ασύλου . Δεδομένης της έλλειψης δυνατότητας νόμιμης εξόδου από τη χώρα , ένας σημαντικός αριθμός τους εγκλωβίζεται εντός της ελληνικής επικράτειας , όπου και παραμένει χωρίς καθεστώς νομιμότητας . Ως συνέπεια του εγκλωβισμού τους , αυξάνονται οι κοινωνικές εντάσεις μεταξύ των γηγενών με τους αλλοδαπούς , ενώ σε συνδυασμό με την υπάρχουσα οικονομική ύφεση στην Ελλάδα , αναπτύσσονται φαινόμενα περιθωριοποίησης και εξεθλίωσης των αλλοδαπών (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) . Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο του «εγκλωβισμού» και γενικότερα τα προβλήματα που γεννώνται από τη μαζική είσοδο στην Ελλάδα ή τη διέλευση μέσω αυτής μικτών μεταναστευτικών ομάδων , χρειάζεται μία ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος . Σε αυτά περιλαμβάνονται :

- Παροχή ασύλου στους πρόσφυγες και στους λοιπούς δικαιούχους διεθνούς προστασίας , μέσω της απρόσκοπτης πρόσβασης στο άσυλο και μιας δίκαιης και αποτελεσματικής διαδικασίας (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) .
- Λήψη μέτρων για τη διευκόλυνση της ένταξης υπηκόων τρίτων χωρών που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) .
- Εφαρμογή των σχετικών εθνικών, ευρωπαϊκών και διεθνών νομοθετικών διατάξεων για εξέταση του ενδεχόμενου τακτοποίησης της παραμονής στις περιπτώσεις των μη απελάσιμων (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους

Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) .

- Παράλληλα, άσκηση δυναμικής πολιτικής της Ελλάδας σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης για διαπραγμάτευση μέτρων, με στόχο την αλληλεγγύη μεταξύ κρατών-μελών της Ε.Ε. και τον καταμερισμό βαρών και ευθυνών (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) .
- Ενίσχυση της καταγραφής και ταυτοποίησης των μεταναστών , λόγω της έλλειψης ομοιογένειας πληθυσμού τους καθώς και της έλλειψης νομιμοποιητικών εγγράφων (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) .
- Αντικατάσταση των μαζικών απελάσεων με την θέσπιση μηχανισμών που θα λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες αυτών που χρήζουν διεθνούς προστασίας , ενθαρρύνοντας ταυτόχρονα τις επιστροφές (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) .
- Ταυτόχρονα , αντικατάσταση του ολικού σφραγίσματος των συνόρων με αυστηρότερους ελέγχους , παλι με την βοήθεια των ιδίων μηχανισμών αναγνώρισης (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας) .

Συμπεραίνοντας , σύμφωνα με την Mladovsky (2007) , λόγω του “healthy immigrant effect” , η απλοϊκή άποψη πως οι μετανάστες αποτελούν ένα δυσανάλογο βάρος για τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας , αντικρούεται . Η μετανάστευση αποτελούσε ιστορικά ένα φαινόμενο που άλλαζε την σύσταση του πληθυσμού και επηρέαζε , άλλαζε και διαμόρφωνε τις κοινωνίες σε κοινωνικό , πολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο . Η επένδυση στη υγεία , ως ένα μέσο θετικής οικονομικής ανάπτυξης και εξέλιξης του καθενός , έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία και οδηγεί στην βελτίωσή της . Η ανάπτυξη και διατήρηση της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο , αποτελεί ένα μέρος ενός ευρύτερου κοινωνικού στόχου . Το ίδιο ισχύει και για την υγεία των μεταναστών , οι οποίοι θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται ως μία πηγή και επένδυση για το μέλλον της κοινωνίας , με απότερο σκοπό την διασφάλιση της υγείας τους , και όχι ως βάρος (Kumar *et al* ,

2018).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- 1) Μπάγκαβος , Χ. Και Παπαδοπούλου , Δ. (2002) . Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική , Μελέτες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ
- 2) Καρύδης , Β.(1996) .Η εγληματικότητα των μεταναστών στην Ελλάδα , Ζητήματα θεωρίας και αντεγκληματικής πολιτικής , Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα
- 3) Τούντας , Γ. (1996) . Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(4), 2000 .
- 4) Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής , (2018) . Εθνική στρατηγική για την ένταξη .
- 5) Τριανταφυλλίδου , Α. (2005) . Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική:Προβλήματα και Κατευθύνσεις , ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ (ΕΛΙΑΜΕΠ).
- 6) Κακαλέτσης , Ν. , Ιωαννίδης Α. , Σιγάλας Ι . , Χατζητόλιος , Α.(2012) , Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥστην Ελλάδα , Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013 , 30(2) : 233- 240 .
- 7) Τερζούδης , Σ. Και Μπογιατζιδάκης , Π. Και Κωσταγιόλας , Π . (2016) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα , Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης , Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής 2017, 34(1):113–122
- 8) Πετρέλης Ματθαίος και Δομάγερ Φίλιππος – Ριχάρδος . (2015) . Το Βήμα του Ασκληπιού , Τόμος 15, Τεύχος 4
- 9) Καλοφορίδης , Β . (2014) . Ταυτότητα , μετανάστευση και διαπολιτισμική εκπαίδευση στην σύγχρονη Ελλάδα , Επιστημονικό εκπαιδευτικό περιοδικό , Τόμος 2, Τεύχος 1.
- 10) Schnapper , D. (2000) , Η κοινωνία των πολιτών , Εκδόσεις Gutenberg

- 11) Μουσούρου, Α. (1991) : «Μετανάστευση και Μεταναστευτική Πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη» εκδ. GUTENBERG Αθήνα
- 12) Ινστιτούτο Στατιστικής τεκμηρίωσης , ανάλυσης και έρευνας , Η Μετανάστευση και ο Διεθνής ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης : Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον κόσμο και η διαχείριση της αποδημίας
- 13) Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας Συμβολή στο διάλογο για το μεταναστευτικό και το άσυλο

Ξενόγλωσση

- 1) Taguieff, P. (1991).The ideological metamorphoses of racism and the crisis of anti-racism , P. Taguieff (Ed.), *Face au racism*(vol. 2, pp. 13–63). Paris: The Discovery
- 2) Mladovsky , P. , Rechel B . ,David Inglebyc, McKee M. , (2012) , Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe
- 3) Watters , C. , Ingleby , D. (2004) , Locations of care: Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe , International Journal of Law and Psychiatry 27 (2004) 549–570
- 4) Cattacin , S. , Chimient , M. , Cuadra Carin Björngren , (2007) , Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health : national policies compared , Swiss Forum for Migration and Population Studies
- 5) Jackson , Y. ,Paignon , A. , Wolff , H ., Delicado , N. (2018) , Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland , Sabine Rohrmann, University of Zurich, SWITZERLAND
- 6) Cacciani , L. , Baglio , G. , Rossi , L. , Materia , E. etch (2006) , Hospitalisation among immigrants in Italy , 1Agency for Public Health of Lazio Region, Rome, Italy, 2Caritas Diocesana of Rome, Rome, Italy and 3Department of Public Health Sciences, University of Rome "La Sapienza", Rome, Italy
- 7) Livingstone , K., Jasper , L., (2005) Race Equality Scheme 2005 – 2008, Greater London Authority
- 8) Anell , A. , Glenngård , A. H. , Merkur , S. (2012) , Sweden "Health system

review , Health systems in transition , Vol14 , No.5, 2012

9) Lau , A. (2008) , Delivering race equality in mental health services,,. *Advances in Psychiatric Treatment* (2008), vol. 14, 326–329

10) COM(2019) 481 final , COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN COUNCIL AND THE COUNCIL : Progress report on the Implementation of the European Agenda on Migration

11) Vázquez , M. , Núñez , R. , Vargas , I . , Rodríguez , D. , Lizana , T. (2011) , Health policies for migrant populations in three European countries: England; Italy and Spain

12) Mellou , K. Silvestros , C., Papasaranti , E. *et all* , (2018) , Increasing childhood vaccination coverage of the refugee and migrant population in Greece through the European programme PHILOS, April 2017 to April 2018

13) International Organization for Migration , Healthcare for the undocumented immigrants in the EU : Concepts and cases

14) Vink , Maarten P., (2002) , Negative and Positive Integration in European Immigration Policies

15) Scharpf , F.(1996) , Negative and Positive Integration in the Political Economy of European Welfare States

16) Scharpf , F. (1999) , *Governing in Europe , Effective and democratic* (Oxford University Press) .

17) Solé , C. (2015) , European policy on immigration , *Transfer : European Review of Labour and Research*

18) Ingleby ,D. , Petrova-Benedic , R. , Huddleston , T. , Sanchez , E. , (2018) , The MIPEX Health strand: a longitudinal,mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries , *European Journal of Public Health*, Vol. 0, No. 0, 1–5

19) MacFarlane A, O'Reilly-de Brún M, de Brún T, Dowrick C, O'Donnell C, Mair

- F, et al. Healthcare for migrants, participatory health research and implementation science—better health policy and practice through inclusion. The RESTORE project. *Eur J Gen Pract.* 2014;20:148–52
- 20) De Vito , E. , Specchia , M. L. , et all , (2016) , Are undocumented migrants’ entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? , *Public Health Reviews* 37:13
- 21) Keygnaert , I. , Guieu , A. Et al , (2013) , Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care?
- 22) Pavli , A. , Maltezou , H. , (2017) , Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe , *Journal of Travel Medicine*, 2017, 1–8
- 23) Rachel , B. ,Mladovsky , P. , Ingleby , D., Mackenbach , J., McKee , M. , (2013) ,Migration and health in an increasingly diverse Europe , www.thelancet.com Vol 381
- 24) Giannon , M. ,Franzini , L. , Masiero , G., (2016) Migrant integration policies and health inequalities in Europe , *BMC Public Health* 16:463
- 25) Moullan , Y. , Jusot , F. , (2014) , Why is the ‘healthy immigrant effect’ different between European countries?, *European Journal of Public Health*, Vol. 24, Supplement 1, 2014, 80–86
- 26) Namer , Y. , Razum , O. , (2018) , Convergence Theory and the Salmon Effect in Migrant Health , PRINTED FROM the OXFORD RESEARCH ENCYCLOPEDIA, GLOBAL PUBLIC HEALTH (oxfordre.com/publichealth). (c) Oxford University Press USA, 2020.
- 27) Lassetter , J. , Callister , L. , (2009) The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies: A Review of the Literature , *J Transcult Nurs* 2009 20: 93
- 28) Brannan S, Campbell R, Davies M, et al. (2016) THE MEDITERRANEAN REFUGEE CRISIS: ETHICS, INTERNATIONAL LAW AND MIGRANT HEALTH , *J Med Ethics* 2016;42:269–270.

- 29) Tsiodras , S. , (2016) , Irregular migrants: a critical care or a public health emergency , Intensive Care Med (2016) 42:252–255
- 30) Karl -Trummer , Ursule Metzler B. , (2007) , Internal working paper in the frame work for the EU – project “Access to Health care for undocumented Migrants” , from PICUM (Platform for International cooperation on undocumented immigrants) .
- 31) Mladovsky , P . (2007) , Migration and health in the EU , Qai

Διαδικτυακές Πηγές

- 1)<http://www.opengov.gr/immigration/>
- 2)<https://el.wikipedia.org/wiki/h>
- 3)<https://www.unhcr.org/gr/>
- 4)www. Lawspot.gr
- 5).<https://www.lawspot.gr/nomikes-pliories/voithitika-kemena/ti-provlepei-i-symvasi-tis-genevis-gia-kathestos-ton-prosfygon>
- 6)https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/asylum/identification-of-applicants_en)
- 7)<https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/0C87EC2F2C7E9132C2257D00002BDC3E?OpenDocument>)
- 8)<https://en.wikipedia.org/wiki/Communitarianism>
- 9)Statistics Austria
- 10)<https://ec.europa.eu/migrant-integration/governance/austria>
- 11)<https://www.academics.com/guide/health-insurance-austria>
- 12)<https://www.odse.eu.org/spip.php?rubrique3&lang=fr>
- 13)<https://www.france-assos-sante.org/presentation/qui-sommes-nous/>
- 14) <https://www.uniopss.asso.fr/presentation-du-reseau>
- 15)https://en.wikipedia.org/wiki/Calais_Jungle#cite_note-WG-13
- 16)<https://helprefugees.org/volunteer/calais/>
- 17)<https://vieactive.fr/presentation-association/>

- 18) press.co.uk/comment/expresscomment/705496/Calais-France-problem-must-deal-with-it-migrant-crisis
- 19) <https://www.linkedin.com/company/ethno-medical-center---ethno-medizinisches-zentrum-e.v./>)
- 20) <https://www.digitale-chancen.de/content/einrichtungen/index.cfm/key.74/secid.8/lang.2>
taz.de/!1341302/
- 21) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/english-version/press/the-federal-ministry-of-health-signs-the-diversity.html#c3987>
- 23) https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/tackling-discrimination/diversity-management/diversity-charters-eu-country/german-diversity-charter_en
- 24) <https://www.migration-gesundheit.bund.de/en/homepage/>
- 25) <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/suche.html#migrants>
- 26) <http://www.breathingspacelondon.org.uk/about-Breathing-Space/>
- 27) <https://www.mscbs.gob.es/buscador/iniciar.do>)
- 28) <https://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>
- 29) https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Italy)
- 30) <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-bismarck-versus-beveridge>)
- 31) <https://www.pharos.nl/english/>
- 32) <https://ec.europa.eu/migrant-integration/>
- 33) <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/3209-sxedio-keelpno-gia-prosfyges-metanastes>
- 34) <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/2001-anakoinwsh-toy-ke-el-p-no-gia-thn-poliomyelitida> .
- 35) <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/1127-ygeionomikh-diataksh-rythmiseis-poy-aforoyn-ton-periorismo-ths-diadoshs-loimodwn-noshmatwn>
- 36) Statistics Sweden.

37) <https://eody.gov.gr/philos-start/>