
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

Το προσφυγικό και οι επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία

Χασιώτη Ελένη

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

Πειραιάς, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

Το προσφυγικό και οι επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία

Χασιώτη Ελένη, Α.Μ.: ΟΔΥ/1846

Επιβλέπων: Κοτταρίδη Κωνσταντίνα

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

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

Refugee and impact on public health

[Chasioti Eleni]

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, Gr

Στο Ελενάκι μου, στη γιαγιά μου.....

Ευχαριστίες

[Ευχαριστώ πολύ την ομάδα του τμήματος για την άψογη συνεργασία.]

Το προσφυγικό και οι επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία

Σημαντικοί Όροι: πρόσφυγες, υγεία, επίπτωση, κρίση, Ελλάδα

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του προσφυγικού ζητήματος στη δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Η Ελλάδα τα τελευταία δέκα χρόνια έχει γίνει δέκτης πολλών χιλιάδων προσφύγων ετησίως καθ'όλη τη διάρκεια του χρόνου. Ως αποτέλεσμα των τεράστιων ροών προσφύγων, η χώρα θα έπρεπε να διαχειριστεί σε πολλαπλά επίπεδα τις ανάγκες αυτών των ανθρώπων. Μια από τις σημαντικότερες εκφάνσεις του προσφυγικού είναι η επίπτωση του δημόσια υγεία. Επομένως, σε αυτή την εργασία παρουσιάζονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες του προσφυγικού, οι επιπτώσεις του προσφυγικού στην φυσική και ψυχική υγεία των προσφύγων αλλά και η επίπτωση του στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Refugee and impact on public health

Keywords: refugees, health, impact, crisis, Greece

Abstract

The purpose of this work is to investigate the impact of the refugee issue on public health in Greece. Greece has been receiving many thousands of refugees a year throughout the year throughout the year. As a result of the huge flow of refugees, the country would have to manage the needs of these people at multiple levels. One of the most important manifestations of refugees is the impact of public health. Therefore, this work presents the identification factors of the refugee, the impact of refugees on the physical and mental health of refugees and its impact on the Greek health system.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Ονοματεπώνυμο

Χασιώτη Ελένη

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



Χασιώτη Ελένη

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ	16
1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ.....	16
1.2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ	23
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ.....	23
2.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ.....	24
2.3.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ.....	25
2.3.1. ΤΟ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΗΠΑ	27
2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ	29
2.5. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ	31
2.6. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	34
3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	34
3.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	45
4.1. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	45
4.2.ΟΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	47
4.3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	56
5.1. Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ	56
5.1.1. Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ	56
5.1.2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ	62
5.2. Η ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Κύριες χώρες προέλευσης των αιτούντων άσυλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση	35
Διάγραμμα 1: Αιτήσεις ασύλου σε 10 Ευρωπαϊκές Χώρες κατά το διάστημα 1956-2018.....	36
Διάγραμμα 2: Αριθμός αφίξεων μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα το 2015	40
Διάγραμμα 3: Θάνατοι μεταναστών ανά περιοχή προέλευσης για το 2015	41
Διάγραμμα 4: Αφίξεις μεταναστών και προσφύγων στην Λέσβο και στην Χίο από τον Ιανουάριο του 2015 έως και τον Φεβρουάριο 2016	42
Διάγραμμα 5: Κύριες εθνικότητες αιτούντων άσυλο στην Ευρώπη το 2014 και το 2015.....	44
Διάγραμμα 6: Αιτήσεις ασύλου ανά Ευρωπαϊκή Χώρα για τα έτη 2014 και 2015	44

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του προσφυγικού ζητήματος στη δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Η Ελλάδα τα τελευταία δέκα χρόνια έχει γίνει δέκτης πολλών χιλιάδων προσφύγων ετησίως καθ'όλη τη διάρκεια του χρόνου. Ως αποτέλεσμα των τεράστιων ροών προσφύγων, η χώρα θα έπρεπε να διαχειριστεί σε πολλαπλά επίπεδα τις ανάγκες αυτών των ανθρώπων. Μια από τις σημαντικότερες εκφάνσεις του προσφυγικού είναι η επίπτωση του δημόσια υγεία. Επομένως, σε αυτή την εργασία παρουσιάζονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες του προσφυγικού, οι επιπτώσεις του προσφυγικού στην φυσική και ψυχική υγεία των προσφύγων αλλά και η επίπτωση του στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται η μετανάστευση και οι επιδράσεις της. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται διεξοδικά ο ορισμός και οι παράγοντες της μετανάστευσης, αλλά και οι οικονομικές επιπτώσεις της μετανάστευσης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται το προσφυγικό ζήτημα και οι παράγοντες διαμόρφωσης του. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται ο ορισμός του προσφυγικού ζητήματος, αλλά και οι επιπτώσεις του, διαχωρισμένες, σε κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές.

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται η προσφυγική κρίση στην Ευρώπη. Ειδικότερα, παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή της προσφυγικής κρίσης στην Ευρώπη, αλλά και οι επιπτώσεις αυτής στην Ελλάδα και στην οικονομία της.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι παροχές των συστημάτων υγείας αλλά και το ελληνικό σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται το θεμελιώδες δικαίωμα στην υγεία, οι παροχές των συστημάτων υγείας, ενώ πραγματοποιείται ιδιαίτερη μνεία στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Τέλος, το πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζει τις επιπτώσεις του προσφυγικού ζητήματος στη δημόσια υγεία. Ειδικότερα, παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών, ενώ πραγματοποιείται μια βιβλιογραφική επισκόπηση ερευνών αναφορικά με τις επιπτώσεις του

προσφυγικού στην σωματική και ψυχική υγεία των προσφύγων. Ωστόσο, εκτός των παραπάνω, παρουσιάζεται και η προσβασιμότητα των προσφύγων στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με συμπεράσματα και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Η μετανάστευση είναι η κίνηση ανθρώπων από τη μια θέση στην άλλη και είναι ευρέως συνδεδεμένη με την αλλαγή του μόνιμου τόπου διαμονής. Οι λόγοι μετανάστευσης είναι οι διαπεριφερειακές και ενδοπεριφερειακές ανισότητες σε μακροοικονομικό επίπεδο και ουσιαστικά η έλλειψη ευκαιριών απασχόλησης και το χαμηλό επίπεδο συνθηκών διαβίωσης μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων σε μικροοικονομικό επίπεδο (Kainth, 2010). Υπάρχουν τρία συστατικά της αλλαγής του πληθυσμού, τα οποία είναι η θνησιμότητα, η γονιμότητα και η μετανάστευση (Krishnakumar & Indumathi, 2014). Υπάρχουν δύο τύποι μετανάστευσης, η εσωτερική μετανάστευση και η διεθνής μετανάστευση. Η εσωτερική μετανάστευση είναι η κίνηση ανθρώπων από ένα μέρος σε άλλο μέρος σε μια δεδομένη χώρα (Parkins, 2010). Η διεθνής μετανάστευση είναι το κίνημα ανθρώπων από τη μια χώρα στην άλλη για την ανάληψη απασχόλησης στην περιοχή εγκατάστασης ή για την αύξηση του προτύπου διαβίωσης. Διάφοροι μελετητές μελετούν τη μετανάστευση για διαφορετικούς σκοπούς (Urbański, 2022). Οι κοινωνιολόγοι έχουν τονίσει τις κοινωνικές και πολιτιστικές συνέπειες της μετανάστευσης. Ενώ οι γεωγράφοι αναδεικνύουν τα προβλήματα του χρόνου και τη σημασία της απόστασης της μετανάστευσης, οι οικονομολόγοι τονίζουν την οικονομική πτυχή της μετανάστευσης (Zanabazar et al., 2021).

Οι σημαντικοί παράγοντες που παρακινούν τους ανθρώπους να μετακινηθούν μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες. Αυτές οι πέντε κατηγορίες είναι οι οικονομικοί παράγοντες, οι δημογραφικοί παράγοντες, οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες, οι πολιτικοί παράγοντες και διάφοροι άλλοι παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί αναλύονται παρακάτω (Niu, 2022; Chang et al., 2014; Sridhar et al., 2013):

- (i) Οικονομικοί παράγοντες: Οι περισσότερες από τις μελέτες δείχνουν ότι η μετανάστευση προκαλείται κυρίως από οικονομικούς παράγοντες. Σε αναπτυσσόμενες χώρες, το χαμηλό γεωργικό εισόδημα, η γεωργική ανεργία και η υποαπασχόληση θεωρούνται βασικοί παράγοντες που ωθούν τους μετανάστες προς την ανεπτυγμένη περιοχή με μεγαλύτερες ευκαιρίες απασχόλησης. Έτσι, σχεδόν όλες οι μελέτες συμφωνούν ότι οι

περισσότεροι μετανάστες έχουν κινηθεί προκειμένου να αναζητήσουν καλύτερες οικονομικές ευκαιρίες. Οι βασικοί οικονομικοί παράγοντες που παρακινούν την μετανάστευση μπορούν να ταξινομηθούν περαιτέρω ως «παράγοντες ώθησης» και «παράγοντες έλξης». Οι παράγοντες ώθησης είναι παράγοντες που υποχρεώνουν ένα άτομο, λόγω διαφορετικών λόγων, να εγκαταλείψουν την χώρα ή την περιοχή τους και να μετακινηθούν σε κάποιο άλλο μέρος. Οι κοινοί παράγοντες ώθησης είναι η χαμηλή παραγωγικότητα, η ανεργία και η υποανάπτυξη, οι κακές οικονομικές συνθήκες, η έλλειψη ευκαιριών για προώθηση, η εξάντληση των φυσικών πόρων και φυσικών καταστροφών. Η εισαγωγή κεφαλαίου στις εντατικές μεθόδους παραγωγής στον γεωργικό τομέα και ο μηχανισμός ορισμένων διαδικασιών μειώνουν την απαίτηση εργασίας στις αγροτικές περιοχές. Η μη διαθεσιμότητα εναλλακτικών πηγών εισοδήματος στην αγροτική περιοχή είναι επίσης σημαντικός παράγοντας για τη μετανάστευση. Οι παράγοντες έλξης είναι παράγοντες που προσελκύουν τους μετανάστες σε μια περιοχή. Οι ευκαιρίες για καλύτερη απασχόληση, οι υψηλότεροι μισθοί, οι εγκαταστάσεις, οι καλύτερες συνθήκες εργασίας και οι ελκυστικές ανέσεις είναι παράγοντες έλξης μιας περιοχής

- (ii) Δημογραφικοί παράγοντες: Οι διαφορές στους ρυθμούς αύξησης του πληθυσμού των διαφόρων περιοχών ενός έθνους έχει διαπιστωθεί ότι είναι καθοριστικός παράγοντας στην εσωτερική μετανάστευση. Η γονιμότητα και η φυσική αύξηση του πληθυσμού είναι γενικά υψηλότερα σε αγροτικές περιοχές που μετατοπίζουν τον πληθυσμό προς την πόλη. Άλλος σημαντικός δημογραφικός παράγοντας στην εσωτερική μετανάστευση είναι ο γάμος επειδή οι γυναίκες συνήθιζαν να ακολουθούν τους συζύγους τους
- (iii) Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες: Οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στη μετανάστευση. Μερικές φορές οι οικογενειακές συγκρούσεις και η αναζήτηση για ανεξαρτησία, προκαλούν επίσης τη μετανάστευση, ειδικά, των νεότερων γενεών. Οι βελτιωμένες εγκαταστάσεις επικοινωνίας, όπως η μεταφορά, ο αντίκτυπος της τηλεόρασης, η καλή επικοινωνία δικτύου, ο κινηματογράφος, η αστική εκπαίδευση και η προκύπτουσα αλλαγή σε στάσεις και αξίες προωθούν επίσης τη μετανάστευση

- (iv) Πολιτικοί παράγοντες: Μερικές φορές ακόμη και οι πολιτικοί παράγοντες ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν τη μετανάστευση από την μια περιοχή σε μια άλλη. Ως εκ τούτου, το πολιτικό υπόβαθρο, οι στάσεις και η ατομική άποψη του λαού επηρεάστηκαν σχετικά με τη μετανάστευση των ανθρώπων
- (v) Διάφοροι παράγοντες: Άλλοι παράγοντες όπως η παρουσία συγγενών και φίλων σε αστικές περιοχές και η επιθυμία για λήψη εκπαίδευσης που είναι διαθέσιμη μόνο σε αστικές περιοχές είναι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για τη μετανάστευση. Η εγγύτητα των πολιτιστικών επαφών, η πολιτιστική ποικιλομορφία, η μεγάλη ζωτικότητα, οι ατομικές στάσεις είναι επίσης που σχετίζεται με τη μετανάστευση

1.2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Η μετανάστευση αποτελεί χαρακτηριστικό της κοινωνικής και οικονομικής ζωής σε πολλές χώρες, αλλά το προφίλ των μεταναστευτικών πληθυσμών ποικίλλουν σημαντικά. Εν μέρει αυτό οφείλεται στην ποικιλία των πηγών μετανάστευσης. Σε μεγάλο μέρος της Ευρώπης, για παράδειγμα, οι πολίτες απολαμβάνουν εκτεταμένα δικαιώματα ελεύθερης κυκλοφορίας (Damette & Fromentin, 2013). Στην Αυστραλία, τον Καναδά και την Νέα Ζηλανδία, η διαχειριζόμενη μετανάστευση εργατικού δυναμικού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Άλλες πηγές περιλαμβάνουν οικογένεια και ανθρωπιστική μετανάστευση. Όποια και αν είναι η πηγή της, η μετανάστευση έχει σημαντικές επιπτώσεις στις κοινωνίες μας και αυτές μπορεί να είναι αμφιλεγόμενες. Ο οικονομικός αντίκτυπος της μετανάστευσης δεν αποτελεί εξαίρεση (Aubry et al., 2016).

Κατά τα τελευταία δέκα χρόνια, οι μετανάστες εκπροσώπησαν το 47% της αύξησης του εργατικού δυναμικού στα Ηνωμένα Έθνη και το 70% στην Ευρώπη (OECD, 2012). Απέναντι στις χώρες του ΟΟΣΑ, μόνο ένα σχετικά μικρό μέρος αυτών των συμμετεχόντων στο εργατικό δυναμικό ήρθαν μέσω της διαχειριζόμενης εργασιακής μετανάστευσης (η οποία αντιπροσωπεύει μόνο ένα κλάσμα όλων των κινήσεων στις χώρες του ΟΟΣΑ), και άλλα πέρασαν σε άλλα κανάλια,

συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, της ανθρωπιστικής και ελεύθερης κίνησης μετανάστευσης (Pedersen et al., 2008).

Η εκπαίδευση των μεταναστών ποικίλλει πολύ. Ακριβώς όπως η σχέση μεταξύ νεαρών και ηλικιωμένων, οι νέοι μετανάστες είναι γενικά πολύ πιο μορφωμένοι από τους μετανάστες που πλησιάζουν τη συνταξιοδότηση. Αυτό είναι επίσης αλήθεια για τους μετανάστες που εισέρχονται στο εργατικό δυναμικό, αφού πάνω από το ένα τρίτο των μεταναστών είναι κάτοχοι πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Dufty-Jones, 2014). Το ίδιο ποσοστό, ωστόσο, δεν έχει ολοκληρώσει την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Από το 2000/01, οι μετανάστες αντιπροσώπευαν το 31% της αύξησης του μορφωμένου εργατικού δυναμικού στον Καναδά, το 21% στις Ηνωμένες Πολιτείες και το 14% στην Ευρώπη (Pedersen et al., 2008).

Παρόλο που η μετανάστευση δεν οδηγείται άμεσα από τις ανάγκες του εργατικού δυναμικού, οι μετανάστες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στους πιο δυναμικούς τομείς της οικονομίας (Pedersen et al., 2008). Οι νέοι μετανάστες αντιπροσώπευαν το 22% του των συμμετεχόντων σε έντονα αναπτυσσόμενα επαγγέλματα στις Ηνωμένες Πολιτείες και το 15% στην Ευρώπη. Αυτά περιλαμβάνουν κυρίως τα επαγγέλματα στελεχών της υγειονομικής περίθαλψης (επιστήμη, τεχνολογία, μηχανική και μαθηματικά) (Dufty-Jones, 2014).

Ταυτόχρονα, οι μετανάστες αντιπροσώπευαν περίπου το 25% των συμμετοχών στις πιο έντονα φθίνουσες επαγγελματικές κατηγορίες στην Ευρώπη (24%) και στις Ηνωμένες Πολιτείες (28%). Στην Ευρώπη, αυτά τα επαγγέλματα περιλαμβάνουν τον κλάδο της βιοτεχνίας και τα συναφή επαγγέλματα καθώς και τους χειριστές μηχανημάτων και τους συναρμολογητές. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, αφορά κυρίως θέσεις εργασίας στην παραγωγή, την εγκατάσταση, την συντήρηση και την επισκευή. Σε όλους αυτούς τους τομείς, Οι μετανάστες καλύπτουν τις ανάγκες εργασίας αναλαμβάνοντας θέσεις εργασίας που θεωρούνται από εγχώριους εργαζόμενους ως μη ελκυστικές ή χωρίς προοπτικές σταδιοδρομίας (Dufty-Jones, 2014).

Στην Ευρώπη, το πεδίο εφαρμογής της κινητικότητας της εργασίας σε μεγάλο βαθμό αυξήθηκε στις ζώνες της ΕΕ/ΕΦΤΑ μετά τις διευρύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 2004 και του 2007. Αυτό προστέθηκε στην ικανότητα προσαρμογής των

αγορών εργασίας. Οι πρόσφατες εκτιμήσεις υποδηλώνουν ότι έως το ένα τέταρτο του ασύμμετρου σοκ αγοράς εργασίας, που συμβαίνει σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και με διαφορετικές εντάσεις σε όλες τις χώρες, μπορεί να έχουν απορροφηθεί από τους μετανάστες εντός ενός έτους (Jauer et al., 2014).

Πρόσφατες εργασίες σχετικά με τη δημοσιονομική επίδραση της μετανάστευσης για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ, καθώς και στην Αυστραλία, στον Καναδάς και στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι Liebig και Mo (2013) κατέληξαν σε ορισμένα ιδιαίτερος ενδιαφέροντα νέα και διεθνώς συγκριτικά στοιχεία. Η μελέτη υποδηλώνει πως ο αντίκτυπος των σωρευτικών κυμάτων της μετανάστευσης που έφτασαν τα τελευταία 50 χρόνια στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι κατά μέσο όρο κοντά στο μηδέν, και σπάνια υπερβαίνει το 0,5% του ΑΕΠ είτε σε θετικούς είτε σε αρνητικούς όρους. Ο αντίκτυπος είναι υψηλότερος στην Ελβετία και στο Λουξεμβούργο, πού οι μετανάστες παρέχουν εκτιμώμενο καθαρό όφελος περίπου το 2% του ΑΕΠ.

Επομένως, οι μετανάστες δεν είναι ούτε βάρος στις κοινές δαπάνες ούτε είναι πανάκεια για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής προκλήσεις. Στις περισσότερες χώρες, εκτός από εκείνες με ένα μεγάλο μερίδιο των παλαιότερων μεταναστών, οι μετανάστες συμβάλλουν περισσότερο σε φόρους και κοινωνικές συνεισφορές. Αυτό σημαίνει ότι οι μετανάστες συμβάλλουν στη χρηματοδότηση της δημόσιας υποδομής, αν και βεβαίως σε ένα μικρότερο βαθμό από τους γηγενείς (Jauer et al., 2014). Σε αντίθεση με τη διαδεδομένη δημόσια πεποίθηση, οι μετανάστες χαμηλής μορφοποίησης διαθέτουν καλύτερη δημοσιονομική θέση, όπως τη διαφορά μεταξύ των συνεισφορών τους και των παροχών τους που λαμβάνουν, από τους συναδέλφους τους. Όταν οι μετανάστες έχουν λιγότερο ευνοϊκή δημοσιονομική θέση, αυτό δεν οδηγείται από μεγαλύτερη εξάρτηση από τα κοινωνικά οφέλη αλλά από το γεγονός ότι έχουν συχνά χαμηλότεροι μισθοί και έτσι τείνουν να συνεισφέρουν λιγότερο (Atoyan et al., 2016).

Οι διαφορές μεταξύ των χωρών στη δημοσιονομική θέση των νοικοκυριών των μεταναστών διαμορφώνονται από το σχεδιασμό των συστημάτων φόρου και των παροχών και, ακόμη περισσότερο, από διαφορές στη σύνθεση του μεταναστευτικού πληθυσμού όσον αφορά την ηλικία και την είσοδο των μεταναστών (Nathan, 2014). Σε χώρες όπου συνθέτουν οι πρόσφατοι εργατικοί μετανάστες ένα μεγάλο μέρος του

πληθυσμού των μεταναστών, οι μετανάστες έχουν πολύ πιο ευνοϊκή δημοσιονομική θέση από ό, τι σε χώρες όπου οι ανθρωπιστικοί μετανάστες αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό μέρος του μεταναστευτικού πληθυσμού (Atoyan et al., 2016). Οι εργαζόμενοι μετανάστες τείνουν έχουν πολύ πιο ευνοϊκό αντίκτυπο από τις άλλες ομάδες μεταναστών, αν και υπάρχουν μερική σύγκλιση με την πάροδο του χρόνου. Από την άλλη πλευρά, η δημοσιονομική θέση των μεταναστών είναι γενικά λιγότερο ευνοϊκή σε χώρες με μακροχρόνιους πληθυσμιακούς μετανάστες και ελάχιστη πρόσφατη εργασιακή μετανάστευση (Jauer et al., 2014).

Η απασχόληση είναι ο πιο σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της καθαρής δημοσιονομικής συμβολής των μεταναστών, ιδιαίτερα σε χώρες με γενναιόδωρη ευημερία των κρατών (Jauer et al., 2014). Αυξάνοντας το ποσοστό απασχόλησης των μεταναστών θα συνεπαγόταν σημαντικά δημοσιονομικά κέρδη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ, και ιδιαίτερα στο Βέλγιο, στη Γαλλία και στη Σουηδία, που θα έβλεπε τον αντίκτυπο του προϋπολογισμού μεγαλύτερο από 0,5% του ΑΕΠ. Θα βοηθούσε επίσης τους μετανάστες να ικανοποιήσουν τους στόχους τους, αφού οι περισσότεροι μετανάστες, τελικά, δεν απολαμβάνουν κοινωνικά οφέλη, αλλά για να αποκατασταθούν επαγγελματικά και να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης τους αλλά των οικογενειών τους (Atoyan et al., 2016). Από αυτή την προοπτική, οι προσπάθειες για καλύτερη ενσωμάτωση των μεταναστών θα πρέπει να θεωρηθούν ως μια επένδυση και όχι ένα κόστος.

Η διεθνής μετανάστευση έχει άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις στην οικονομική ανάπτυξη. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όπου η μετανάστευση επεκτείνει το εργατικό δυναμικό, το συγκεντρωτικό ΑΕγχΠ μπορεί να αναμένεται να αυξηθεί (Jean et al., 2011). Ωστόσο, η κατάσταση είναι λιγότερο ασαφής όταν πρόκειται για την ανάπτυξη του κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Πρώτον, η μετανάστευση έχει δημογραφικό αντίκτυπο, όχι μόνο αυξάνοντας το μέγεθος του πληθυσμού αλλά και με την αλλαγή της πυραμίδας ηλικίας των χωρών αποστολής. Οι μετανάστες τείνουν να είναι πιο συγκεντρωμένοι στις νεότερες και οικονομικά ενεργές ηλικιακές ομάδες σε σύγκριση με τους ντόπιους και συνεπώς συμβάλλουν στη μείωση των λόγων εξάρτησης. Δεύτερον, οι μετανάστες διαθέτουν ορισμένες σημαντικές δεξιότητες και ικανότητες, και συμπληρώνουν λοιπόν το απόθεμα του ανθρώπινου κεφαλαίου στη χώρα υποδοχής. Πιο συγκεκριμένα, στοιχεία από τις Ηνωμένες Πολιτείες προτείνουν ότι οι

εξειδικευμένοι μετανάστες συμβάλλουν στην ενίσχυση της έρευνας και της καινοτομίας, καθώς και στην τεχνολογική πρόοδο (Mayda, 2005).

Το ποσοστό των μεταναστών με υψηλή επίπεδο εκπαίδευσης στις χώρες του ΟΟΣΑ αυξάνεται απότομα. Ο αριθμός των μεταναστών με τριτοβάθμια εκπαίδευση στις χώρες του ΟΟΣΑ έδειξε μια πρωτοφανή αύξηση σε σχέση με την παρελθούσα δεκαετία (κατά 70%), φτάνοντας συνολικά σχεδόν 30 εκατομμύρια το 2011 (Jean et al., 2011). Από αυτά, περίπου 5 εκατομμύρια, ή 17%, έφτασε τα τελευταία πέντε χρόνια. Αυτή η τάση κυρίως οδηγείται από την ασιατική μετανάστευση, περισσότερο από 2 εκατομμύρια σε τριτοβάθμια εκπαίδευση μορφωμένοι μετανάστες που προέρχονται από αυτήν την περιοχή έφτασαν στις χώρες του ΟΟΣΑ τα τελευταία πέντε έτη (Jean et al., 2011).

Ωστόσο, λίγες εμπειρικές μελέτες έχουν δοκιμάσει να εκτιμήσουν τη συνολική επίδραση της καθαρής μετανάστευσης στην οικονομική ανάπτυξη, εν μέρει λόγω έλλειψης εναρμονισμένων συγκριτικών δεδομένων για τη διεθνή μετανάστευση ανά επίπεδα δεξιοτήτων. Μια μελέτη των Boubtane και Dumont (2013) που εξέτασε τον αντίκτυπο της μετανάστευσης στην οικονομική ανάπτυξη για 22 χώρες του ΟΟΣΑ μεταξύ του 1986 και του 2006 επέδειξε θετική αλλά μικρή επίδραση του ανθρώπινου κεφαλαίου που έφερε τους μετανάστες για την οικονομική ανάπτυξη. Η συμβολή των μεταναστών στη συσσώρευση ανθρώπινου κεφαλαίου τείνει να αντισταθμίσει το αποτέλεσμα της μηχανικής αραίωσης (δηλαδή τις επιπτώσεις της αύξησης του πληθυσμού στο κεφάλαιο ανά εργαζόμενο), αλλά το καθαρό αποτέλεσμα είναι αρκετά μικρό, συμπεριλαμβανομένων των χωρών που έχουν εξαιρετικά επιλεκτικές πολιτικές μετανάστευσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν πολλά προβλήματα στον κόσμο, όπως η φτώχεια, η πείνα, ο υποσιτισμός, η ανεργία, η βία, οι πρόσφυγες κλπ. Μεταξύ αυτών, το πρόβλημα των προσφύγων είναι ένα περίπλοκο ζήτημα. Υπάρχουν πολλές αιτίες του προβλήματος των προσφύγων (Arboleda, 1991). Μια κρίση των προσφύγων προκαλείται κυρίως από διευρυμένες διεθνείς συγκρούσεις, μαζικές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, βία των παγκόσμιων πολέμων, αναδιοργάνωση των ορίων των εθνικών κρατών, εντατικοποίηση ιδεολογικών διαφορών, διεθνή πολιτική εξουσία, εθνοτικές και θρησκευτικές διαμάχες, άμεσες πολιτικές διώξεις και οικονομικές και εθνικές καταστροφές, κλπ. Ωστόσο, τα περισσότερα κινήματα των προσφύγων σήμερα προκαλούνται από σύγκρουση (Loescher, 1992). Υπάρχει μια διαφορά μεταξύ του προβλήματος των προσφύγων σήμερα και του προβλήματος των προσφύγων των προηγούμενων χρόνων λόγω της πολύ διευρυμένης τροχιάς του, της ποικιλίας των αιτιών, των πολιτικών πολυπλοκότητας και σχεδόν του ατελείωτα ευρέος φάσματος προσπαθειών επίλυσης προβλημάτων (Fortin, 2000). Πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια τα κινήματα των προσφύγων και τα αναγκαστικά κινήματα όχι μόνο αυξάνονται στον αριθμό αλλά και ανέλαβαν θρησκευτικούς, φυλετικούς και ιδεολογικούς χαρακτήρες. Για παράδειγμα, τα κινήματα των προσφύγων στην περιοχή της Νότιας Ασίας προέκυψαν από τη γέννηση του εθνικού κράτους με το διαμέρισμα της Ινδίας και του Πακιστάν το 1947 και αργότερα λόγω της γέννησης του Μπαγκλαντές το 1971. Το πρόβλημα των προσφύγων είναι ένα φαινόμενο της εποχής μας. Είναι το προϊόν όχι μόνο του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, αλλά και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (Steinbock, 1997).

Με την πάροδο των χρόνων, έχουν αναπτυχθεί πολλοί ορισμοί των προσφύγων. Μεταξύ αυτών, οι πιο αναγνωρισμένες και αποδεκτές είναι αυτές που δόθηκαν από τα Ηνωμένα Έθνη. Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, ένας πρόσφυγας είναι οποιοδήποτε πρόσωπο που ως αποτέλεσμα των γεγονότων που συμβαίνουν πριν από την 1η Ιανουαρίου 1951 και λόγω του καλοφτιαγμένου φόβου της διώξεως για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής μιας συγκεκριμένης κοινωνικής

ομάδας ή πολιτικής η άποψη, βρίσκεται εκτός της χώρας της εθνικότητάς του και δεν είναι σε θέση ή λόγω ενός τέτοιου φόβου δεν είναι πρόθυμος να επωφεληθεί από την προστασία αυτής της χώρας ή που δεν έχει εθνικότητα και είναι έξω από τη χώρα του για την πρώην συνήθη κατοικία του ως το αποτέλεσμα ενός τέτοιου γεγονότος που δεν είναι σε θέση ή λόγω αυτού του φόβου δεν είναι πρόθυμος να επιστρέψει σε αυτό (Loescher, 1992; Peter, 1997). Ο αριθμός των προσφύγων παγκοσμίως αυξάνεται, φθάνοντας τα 32,50 εκατομμύρια στα τέλη του 2022 (UNHCR, 2022). Η μεγάλη πλειοψηφία, 84%, φιλοξενείται από αναπτυσσόμενες χώρες (δηλαδή χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος), μερικές από τις οποίες από τις φτωχότερες χώρες του κόσμου.

2.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Οι πρόσφυγες θεωρούνται συχνά ως βάρος για τη χώρα υποδοχής, ασκώντας πίεση στον δημόσιο προϋπολογισμό και την παροχή υπηρεσιών. Ωστόσο, οι πρόσφυγες μπορούν επίσης να συμβάλουν στην ανάπτυξη παρέχοντας δεξιότητες και πόρους, προωθώντας την παραγωγική ικανότητα και τη ζήτηση κατανάλωσης (Blouin et al., 2020). Επομένως, είναι σημαντικό να συμπληρωθούν στα παραπάνω οι βραχυπρόθεσμες ανθρωπιστικές αντιδράσεις στις κρίσεις των προσφύγων με πιο μακροπρόθεσμες αναπτυξιακές απαντήσεις για την ενίσχυση των θετικών επιπτώσεων της αναγκαστικής μετατόπισης (Lister, 2013). Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο τη σημασία της σύνδεσης της ανθρωπιστικής βοήθειας με τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό ανάπτυξης (OECD, 2017). Οι αναπτυσσόμενες χώρες που φιλοξενούν τους πρόσφυγες αντιμετωπίζουν μακροπρόθεσμες οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Από τη στιγμή της άφιξης τους στις χώρες υποδοχής, οι πρόσφυγες μπορούν να ανταγωνιστούν τους τοπικούς πολίτες για σπάνιους πόρους, όπως νερό, τρόφιμα, στέγαση και ιατρικές υπηρεσίες. Η παρουσία τους αυξάνει τις απαιτήσεις για εκπαίδευση, υπηρεσίες υγείας, υποδομές όπως η παροχή νερού, η αποχέτευση και η μεταφορά, καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις, για φυσικούς πόρους όπως βόσκηση και καυσόξυλα. Οι επιπτώσεις της παρουσίας των προσφύγων είναι τόσο θετικές όσο και αρνητικές (UNHCR Standing Committee, 2004).

Η πλειοψηφία των χωρών που φιλοξενούν μεγάλο αριθμό προσφύγων αναπτύσσονται και σε φτωχές χώρες. Αυτές οι χώρες φιλοξένησαν τα δύο τρίτα του

παγκόσμιου πληθυσμού που ανησυχεί η Ένωση των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες (UNHCR). Η κυβέρνηση υποδοχής συχνά αγνοεί σε μεγάλο βαθμό τις κοινότητες που φιλοξενούν πρόσφυγες σε απομακρυσμένες περιοχές. Οι αναπτυσσόμενες χώρες που φιλοξενούν πρόσφυγες για παρατεταμένες περιόδους μπορούν να βιώσουν μακροπρόθεσμες, οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνέπειες (UNHCR Standing Committee, 1997).

Ο Vas Dev (2002) διερεύνησε τον κοινωνικοπολιτιστικό αντίκτυπο των προσφύγων στις κοινότητες ανάπτυξης ή υποδοχής. Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει τα ζητήματα του κοινωνικού ή σχεσιακού και θρησκευτικού, γλωσσικού και εθνοτικού χαρακτήρα που προκύπτουν όταν οι μεγάλες ομάδες προσφύγων φτάνουν σε μια δεδομένη κοινότητα υποδοχής. Παρατήρησε επίσης ότι πολλές αναπτυσσόμενες κοινότητες υποδοχής αντιμετωπίζουν συχνά μορφές κοινωνικοπολιτιστικής αλλαγής, συμπεριλαμβανομένης μιας αμφισβητούμενης αίσθησης ταυτότητας και της αυξημένης ορατότητας των εθνοτικών, θρησκευτικών, φυλετικών, γλωσσικών ή ιδεολογικών εντάσεων μεταξύ προσφύγων και ντόπιων εκτός από τα οικονομικά προβλήματα και τα προβλήματα ασφάλειας. Ο κοινωνικοπολιτισμικός αντίκτυπος των προσφύγων στην κοινότητα λήψης μπορεί να συμβεί απλώς μέσω της παρουσίας τους, καθώς μπορούν να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στην μεταβολή της εθνοτικής ισορροπίας της κοινότητας υποδοχής και εάν η εισροή είναι σημαντική, αποτελεί απειλή για τις πολιτιστικές αξίες και τους κανόνες του έθνους.

2.3.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Με τον οικονομικό αντίκτυπο εννοούμε τον αντίκτυπο των προσφύγων στην αγορά εργασίας, στις τιμές και στο τοπικό εμπόριο των αναπτυσσόμενων χωρών. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι υπάρχουν θετικές και αρνητικές επιπτώσεις των προσφύγων σε αυτούς τους δείκτες των αναπτυσσόμενων χωρών (Dustmann et al., 2007). Αυτοί οι παράγοντες παρουσιάζονται παρακάτω.

Πολλές αναφορές και μελέτες περιπτώσεων (Whitaker, 2002) δείχνουν ότι λόγω της παρουσίας προσφύγων στις αναπτυσσόμενες χώρες του ξενιστή, η προσφορά εργατικού δυναμικού αυξάνεται στην τοπική αγορά των χωρών υποδοχής.

Η μεγάλη αύξηση της προσφοράς εργασίας μειώνει τον μισθό της τοπικής αγοράς. Οι πρόσφυγες δέχονται χαμηλότερο μισθό από τους ντόπιους. Με αυτόν τον τρόπο, οι πρόσφυγες συμβάλλουν στη μείωση του μισθού στην αγορά εργασίας. Εκτός από αυτό, η ύπαρξη προσφύγων στις χώρες υποδοχής βοηθά στην αύξηση του ανταγωνισμού εργασίας.

Η παρουσία των προσφύγων στις χώρες υποδοχής επηρεάζει την τιμή των εμπορευμάτων στην αγορά υποδοχής (Whitaker, 2002). Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός εκτοπισμένων ανθρώπων συσχετίζονται με τις τιμές των τροφίμων (Alix-Garcia & Saah, 2009). Ο Whitaker (2002) στη μελέτη του για τη δυτική Τανζανία διαπίστωσε ότι η παρουσία προσφύγων στα μέσα της δεκαετίας του '90 προκάλεσε αύξηση των τιμών για βασικά τρόφιμα από 100 και 400%. Οι Alix-Garcia και Saah (2009), μελετώντας τον αντίκτυπο των εισροών προσφύγων από τη Ρουάντα και το Burindi στην ίδια περιοχή, διαπίστωσαν αυξήσεις στις τιμές αγοράς των γεωργικών αγαθών. Ωστόσο, αυτές οι επιπτώσεις στις τιμές των βασικών προϊόντων δεν είναι ομοιόμορφες σε όλα τα πλαίσια των προσφύγων.

Από την άλλη πλευρά, η εισροή προσφύγων επηρεάζει το τοπικό εμπόριο των χωρών υποδοχής (Jacobsen, 2005). Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι το προσφυγικό ζήτημα αυξάνει τη ζήτηση αγαθών και υπηρεσιών. Ως αποτέλεσμα, η παραγωγή αγαθών αυξάνεται και δημιουργούνται περισσότερες οικονομικές δραστηριότητες. Ως αποτέλεσμα, οι ιδιοκτήτες τοπικών επιχειρήσεων και οι αυτοαπασχολούμενοι αγρότες θα επωφεληθούν τόσο από την αυξημένη ζήτηση όσο και από το φθινό εργατικό δυναμικό (Kangasniemi et al., 2012).

Από την άποψη του εργατικού δυναμικού, οι πρόσφυγες επιταχύνουν για να καλύψουν θέσεις εργασίας σε βασικές βιομηχανίες όπως οι τομείς της γεωργίας και των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι πρόσφυγες τείνουν να συμβάλλουν σε άλλους ιδιαίτερα ζωτικούς τομείς, όπως η κατασκευή, η υγειονομική περίθαλψη, το λιανικό εμπόριο, οι μεταφορές και η εκπαίδευση (Zachariah et al., 2021).

2.3.1. ΤΟ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΖΗΜΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Οι Ηνωμένες Πολιτείες υπήρξαν ένα φιλόξενο ασφαλές καταφύγιο για τους πρόσφυγες που εγκαταλείπουν τη σύγκρουση και τη δίωξη από τις χώρες τους το 1976. Πάνω από τρία εκατομμύρια πρόσφυγες έχουν μεταφερθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1975. Οι προσπάθειες επανεγκατάστασης των προσφύγων κορυφώθηκαν το 1980, όταν η χώρα επανεγκατέστησε πάνω από 200.000 πρόσφυγες, οι περισσότεροι από τους οποίους φεύγουν από το Κομμουνιστικό Βιετνάμ (Rallu, 2011).

Σήμερα, οι προσπάθειες των ΗΠΑ για την επανεγκατάσταση των προσφύγων εκπληρώνουν μια σημαντική ανθρωπιστική αποστολή, παρέχοντας παράλληλα σημαντικά οικονομικά οφέλη στη χώρα. Οι πρόσφυγες συμβάλλουν σε δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο στην οικονομία μέσω των καταναλωτικών δαπανών και των επιχειρηματικών επιχειρήσεων, με αποτέλεσμα την καθαρή θετική δημοσιονομική επίπτωση (Liang & Chunyu, 2013). Επιπλέον, οι πρόσφυγες συμβάλλουν στην αναζωογόνηση των μειωμένων περιοχών και οδηγούν στη δημιουργία ζωντανών κοινοτήτων. Ωστόσο, οι ετήσιες εισαγωγές προσφύγων στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν μειωθεί από το 1980. Έτσι, ενώ η χώρα εξακολουθεί να είναι ο παγκόσμιος ηγέτης στον συνολικό αριθμό των προσφύγων που επανεγκαταστάθηκαν, ως μερίδιο του συνολικού πληθυσμού, άλλες χώρες όπως ο Καναδάς και η Αυστραλία παραδέχονται πολύ περισσότερους πρόσφυγες σε κατά κεφαλήν βάση (Chiripuci et al., 2020).

Το κόστος επανεγκατάστασης των προσφύγων μπορεί να αριθμήσει σε χιλιάδες δολάρια κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών. Ωστόσο, μια ολοκληρωμένη μελέτη της κυβέρνησης των ΗΠΑ το 2017 δείχνει ότι οι συνεισφορές των προσφύγων υπερβαίνουν κατά πολύ το αρχικό κόστος. Για παράδειγμα, από το 2005 έως το 2014, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση δαπάνησε περίπου 206 δισεκατομμύρια δολάρια για τους πρόσφυγες, και όμως, κατά την ίδια περίοδο, οι πρόσφυγες συνέβαλαν πάνω από 269 δισεκατομμύρια δολάρια σε φορολογικά έσοδα σε ομοσπονδιακές, κρατικές και τοπικές οντότητες (Fan & Davlasheridze, 2019). Αυτό αντιπροσωπεύει μια καθαρή θετική οικονομική φορολογική συμβολή ύψους 63 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Οι έρευνες δείχνουν επίσης ότι οι πρόσφυγες διαθέτουν υψηλά ποσοστά επιχειρηματικότητας, που ξεπερνούν ακόμη και τους άλλους μετανάστες και τους

πολίτες που γεννήθηκαν στις ΗΠΑ. Οι Ηνωμένες Πολιτείες φιλοξενούσαν περισσότερους από 180.000 επιχειρηματίες πρόσφυγες το 2015. Αυτό σημαίνει ότι το 13% των προσφύγων ήταν επιχειρηματίες το 2015, σε σύγκριση με μόλις 11,5% των μη μεταναστών και το 9% του πληθυσμού που γεννήθηκε στις ΗΠΑ. Οι πρόσφυγες δημιούργησαν επιχειρήσεις επίσης, συμβάλλοντας με 4,6 δισεκατομμύρια δολάρια σε επιχειρηματικά έσοδα εκείνο το έτος (Fan & Davlasheridze, 2019).

Μια μελέτη του Duleep (2017) σε πρόσφυγες που έφτασαν στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1980 διαπίστωσε ότι δέκα χρόνια αργότερα αυτοί οι πρόσφυγες κέρδισαν 20% περισσότερο από τους οικονομικούς μετανάστες κατά την ίδια χρονική περίοδο. Οι πρόσφυγες εξέφρασαν επίσης τους οικονομικούς μετανάστες, εργάζονταν 4% περισσότερες ώρες και βελτίωσαν τις δεξιότητές τους στην αγγλική παιδεία κατά 11% περισσότερο. Μέχρι το 1990, οι πρόσφυγες είδαν τα κέρδη τους να αυξάνονται κατά 26% και οι ικανότητές τους στην αγγλική γλώσσα αυξήθηκαν 10%, σε σχέση με τη γραμμή βάσης του 1980. Οι πρόσφυγες αναγνωρίζουν τα πλεονεκτήματα της επένδυσης στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που απαιτούνται για καλύτερες ευκαιρίες απασχόλησης και υψηλότερους μισθούς. Η προθυμία των προσφύγων να κάνουν αυτές τις βασικές επενδύσεις στην εκμάθηση αγγλικών και να αποκτήσουν περισσότερη εκπαίδευση τους καθιστά πολύτιμους οικονομικούς συνεισφέροντες. Οι πρόσφυγες συνειδητοποιούν τα οικονομικά οφέλη από τις επενδύσεις του ανθρώπινου κεφαλαίου με την πάροδο του χρόνου, αντανακλώντας τα ευρήματα ότι και άλλοι μη οικονομικοί μετανάστες λαμβάνουν εμπειρία από τις επενδύσεις τους. Οι Duleep και Regets (2017) συγκρίνουν τα αποτελέσματα των μεταναστών που βασίζονται στην οικογένεια και σε εκείνα που βασίζονται στην απασχόληση και διαπιστώνουν ότι οι μετανάστες με βάση την οικογένεια αντιμετωπίζουν υψηλότερο ρυθμό αύξησης των κερδών με την πάροδο του χρόνου, επειδή επενδύουν στην ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων με υψηλά ποσοστά, παρόμοια με όσα κάνουν οι πρόσφυγες.

2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Εάν οι πρόσφυγες προέρχονται από την ίδια πολιτιστική και γλωσσική ομάδα με τον τοπικό πληθυσμό, υπάρχει συχνά ταυτοποίηση και συμπάθεια για την κατάστασή τους. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα προσφύγων στους οποίους δίδεται καταφύγιο στα σπίτια των τοπικών ανθρώπων. Πάνω από 400.000 πρόσφυγες στεγάστηκαν με οικογένεια ή φίλους στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γιουγκοσλαβίας. Οι διαφορετικές εθνότητες, ωστόσο, μπορούν να αποτελέσουν βάση για προβλήματα. Μπορεί να υπάρχουν παραδοσιακές εχθρότητες μεταξύ των ομάδων (Rechkemmer, 2009). Ακόμη και αν δεν συμβαίνει, οι αποτυχίες στην επικοινωνία και την κατανόηση που προκαλούνται από τη γλώσσα ή/και τον πολιτισμό μπορούν να αποτελούν σοβαρά εμπόδια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η παρουσία μιας (εθνοτικής) ομάδας προσφύγων μπορεί να επηρεάσει τις εθνοτικές ισορροπίες στον τοπικό πληθυσμό και να επιδεινώσει τις συγκρούσεις (Alshoubaki & Harris, 2018).

Υπάρχουν συνήθως καταγγελίες ότι οι πρόσφυγες έχουν προσθέσει στα προβλήματα ασφάλειας γενικά και τα ποσοστά εγκληματικότητας, την κλοπή, τη δολοφονία κλπ., Ειδικότερα, άλλα κοινωνικά προβλήματα όπως η πορνεία και ο αλκοολισμός ισχυρίζεται επίσης ότι αυξάνονται στις περιοχές των προσφύγων (Lacroix, 2004). Από τη μία πλευρά, η επιβαλλόμενη αδράνεια και η φτώχεια μέσα σε ένα στρατόπεδο προσφύγων μπορεί να προκαλέσει κλιμάκωση τέτοιων τάσεων, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν ομάδες νεαρών ανδρών που δεν είναι ουσιαστικά κατελιμμένοι. Επιπλέον, οι πρόσφυγες, μπορούν να κατηγορηθούν για όλες τις ανεπιθύμητες δραστηριότητες (Vemuru et al., 2016). Η επίπτωση του εγκλήματος μπορεί να αυξηθεί όχι περισσότερο από ό, τι θα αναμένεται σε μια πληθυσμιακή ομάδα του νέου μεγέθους, αλλά σε μια απομακρυσμένη και προηγουμένως ήσυχη περιοχή, αυτό δεν θα περάσει απαρατήρητο. Εάν η περιοχή έχει γίνει ένα κόμβος οικονομικής δραστηριότητας, όπως θα έδειχνε η παρουσία βοήθειας μεγάλης κλίμακας, μπορεί να έχει προσελκύσει μια ομάδα ανθρώπων που θα επωφεληθούν από την τρέχουσα κατάσταση και μπορεί να μην περιορίζονται από τις κοινωνικές και νόμιμες διασφαλίσεις της περιοχής. Σε μια συνοριακή περιοχή, αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει διασυνοριακά προβλήματα (Fajth et al., 2019).

Εκτός από τα παραπάνω, οι πρόσφυγες μπορούν να φέρουν περιουσιακά στοιχεία στην περιοχή φιλοξενίας. Οι πρόσφυγες φέρνουν πράγματι δεξιότητες και γνώσεις μαζί τους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προς όφελος των ντόπιων. Αυτές οι δεξιότητες ποικίλλουν, αλλά συχνά περιλαμβάνουν εκείνες της πιο μορφωμένης ομάδας, όπως οι επαγγελματίες και οι εκπαιδευτικοί υγείας, οι οποίοι, ακόμη και σε περιορισμένους αριθμούς, μπορούν να συμβάλουν σημαντικά σε απομακρυσμένους τομείς (Schneiderheinze & Lücke, 2020). Ένα πρόσθετο φάσμα δεξιοτήτων που μπορούν να προσέλθουν από τους πρόσφυγες μπορεί να περιλαμβάνουν μια επιχειρηματική κουλτούρα που μπορεί να τονώσει την τοπική οικονομία ή να προσφέρει καινοτόμες γεωργικές τεχνικές που προηγουμένως ήταν άγνωστες στις περιοχές υποδοχής (Marx, 1990).

Η σχέση μεταξύ της παρουσίας προσφύγων και κοινωνικών δικτύων των ντόπιων μπορεί να συζητηθεί με διάφορους τρόπους. Μια συχνά χρησιμοποιούμενη προσέγγιση ερμηνεύει την άφιξη των προσφύγων ως αύξηση της ποικιλομορφίας στην κοινότητα υποδοχής. Στη θεωρία του, ο Putnam προβλέπει ότι η αύξηση της ποικιλομορφίας σε έναν πληθυσμό θα οδηγήσει τους κατοίκους να «αποχωρήσουν από τη συλλογική ζωή, να αποσυρθούν ακόμη και από τους στενούς φίλους, να προσφέρουν εθελοντικά λιγότερο» (Putnam, 2007, σελ. 150-151). Η εισροή ενός εκτοπισμένου πληθυσμού από μια γειτονική χώρα μπορεί επίσης να γίνει κατανοητή ως αύξηση της ποικιλομορφίας. Λαμβάνοντας υπόψη τη θεωρία του Putnam, αυτή η εισροή θα μπορούσε επομένως να οδηγήσει σε μείωση των κοινωνικών δικτύων, και επίσημα (για παράδειγμα, μέσω κοινοτικών οργανώσεων και άλλων οργανωμένων συλλογικών δραστηριοτήτων) και ανεπίσημων (στενών φίλων). Εναλλακτικά, η αξιοποίηση της θεωρίας των επαφών μεταξύ ομάδων, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η ποικιλομορφία όσον αφορά το μεγαλύτερο μέγεθος της ομάδας παρέχει ευκαιρίες για θετική επαφή μεταξύ ομάδων και αυξημένη επαφή, ειδικά όταν με ίσους όρους, μπορεί επίσης να ενισχύσει τις θετικές εμπειρίες και τις στάσεις εκτός ομάδας.

Η θεωρία του Putnam (2007) «Hunkering Down» προβλέπει ότι η εμπιστοσύνη της κοινότητας απειλείται από την ανώτερη ποικιλομορφία στην κοινότητα. Ωστόσο, τα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με το θέμα αυτό είναι σχεδόν ανύπαρκτα σε περιβάλλοντα χωρών χαμηλού εισοδήματος και προκύπτουν ασάφειες για άλλες χώρες. Σε μια συγκριτική μελέτη σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, οι Hooghe

et al. (2008) δεν βρίσκουν σαφή επιβεβαίωση της υποθετικής αρνητικής σχέσης μεταξύ της αυξανόμενης εθνοτικής ποικιλομορφίας και της εμπιστοσύνης. Σε μια άλλη διασταυρούμενη ευρωπαϊκή ανάλυση οι Gesthuizen et al. (2009) βρίσκουν διαφορετικά αποτελέσματα για τα δυναμικά και στατικά μέτρα ποικιλομορφίας, με την καθαρή μετανάστευση να παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη στην κοινωνία, αλλά το μέγεθος του μετοχικού κεφαλαίου και ο βαθμός της εθνοτικής κλασματοποίησης δεν φαίνεται να επηρεάζει την εμπιστοσύνη. Τελικά, ο Gesthuizen και οι συνεργάτες του καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τόσο η εμπιστοσύνη όσο και η κοινωνική δέσμευση επηρεάζονται λιγότερο από την ποικιλομορφία και περισσότερο από τα θεσμικά και πολιτικά πλαίσια. Στη συγκριτική μελέτη των ανεπτυγμένων χωρών, οι Kesler και Bloemraad (2010) δεν βρίσκουν καμία «γενική» σχέση μεταξύ της αλλαγής της ποικιλομορφίας και της κοινωνικής εμπιστοσύνης, αλλά και στον μετριασμό του ρόλου του πλαισίου της χώρας: σε πιο οικονομικά ίσες και πολυπολιτισμικές κοινωνίες η δυναμική αρνητική σχέση μεταξύ της μετανάστευσης και της εμπιστοσύνης μετριάζεται ή ακόμη και αντιστρέφεται. Η μελέτη περίπτωσης των Laurence et al. (2019) στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώνει ότι η εμπιστοσύνη των γειτονιών μειώνεται από την ποικιλομορφία μόνο σε περιπτώσεις που η ομάδα εκτός ομάδας θεωρείται απειλητική, μια αντίληψη που εκτοξεύεται από την κοινωνικοοικονομικές επισφάλειες. Οι Delhey και Newton (2005) συμπεριέλαβαν λιγότερο ανεπτυγμένες και αφρικανικές χώρες στη σύγκριση με 60 χώρες. Εξετάζοντας τον στατικό δείκτη της εθνοτικής ετερογένειας, βρήκαν μια αρνητική σχέση με τη γενικευμένη εμπιστοσύνη σε όλες τις χώρες, αλλά ο σύνδεσμος ήταν αδύναμος εκτός των σκανδιναβικών κοινωνιών. Πράγματι, ο Goldschmidt (2017) βρίσκει περαιτέρω στοιχεία για τον αρνητικό σύνδεσμο στη Σουηδία, αλλά και ο Mavridis (2015) στην Ινδονησία.

2.5. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η παρουσία προσφύγων δεν έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην πολιτική κατάσταση των χωρών υποδοχής. Σύμφωνα με τους Salehyan και Gleditsch (2006), οι εισερχόμενοι πρόσφυγες από γειτονικές χώρες μπορούν να αποσταθεροποιήσουν τις γειτονικές χώρες με τους ακόλουθους τρόπους:

- Επέκταση των επαναστατικών κοινωνικών δικτύων και διάχυση της βίας: Τα στρατόπεδα προσφύγων που βρίσκονται κοντά στο όριο της χώρας προέλευσης μπορεί να παράσχουν ελεύθερο χώρο σε οργανισμούς ανταρτών και μια βάση από την οποία θα πραγματοποιηθούν επιχειρήσεις και γόνιμες εργασίες για πρόσληψη
- Διευκόλυνση της διακρατικής εξάπλωσης των όπλων, των μαχητών και των ιδεολογιών που ευνοούν τις συγκρούσεις: Οι πρόσφυγες μπορούν να χρησιμεύσουν ως εγχώριες ομάδες αντιπολίτευσης στη χώρα υποδοχής με υλικούς πόρους και κίνητρα για να διεξάγουν τις δικές τους ένοπλες μάχες.
- Δημιουργία διμερών εντάσεων: Μερικές φορές, οι πρόσφυγες μπορούν να αποτελούν ασφάλεια και πολιτική απειλή για τη χώρα υποδοχής. Και αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να δημιουργήσει εντάσεις στις διμερείς σχέσεις μεταξύ των γειτονικών χωρών.

2.6. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Υπάρχει περιβαλλοντική επίδραση των προσφύγων στη χώρα υποδοχής. Με τον όρο περιβαλλοντικές επιπτώσεις εννοούμε τον αντίκτυπο των προσφύγων στη γη, το νερό, τους φυσικούς πόρους και την ανάπτυξη μιας περιοχής. Διάφορες μελέτες παρέχουν παραδείγματα διαφορετικών τύπων περιβαλλοντικών επιπτώσεων (Jacobsen, 1997). Η αρχική φάση άφιξης των προσφύγων μπορεί να προκληθεί από σοβαρές περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Ορισμένες από αυτές τις άμεσες επιδράσεις περιλαμβάνουν κρίσεις κατανάλωσης καυσίμων και ρύπανση των υδάτων στις περιοχές των στρατοπέδων προσφύγων. Καθώς περνάει η περίοδος έκτακτης ανάγκης και οι πρόσφυγες ενσωματώνονται στην κοινωνία, η φύση των μεταβολών των περιβαλλοντικών επιπτώσεων μπορεί να είναι σημαντική. Οι πιο εμφανές περιβαλλοντικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν: (i) την αποδάσωση και την εξάντληση των καυσόξυλων, (ii) την υποβάθμιση της γης, (iii) την μη βιώσιμη εκχύλιση υπογείων υδάτων και (iv) τη ρύπανση των υδάτων (Kibreab, 1997).

Επιπλέον, η διάθεση ανθρώπινων αποβλήτων μπορεί να μολύνει τα τοπικά υπόγεια ύδατα και να προκαλέσει την εξάπλωση των ασθενειών (UNEP, 2005). Σε

θέματα αποχέτευσης, ο αντίκτυπος είναι σοβαρός, καθώς όλοι γνωρίζουμε πως η κακή αποχέτευση σε μια κοινωνία επηρεάζει τους ανθρώπους που ζουν μέσα σε αυτή την κοινωνία και είναι πιθανό να υποφέρουν από ασθένειες όπως η χολέρα, η ελονοσία, η διάρροια ή οι σχετικές ασθένειες. Οι τουαλέτες εξακολουθούν να είναι ιδιαίτερα προβληματικές, όπως παρατηρήθηκε από τον Dick (2002). Το πρόβλημα της κακής αποχέτευσης αποτελεί σοβαρή απειλή για την υγεία για τους κατοίκους των περιοχών.

Σε παγκόσμια κλίμακα, οι επιπτώσεις των προσφύγων στο περιβάλλον είναι σημαντικές. Στο ύψος της κρίσης των προσφύγων στην Τανζανία το 1994-1996, επηρεάστηκε συνολικά 570 τετραγωνικά χιλιόμετρα δασών, εκ των οποίων 167 τετραγωνικά χιλιόμετρα είχε προσβληθεί σοβαρά. Μια αξιολόγηση περιβαλλοντικών επιπτώσεων που πραγματοποιήθηκε στη Ζιμπάμπουε το 1994, όταν οι πρόσφυγες της Μοζαμβίκης επέστρεψαν στις πατρίδες τους, έδειξαν μείωση κατά 58 % στην πυκνότητα των δασών γύρω από τα στρατόπεδα (Maystadt et al., 2020). Ωστόσο, χώρες όπως η Ακτή του Ελεφαντοστού και η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό βιώνουν υψηλότερα επίπεδα απώλειας οικοτόπων κάθε χρόνο λόγω της ανεξέλεγκτης υλοτομίας και της εκκαθάρισης της γης για τη γεωργία - 2.900 και 1.800 τετραγωνικά χιλιόμετρα δασών ετησίως, αντίστοιχα. Αυτά τα στοιχεία δεν αποσκοπούν στην αμφισβήτηση του γεγονότος ότι οι συγκεντρωμένες ομάδες εκτοπισμένων έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο περιβάλλον, αλλά απλώς να βοηθήσουν τα πράγματα σε προοπτική (Braun et al., 2019). Για τις περισσότερες χώρες, η απώλεια οποιασδήποτε δασικής κάλυψης μπορεί να αποτελεί σημαντικό ζήτημα λόγω της υποβάθμισης των οικοτόπων, της απώλειας λειτουργίας του οικοσυστήματος και, συχνά, των μειωμένων επιπέδων εισοδήματος ή της χαμηλότερης ποιότητας ζωής. Η αντιστροφή της απώλειας ή της περιβαλλοντικής βλάβης σε μια τέτοια περίπτωση είναι μια δαπανηρή και όχι πάντα πρακτική λύση (Hussein et al., 2020). Για το λόγο αυτό, είναι επιβεβλημένος ο περιορισμός της ζημίας στο περιβάλλον και η διατήρηση και προώθηση των επιλογών για την αειφόρο ανάπτυξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το 1991, το 1992 και το 1993, πολλοί πρώην υπήκοοι της Γιουγκοσλαβίας έφτασαν στην Ευρώπη-ιδιαίτερα, η Γερμανία, με τις κρίσεις στη Σλοβενία, την Κροατία και ιδιαίτερα τη Βοσνία. Πολλοί έπρεπε να επιστρέψουν ήδη από το 1995, αλλά εκτιμάται ότι 350.000 παρέμειναν στις χώρες που μετακινήθηκαν για μακροπρόθεσμα (Bade, 2002). Μεταξύ του 1988 και του 1993, η δύσκολη μετάβαση μετά την περιοχή (Michalon & Nedelcu 2010) ώθησε 350.000 Ρουμάνους να υποβάλουν αίτηση (κυρίως ανεπιτυχώς) για άσυλο στην Ευρώπη (UNHCR, 1994). Δέκα χρόνια αργότερα, οι εφαρμογές ασύλου προσέγγισαν 400.000 μετανάστες για 4 διαδοχικά έτη, κυρίως λόγω του πολέμου στο Κοσσυφοπέδιο (Loescher, 2021). Ένας σημαντικός αριθμός προσφύγων έλαβε προστασία χάρη στις προσωρινές άδειες, αλλά πολλοί αναγκάστηκαν να επιστρέψουν στη χώρα τους κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000 (Bade, 2002).

Αυτά τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι, αν και δεν ήταν εντελώς πρωτοφανές, το 2015 και το 2016 ήταν εξαιρετικές όσον αφορά τις εφαρμογές ασύλου στην Ευρώπη. Αυτή η παρατήρηση παραμένει έγκυρη πριν από το 1980. Κάποιος πρέπει μόνο να εξετάσει τους 200.000 πρόσφυγες που έφυγαν από την Ουγγαρία το 1956-57 ή τους 1700.00 που εγκατέλειψαν την Τσεχοσλοβακία το 1968-69 (Bade, 2002). Αναλογικά με τον πληθυσμό της Ευρώπης (περίπου 500 εκατομμύρια), η άφιξη 2,5 εκατομμυρίων αιτούντων άσυλο το 2015 και το 2016 ισοδυναμεί με ετήσιο ποσοστό 0,25%. Ωστόσο, οι αφίξεις συγκεντρώνονται σε μερικές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Γερμανίας (1 %) και της Σουηδίας (1,5 %). Για την ιστορική δημογραφία, ένα ετήσιο ποσοστό μετανάστευσης 1 τοις εκατό αποτελεί πολύ υψηλό ποσοστό, που αντιστοιχεί στις πιο μεγάλες εισροές μετανάστευσης στην Ευρώπη στη δεκαετία του 1960 και σε αυτές του τέλους του δέκατου ένατου αιώνα στις ΗΠΑ (Piguet, 2021). Επομένως, είναι κατανοητό ότι, πέρα από τις κατακριτέες ξενοφοβικές αντιδράσεις, ορισμένες κυβερνήσεις ανησυχούν για το πεδίο εφαρμογής του φαινομένου.

Για ορισμένους σχολιαστές, η κρίση της μετανάστευσης εξηγείται από την υψηλή αναλογία των οικονομικών μεταναστών, οι οποίοι δεν χρειάζονται προστασία.

Είναι αλήθεια ότι, σε ορισμένα σημεία στο παρελθόν, αυτό ήταν εν μέρει αλήθεια. Για παράδειγμα, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, δεκάδες χιλιάδες από τους ρουμανικούς υπηκόους στη Γερμανία δεν είχαν σχεδόν κανένα άλλο πρόβλημα εκτός από τα οικονομικά κίνητρα. Πιο πρόσφατα, πολλοί μετανάστες από τα Βαλκάνια προσπάθησαν να μεταναστεύσουν στη Γερμανία, την Ελβετία ή αλλού χωρίς να βιώσουν βία ή άλλες σαφείς παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ο Πίνακας 1 δείχνει ότι, τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, η προέλευση των περισσότερων αιτούντων άσυλο βρίσκονται σε χώρες όπου τεκμηριώνεται η βία ή οι μεγάλες παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Σε άλλες περιπτώσεις (υποσαχάρια Αφρική, Πακιστάν, Βαλκάνια), οι συνθήκες δεν είναι αρκετά απλές ώστε να μπορούν να απομονώσουν συγκεκριμένους οδηγούς μετανάστευσης (Crawley & Skleparis, 2018). Οι συστηματικές ποσοτικές μελέτες σχετικά με τη μετατόπιση των αιτούντων άσυλο επιβεβαιώνουν, ωστόσο, ότι οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελούν την κύρια αιτία φυγής (Hatton & Moloney 2015; Weber, 2019).

Πίνακας 1: Κύριες χώρες προέλευσης των αιτούντων άσυλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση

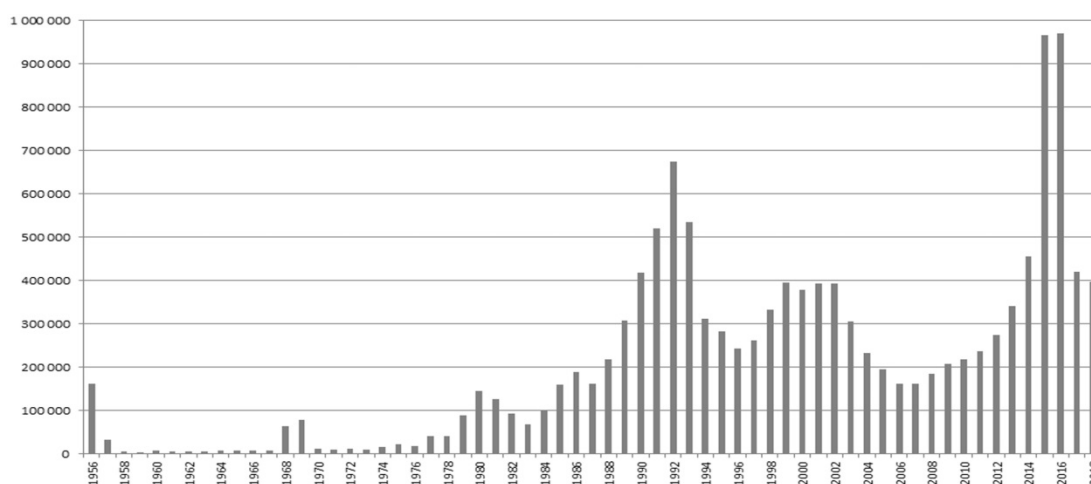
2011		2012		2013	
Αφγανιστάν	24235	Αφγανιστάν	23385	Συρία	49155
Πακιστάν	14985	Συρία	22260	Ρωσία	35810
Νιγηρία	13770	Ρωσία	18030	Αφγανιστάν	22580
Ιράκ	13485	Πακιστάν	17405	Ερυθραία	19930
Σομαλία	13260	Σομαλία	15725	Πακιστάν	19450
2014		2015		2016	
Συρία	124750	Συρία	377910	Συρία	337505
Ερυθραία	45885	Αφγανιστάν	193015	Αφγανιστάν	186530
Αφγανιστάν	39135	Ιράκ	126810	Ιράκ	128530
Κόσσοβο	34590	Κόσσοβο	67535	Πακιστάν	47780

2011		2012		2013	
Πακιστάν	20770	Αλβανία	66990	Νιγηρία	47315

Πηγή: Eurostat, 2022

Ιστορικά καθώς και πρόσφατα, οι πόλεμοι και η βία παραμένουν οι κύριες αιτίες στις αιτήσεις ασύλου στην Ευρώπη (Piguet, 2021). Ωστόσο, άλλες εξελίξεις που δεν σχετίζονται άμεσα με τους παράγοντες ώθησης εξηγούν την ανοδική τάση που φαίνεται στο Σχήμα 1. Πράγματι, αμέτρητες περιπτώσεις βίας έχουν πραγματοποιηθεί στη μεταπολεμική εποχή χωρίς να προκαλέσουν, για παρόμοιες αποστάσεις, σημαντικές μετατοπίσεις πληθυσμού προς την Ευρώπη. Το 1967, ο πόλεμος στο Biafra μετατόπισε 2 εκατομμύρια ανθρώπους στη Νιγηρία. Το 1979, η εισβολή της Αιθιοπίας από τη Σομαλία μετατόπισε 600000 πρόσφυγες. Το 1985, ο πόλεμος της ανεξαρτησίας στην Ερυθραία οδήγησε σε 1,2 εκατομμύρια πρόσφυγες (Piguet, 2021). Το 1992, ο εμφύλιος πόλεμος στη Μοζαμβίκη οδήγησε σε 6 εκατομμύρια πρόσφυγες. Το 1994, η γενοκτονία στη Ρουάντα οδήγησε σε 3,5 εκατομμύρια πρόσφυγες. Το 2007, η UNHCR εκτιμά ότι 2,2 εκατομμύρια Ιρακινοί έφυγαν, κυρίως για γειτονικές χώρες. Είναι επομένως μια καινοτομία ότι εκατοντάδες χιλιάδες άνθρωποι που αναζητούν προστασία κατευθύνονται προς την Ευρώπη με αυθόρμητο, αποδιοργανωμένο τρόπο και με απαράδεκτο ανθρώπινο κόστος.

Διάγραμμα 1: Αιτήσεις ασύλου σε 10 Ευρωπαϊκές Χώρες κατά το διάστημα 1956-2018



Πηγή: UNHCR/Eurostat, 2022

Εν μέσω της έλλειψης μιας ενοποιημένης πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το άσυλο και τη δημοφιλή δυσαρέσκεια προς τους μετανάστες, μεγάλο αριθμό ανθρώπων από κυρίως μουσουλμανικές χώρες άρχισαν να μεταφέρονται στις ακτές της Ευρώπης, ξεκινώντας από το 2011 (Kang, 2021). Λόγω των συγκρούσεων στη Συρία, το Ιράκ και το Αφγανιστάν, χιλιάδες άνδρες, γυναίκες και παιδιά άρχισαν να φτάνουν με βάρκες, οι οποίες συχνά δεν ήταν αξιόπιστες και ακόμη και με τα πόδια, προσπαθώντας να εισέλθουν στην Ευρώπη. Λαμβάνοντας υπόψη τις μεσογειακές ακτές, η Ελλάδα και η Ιταλία έλαβαν τις μεγαλύτερες ροές αφίξεων (Stockemer et al., 2020). Ο νόμος της Ευρωπαϊκής Ένωσης που διέπει το άσυλο είναι ο κανονισμός του Δουβλίνου, ο οποίος αναθέτει την ευθύνη για την επεξεργασία της εφαρμογής του ασύλου στην κατάσταση της πρώτης καταχώρησης (Van der Brug & Harteveld, 2021). Το κράτος αυτό είναι επιφορτισμένο με την παροχή προστασίας στους αιτούντες άσυλο και την επεξεργασία των αιτήσεων για την πρόληψη του «ψωνίσματος ασύλου», όπου οι υποψήφιοι, δεδομένης των ανοιχτών συνόρων της Ευρώπης, μπορούν να κινηθούν εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για να αναζητήσουν την καλύτερη προσφορά ασύλου (Cooper et al., 2021). Μια μεγάλη κριτική του κανονισμού του Δουβλίνου είναι η απουσία διατάξεων ανταλλαγής επιβάρυνσης, ώστε να αποτραπούν οι διασυνοριακές επιβαρύνσεις σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Ελλάδα και η Ιταλία, και να μεταβιβαστεί δυσανάλογη ευθύνη σε αυτά τα κράτη σε σύγκριση με τα βόρεια κράτη (Van der Brug & Harteveld, 2021). Η αρχή της αλληλεγγύης μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αποτελεί μια ιδρυτική αρχή, προοριζόταν να εξασφαλίσει τη συλλογική δράση με βάση την έννοια των κοινών αξιών και ευθυνών. Όλα τα κράτη, ειδικά και το πλουσιότερο βόρειο, αναμένεται να παραδεχτεί το δίκαιο μερίδιό του στους αιτούντες άσυλο πρόσφυγες και μετανάστες (Sajir & Aouragh, 2019).

Ωστόσο, καθώς χιλιάδες πρόσφυγες συνέχισαν να μεταφέρονται σε περιοχές της ηπειρωτικής Ελλάδας και στα ελληνικά νησιά, τα βόρεια κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προσέφεραν λίγη υποστήριξη (Heidenreich et al., 2019). Ομάδες βοήθειας που έσπευσαν να παράσχουν ανθρωπιστική βοήθεια στους πρόσφατα πρόσφυγες επέκριναν την Ευρωπαϊκές κυβερνήσεις για την αποτυχία να επεξεργαστούν τους ανθρώπους γρήγορα και αποτελεσματικά, και για τη διάσπαση τους σε αυτοσχέδια στρατόπεδα σκηνών ή γεμάτες εγκαταστάσεις που προσέφεραν περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και βασικά υγειονομικά πρότυπα (Saatçioğlu,

2020). Η εμπιστοσύνη άρχισε να διαβρώνεται μεταξύ των κρατών σε χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και η Σουηδία, κράτη με μεγάλους πληθυσμούς μεταναστών και ιστορικό αποδοχών προσφύγων, οι οποίες ήταν πρόθυμες να εγκαταστήσουν σχετικά περιορισμένους αριθμούς ανθρώπων (Van der Brug & Harteveld, 2021). Οι πρόσφυγες μετακινήθηκαν στα πιο εύπορα ευρωπαϊκά κράτη, ειδικά στη Γερμανία και στη Σουηδία, είτε λόγω των οικογενειακών συνδέσεων ή επειδή πίστευαν ότι αυτές οι χώρες θα ήταν πιο φιλόξενες και θα πρόσφεραν καλύτερες ευκαιρίες εργασίας. Αυτή η λογική δεν χάθηκε σε αυτά τα δύο κράτη, τα οποία δίστασαν να λάβουν έναν δυσανάλογο αριθμό μεταναστών ή στην αρχή επιτρέποντας στους αιτούντες άσυλο να αποφασίσουν πού θα εγκατασταθούν (Brändle et al., 2019). Τον Σεπτέμβριο του 2015, Ο Γερμανός υπουργός Εσωτερικών Thomas de Maiziere δήλωσε ότι οι πρόσφυγες δεν πρέπει να μπορούν να επιλέξουν πού να εγκατασταθούν: «Δεν μπορούμε να τους επιτρέψουμε να επιλέξουν ελεύθερα πού θέλουν να μείνουν, αυτό δεν συμβαίνει οπουδήποτε στον κόσμο» (Van der Brug & Harteveld, 2021). Ένα από τα αποτελέσματα αυτού ήταν πως στην Ελλάδα, οι αιτούντες άσυλο μεταφέρθηκαν σε πρόχειρες εγκαταστάσεις, με αποτέλεσμα διάφοροι αξιωματούχοι των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης να κατηγορήσουν την Ελλάδα ότι δεν ήταν αποτελεσματική στην διαχείριση των προσφύγων και επέτρεψαν στις νέες ροές προσφύγων να ταξιδέψουν βόρεια (Brändle et al., 2019).

3.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

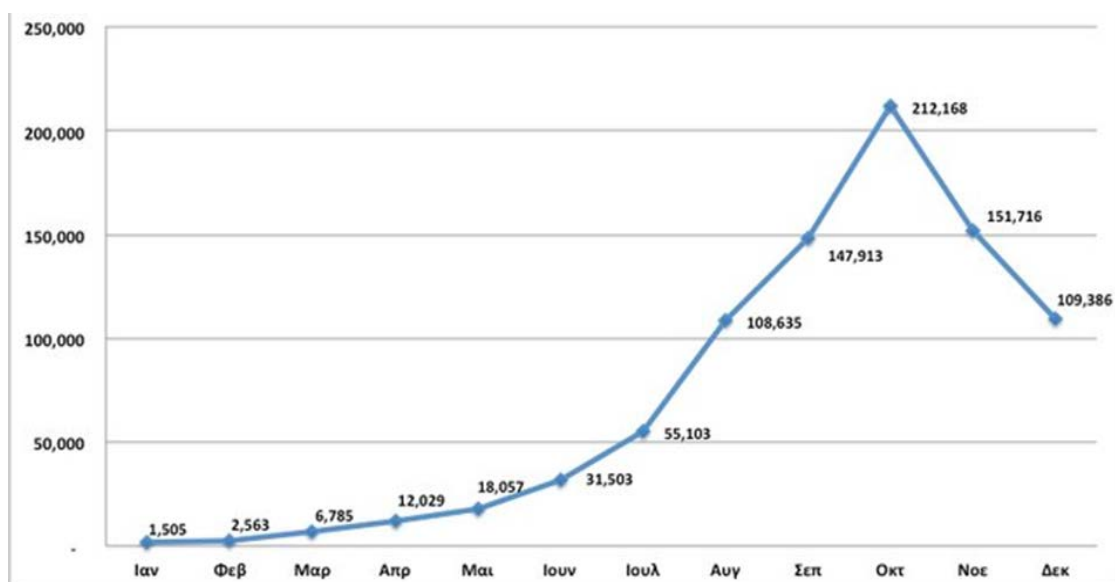
Η αυξανόμενη αστάθεια και η ανασφάλεια στα τμήματα της Μέσης Ανατολής και της Βόρειας Αφρικής έχει αυξήσει τον αριθμό των ατόμων που προσπαθούν να φτάσουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Υπάρχουν σήμερα δύο βασικές διαδρομές εισαγωγής στην ΕΕ: η διαδρομή της Νοτιοανατολικής Μεσογείου από την Τουρκία στην Ελλάδα, και η διαδρομή της Κεντρικής Μεσογείου από την Αίγυπτο και τη Λιβύη και απέναντι από την Ιταλία. Το ταξίδι στην Ευρωπαϊκή Ένωση για τους πρόσφυγες είναι εξαιρετικά δύσκολο και συνεπάγεται σημαντικούς κινδύνους και σημαντικά ποσά χρήματα που θα πρέπει να πληρώσουν στους λαθρεμπόρους (Kalogeraki, 2019). Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (IOM), 613.179 μετανάστες και οι πρόσφυγες έφτασαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση από τη θάλασσα το 2015 (από τις 14 Οκτωβρίου). Ωστόσο, Η Ελλάδα είναι η χώρα που έχει λάβει τον πιο σημαντικό αριθμό μέχρι στιγμής, με 472.754 θαλάσσιες αφίξεις. Σύμφωνα με το Γραφείο της Ύπατος Αρμοστής Ηνωμένων Εθνών για Πρόσφυγες (UNHCR), υπήρξε μια αύξηση των αφίξεων στην Ελλάδα 850% κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος-Αύγουστος 2015, σε σύγκριση με την ίδια περίοδο το 2014. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτά τα στοιχεία είναι αλλαγή σημαντικά σε καθημερινή βάση, όπως εκτιμάται ότι περίπου 4.500 μετανάστες και πρόσφυγες διασχίζουν στην Ελλάδα κάθε μέρα (Kalogeraki, 2022).

Ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα βιώνει μια πρωτοφανή προσφυγική κρίση έκτακτης ανάγκης με τον αριθμό των αφίξεων να φτάνει σε επίπεδα ρεκόρ. Οι υποδομές, οι υπηρεσίες και οι διαδικασίες εγγραφής απέχουν πολύ από τις ανάγκες, ενώ η συμφόρηση στα νησιά αυξήθηκε σε ένα μεγάλο ποσοστό. Η Ελλάδα δεν διαθέτει τις αναγκαίες παροχές ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των μεταναστών που έρχονται κάθε μέρα στις ακτές της (Cabot, 2019). Στην πραγματικότητα, αυτοί που βοήθησαν κυρίως ήταν εθελοντές, ακτιβιστές και άλλοι δρώντες της κοινωνίας των πολιτών που παρείχαν και εξακολουθούν να παρέχουν βοήθεια (π.χ. φαγητό, νερό, κουβέρτες και κατευθύνσεις για τα κέντρα αναγνώρισης) σε αυτούς τους ανθρώπους. Σαφώς συγκλονισμένες από το τεράστιο μέγεθος των αφίξεων, οι ελληνικές αρχές, ομοίως με άλλες ευρωπαϊκές, δεν ήταν προετοιμασμένες για αυτήν την κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Ως θέμα στην πραγματικότητα, αυτή η κατάσταση έχει εξελιχθεί σε μια «κρίση έκτακτης ανάγκης» λόγω της απουσίας μια

εθνικής και ευρωπαϊκής απάντηση και της έλλειψης μιας κοινής ολοκληρωμένης πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη μετανάστευση και το άσυλο (Rozakou, 2017).

Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που φτάνουν στην Ελλάδα είναι πρόσφυγες από θανατηφόρες συγκρούσεις, όπως στη Συρία, στο Αφγανιστάν και στο Ιράκ ή έχουν φύγει λόγω καταπιεστικών κυβερνήσεων, όπως στην Ερυθραία. Η μεγαλύτερη ομάδα ατόμων που φτάνει στις ευρωπαϊκές ακτές προέρχεται από τη Συρία. Στη διάρκεια της περιόδου 1 Ιανουαρίου - 30 Σεπτεμβρίου 2015, από περίπου 393.000 αφίξεις στην Ελλάδα (Διάγραμμα 2), οι περισσότερες αφίξεις μεταναστών ήταν από τη Συρία (277.899), ακολουθούμενη από Αφγανιστάν (76.620), το Ιράκ (21.552) και το Πακιστάν (14.323). Στην ίδια χρονική περίοδο, το 201 οι αφίξεις που καταχωρήθηκαν στην Ελλάδα ανήλθαν σε 31.000, ένα σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό.

Διάγραμμα 2: Αριθμός αφίξεων μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα το 2015

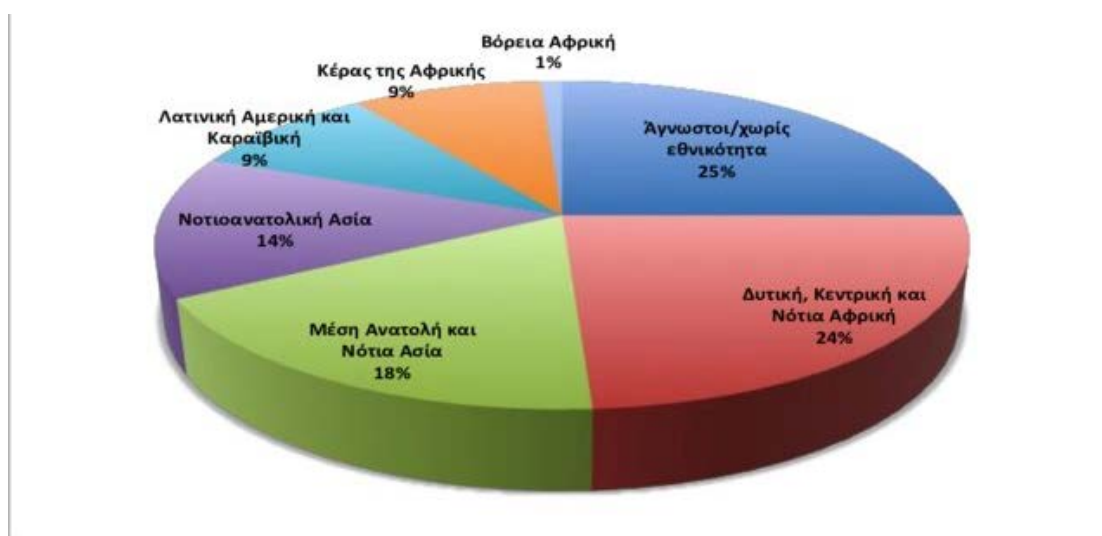


Πηγή: Papadopoulos, 2017

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το ταξίδι στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι επίπονο. Τα θανατηφόρα περιστατικά εμφανίζονται σχεδόν σε καθημερινή βάση, καθώς η μετάβαση γίνεται υπό δυσμενείς περιστάσεις με τη χρήση μικρών σκαφών και σε δυσμενείς καιρικές συνθήκες. Σύμφωνα με το έργο των Missing Migrants του IOM, το 2015 (από τις 16 Οκτωβρίου) 3.117 θάνατοι έχουν καταγραφεί στη

Μεσόγειο Θάλασσα, εκ των οποίων 278 στο Αιγαίο. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στο ακόλουθο διάγραμμα, το 25% των μεταναστών που πέθαναν είχαν άγνωστη εθνικότητα, το 24% προέρχονταν από την Δυτική, Κεντρική και Νότια Ευρώπη, το 18% προέρχονταν από την Μέση Ανατολή και την Νότια Ασία, το 14% προέρχονταν από την Νοτιοανατολική Ασία, το 9% προέρχονταν από την Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, το 9% προέρχονταν από το Κέρασ της Αφρικής και το 1% προέρχονταν από την Βόρεια Αφρική. Ωστόσο, το δύσκολο ταξίδι δεν τελειώνει με την εισαγωγή των προσφύγων στην Ελλάδα. Τότε μια συχνά μακρά και υποβαθμισμένη διαδικασία της αναγνώρισης, εγγραφής, κράτησης και/ή η μετεγκατάστασης αρχίζει.

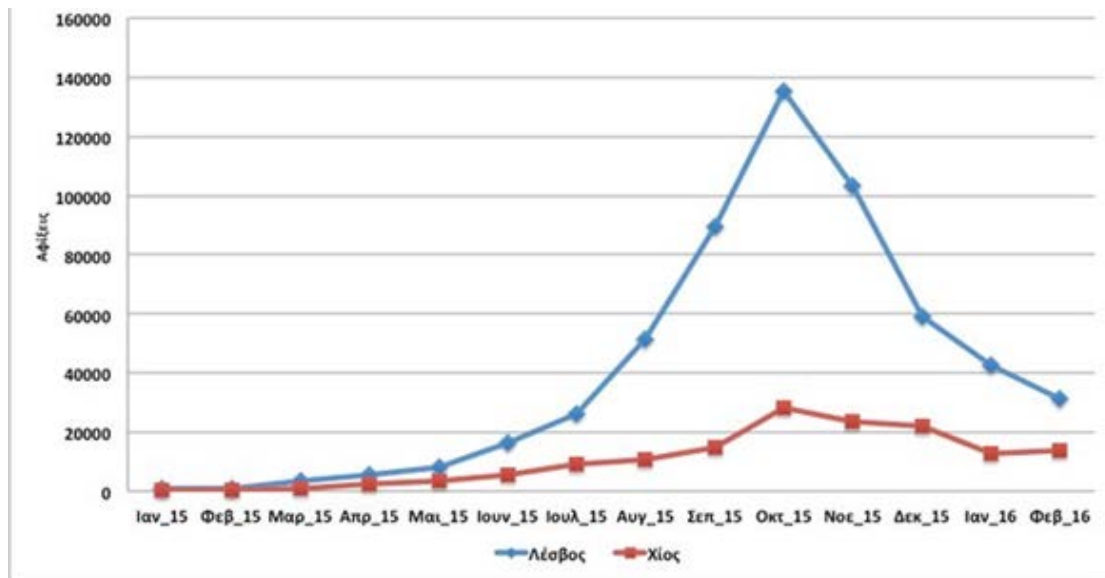
Διάγραμμα 3: Θάνατοι μεταναστών ανά περιοχή προέλευσης για το 2015



Πηγή: Papadopoulos, 2017

Η πλειοψηφία των μεταναστών και των προσφύγων που ήλθαν στην Ελλάδα χρησιμοποίησε τη νοτιοανατολική διαδρομή της Μεσογείου και έφτασε στα νησιά του βορειοανατολικού Αιγαίου, ιδιαίτερα στη Λέσβο, στην Κω, στη Χίο, στην Σάμο και στη Λέρος. Η Λέσβος έχει λάβει τον μεγαλύτερο αριθμό αφίξεων, περίπου 96.000 το 2015, που αποτελούσαν σχεδόν τις μισές συνολικές αφίξεις στην Ελλάδα εκείνη την εποχή. Το νησί της Κω είχε λάβει περίπου 31.000, της Χίου 30.700, της Σάμου 20.000 και της Λέρου 11.000 (Διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 4: Αφίξεις μεταναστών και προσφύγων στην Λέσβο και στην Χίο από τον Ιανουάριο του 2015 έως και τον Φεβρουάριο 2016



Πηγή: Papadopoulos, 2017

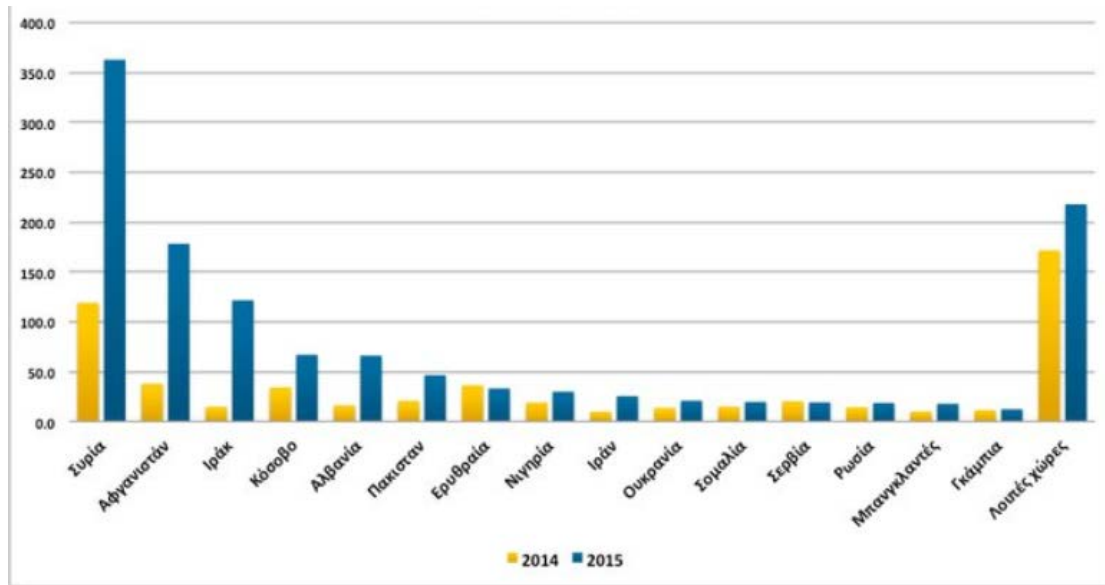
Μόλις φτάσουν στα ελληνικά νησιά, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες περπατούν αρκετά χιλιόμετρα ή παίρνουν λεωφορείο για να φτάσουν σε ένα κέντρο εγγραφής. Οι ομάδες ανθρώπων (συμπεριλαμβανομένων των παιδιών) που περπατούν στο πλάι των δρόμων έχουν γίνει μέρος του σχήματος σε πολλά από αυτά τα νησιά. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 2015, συχνά έπρεπε να περπατήσουν μέχρι 60 χιλιόμετρα, αφού δεν υπήρχαν λεωφορεία για την μεταφορά των προσφύγων και των μεταναστών και οι ιδιοκτήτες αυτοκινήτων και ταξί φοβούνταν να μεταφέρουν ανθρώπους, αφού θα μπορούσαν να κατηγορηθούν για λαθρεμπόριο (Chtouris & Miller, 2017). Τώρα η διαδικασία διαλογής είναι ταχύτερη. Για μερικούς ανθρώπους, η διαδικασία εγγραφής μπορεί να διαρκέσει μόνο μια μέρα, αλλά μερικές φορές μπορεί να διαρκέσει μια εβδομάδα. Εν τω μεταξύ, μέχρι να τους επιτραπεί να επιβιβαστούν στα πορθμεία του λιμανιού του Πειραιά, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες περνούν τις ημέρες σε «ιστότοπους υποδοχής» ή στους δρόμους και στις παραλίες. Αυτή η συμφύρση έχει δημιουργήσει αόρητες ανθυγιεινές συνθήκες εντός των τοποθεσιών υποδοχής, αλλά και σε διάφορες τοποθεσίες γύρω από τα νησιά (Cabot, 2019).

Η αυξανόμενη συμφύρση στα νησιά που λαμβάνουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες μαζί με τις αποτρόπαιες συνθήκες υποδοχής, έχει οδηγήσει συχνά σε συγκρούσεις με την αστυνομία, ιδιαίτερα στη Λέσβο και στην Κω. Οι ελληνικές

αρχές έχουν αναπτύξει, μετά από ένα καθυστέρηση τριών μηνών, ειδικές υπηρεσίες πορθμείων προκειμένου να μειωθεί προσωρινά ο αριθμός των μεταναστών και των προσφύγων που παρουσιάζουν μερικά νησιά. Ωστόσο, η κατάσταση παρέμενε κρίσιμη για αρκετούς μήνες καθώς χιλιάδες πρόσφυγες συνέχισαν να φτάνουν καθημερινά, ενώ μια μακροπρόθεσμη λύση δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα. Ορισμένοι πρόσφυγες και μετανάστες μόλις φτάσουν στον Πειραιά, παίρνουν τρένα και λεωφορεία για τα βόρεια της Ελλάδας και συνεχίζουν το μακρύ ταξίδι τους στα χερσαία σύνορα και μετά, στην Σερβία και στην Ουγγαρία. Η διαδρομή της διαμετακόμισης μέσω Βαλκανίων έχει γίνει το νέο μονοπάτι προς τη Βόρεια Ευρώπη, αντικαθιστώντας το ελληνικό θαλάσσιο πέρασμα (Kalogeraki, 2022).

Ο αριθμός των αιτήσεων ασύλου που έλαβαν τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2015 έχει φτάσει στις 698.055, ενώ η τελευταία φορά που ο αριθμός των αιτήσεων ήταν σχεδόν τόσο υψηλός ήταν το 1992 μετά τη διάλυση της Γιουγκοσλαβίας (672.025) (Cabot, 2019). Μεταξύ των πιο δημοφιλών προορισμών για παροχή ασύλου είναι η Γερμανία, η Ουγγαρία και η Σουηδία. Ενώ η Ελλάδα είναι χώρα της μετάβασης, δεν είναι η επιλεγμένη χώρα για άσυλο. Η δύσκολη οικονομική κατάσταση, η μακρά διαδικασία εφαρμογής ασύλου και η έλλειψη οποιουδήποτε σημαντικού οφέλους μόλις έχει το άσυλο έχει αποθαρρύνει τους πρόσφυγες να υποβάλλουν αίτηση για άσυλο στην Ελλάδα. Παρ'όλα αυτά, μεταξύ του χρονικού διαστήματος Ιανουάριος-Σεπτέμβριος 2015, 7.315 έχουν υποβάλει αίτηση για άσυλο στην Ελλάδα. Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού του 2015, παρατηρήθηκε μείωση των αιτήσεων ασύλου. Για παράδειγμα, τον Ιούλιο του 2015, πραγματοποιήθηκαν 1.250 αιτήσεις ασύλου, ενώ τον Αύγουστο 1.050. Δεδομένης της δραματικής αύξησης των προσφύγων που φθάνουν στην Ελλάδα, κάποιος θα περίμενε το ακριβώς αντίθετό. Ωστόσο, αυτή η μείωση πιθανώς οφείλεται στην αγωνία των προσφύγων να διασχίσουν την Ουγγαρία πριν αυτήν κλείσει τα σύνορά της. Ωστόσο, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 5, κατά το 2015, οι αιτούντες άσυλο ήταν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες που προέρχονταν από την Συρία, τον Αφγανιστάν, το Ιράκ, το Κόσσοβο, την Αλβανία, το Πακιστάν και την Ερυθραία αλλά και τις λοιπές χώρες. Από την άλλη πλευρά, φαίνεται πως το 2014, οι αιτούντες άσυλο προέρχονταν κυρίως από τη Συρία, την Ερυθραία, τις Λοιπές χώρες, το Αφγανιστάν και το Κόσσοβο (Kalogeraki, 2022).

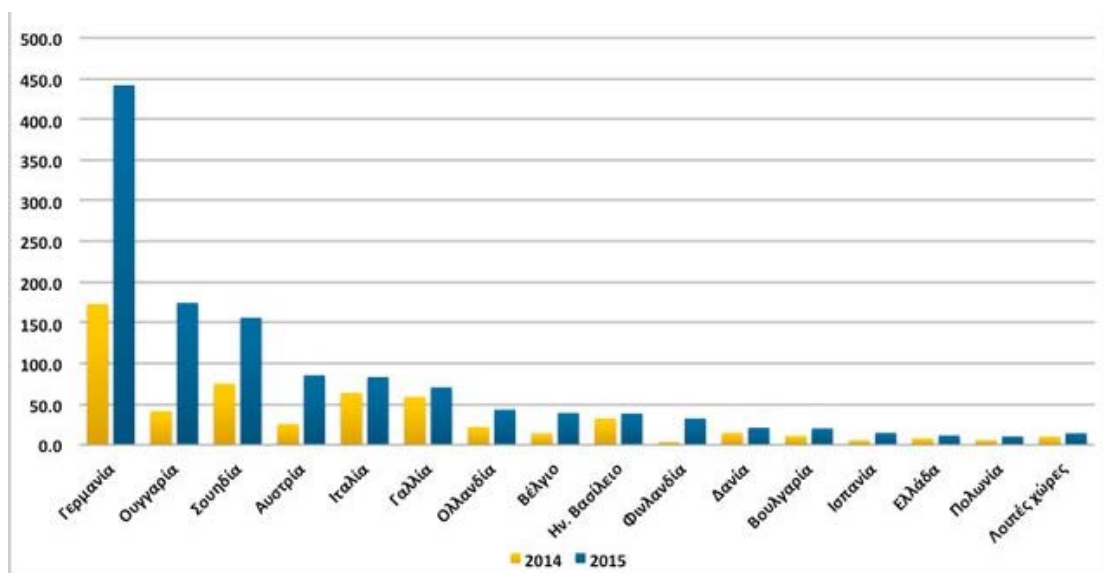
Διάγραμμα 5: Κύριες εθνικότητες αιτούντων άσυλο στην Ευρώπη το 2014 και το 2015



Πηγή: Papadopoulos, 2017

Από την άλλη πλευρά, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 6, οι χώρες που οι πρόσφυγες ζήτησαν άσυλο για το 2014 ήταν η Γερμανία, η Σουηδία, η Ιταλία, η Γαλλία και η Ουγγαρία, ενώ το 2015 οι χώρες που οι πρόσφυγες ζήτησαν άσυλο ήταν η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Σουηδία, η Αυστρία, η Ιταλία, η Γαλλία και η Ολλανδία.

Διάγραμμα 6: Αιτήσεις ασύλου ανά Ευρωπαϊκή Χώρα για τα έτη 2014 και 2015



Πηγή: Papadopoulos, 2017

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Την τελευταία δεκαετία, έγιναν προσπάθειες για τους ανθρώπους να κατανοήσουν την έννοια της ισότητας, ειδικά στην ισότητα στην υγεία ως ζήτημα προτεραιότητας για την ανθρώπινη ανάπτυξη (WHO, 1999). Υπάρχει ανάγκη όλοι να κατανοήσουν το θέμα της ισότητας στην υγεία ως σημαντικό θέμα για τη δημόσια υγεία. Η αυξανόμενη υγεία μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, καθώς και από τις κατηγορίες φυλής, υποδεικνύουν δεσμούς μεταξύ των αποτελεσμάτων της υγείας και των καθοριστικών παραγόντων της κοινωνικής υγείας (WHO, 1999). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει την ισότητα ως την απουσία αποφυγής διαφοροποιήσιμων διαφορών μεταξύ ανθρώπινων ομάδων, οι οποίες ορίζονται κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά ή γεωγραφικά (WHO, 2016). Με άλλα λόγια, η ισότητα σημαίνει δικαιοσύνη ή με τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι άνθρωποι (Merriam-Webster, 2016). Είναι μια ηθική αρχή και σχετίζεται με τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η ισότητα στην υγεία σημαίνει κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία, πράγμα που σημαίνει ότι κανείς δεν αρνείται τη δυνατότητα να είναι υγιής επειδή ανήκει σε μια ομάδα που έχει ιστορικά, οικονομικά ή κοινωνικά προβλήματα (Braveman, 2014). Άλλες διαστάσεις της ισότητας στην υγεία ορίζονται ως θεαματικές συστηματικές ανισότητες στην υγεία ή στους σημαντικότερους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες των ομάδων υγείας με διαφορετικά επίπεδα υποκείμενου κοινωνικού πλεονεκτήματος και μειονεκτήματος που είναι ο πλούτος, η εξουσία ή το κύρος (Braveman & Gruskin, 2003). Ως εκ τούτου, η επιδίωξη της προσφοράς υγείας είναι η προσπάθεια για το υψηλότερο δυνατό πρότυπο υγείας για όλους τους ανθρώπους και για την παροχή ειδικών προσοχών στις ανάγκες εκείνων που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο κακής υγείας, με βάση τις κοινωνικές συνθήκες (Braveman, 2014). Ωστόσο, δεν είναι όλες οι ανισότητες στον τομέα της υγείας. Ορισμένες συνθήκες ή ασθένειες εμφανίζονται μόνο σε άνδρες ή γυναίκες, αφού για παράδειγμα οι γυναίκες έχουν μόνο γυναικολογικά προβλήματα, ενώ οι άντρες όχι και οι νέοι ενήλικες αναμένεται να είναι πιο υγιείς από τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Τα

νεογέννητα κορίτσια τείνουν επίσης να έχουν χαμηλότερο βάρος γέννησης κατά μέσο όρο από τα αρσενικά νεογέννητα. Έτσι, αυτή η καθοδήγηση χρησιμοποιείται για τους σκοπούς της μέτρησης και της λειτουργικοποίησης των ιδίων κεφαλαίων στην υγεία (Braveman & Gruskin, 2003).

Από την άλλη πλευρά, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας διαθέτουν μεγαλύτερη ανισότητα όσον αφορά τα υγειονομικά, ή την πρόσβαση στους πόρους που απαιτούνται για να βελτιωθούν και να διατηρηθούν στην επίτευξη των αποτελεσμάτων της υγείας (WHO, 2016). Ο όρος «ανισότητα» έχει ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις που αναφέρονται στις διαφορές που είναι περιττές και αποφευχθείσες, οι οποίες θεωρούνται επίσης και άδικες (Whitehead, 1991). Ως εκ τούτου, προκειμένου να περιγραφεί μια συγκεκριμένη κατάσταση, η αιτία στην κατάσταση πρέπει να εξεταστεί και να κρίνεται ότι είναι άδικη σε σχέση με ότι συμβαίνει στην υπόλοιπη κοινωνία (Whitehead, 1991). Επιπλέον, είναι επίσης σημαντικό να διακρίνουμε με σαφήνεια τη διαφορά μεταξύ της ισότητας και της ισονομίας στην υγεία. Η ισονομία των θεμάτων σημαίνει ομοιότητα, όπου διαφορετικές ομάδες ή άτομα λαμβάνουν τις ίδιες ευκαιρίες (Botero et al, 2012). Ωστόσο, δεν είναι δίκαιο, διότι δεν διαθέτουν όλοι τις προϋποθέσεις να επιτύχουν παρόμοιους στόχους υγείας.

Εκτός από αυτό, η περιγραφή μιας δίκαιης κατάστασης μπορεί να έχει τη μορφή κατακόρυφου μετοχικού κεφαλαίου. Η έννοια της κατακόρυφης ισότητας είναι η κατανομή διαφορετικών πόρων για διαφορεικά επίπεδα ανάγκης, ενώ η οριζόντια ισότητα αναφέρεται στην κατανομή ίσων ή ισοδύναμων για τις ίσες ανάγκες (WHO, 1999). Είναι θεμελιώδες να αντιμετωπιστούν οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες της υγείας προκειμένου να επιτευχθεί κάθετη και οριζόντια ισότητα στην υγεία. Αυτό περιλαμβάνει όχι μόνο την πρόσβαση, την αξιοποίηση και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και τις συνθήκες διαβίωσης, τα νοικοκυριά και τις κοινότητες, τις συνθήκες εργασίας, την πολιτική και τις πολιτικές που επηρεάζουν οποιονδήποτε από αυτούς τους παράγοντες. Η ισότητα στην υγειονομική περίθαλψη αναφέρεται στην δίκαιη ανάπτυξη και την κατανομή των διαθέσιμότητας προς όφελος του συνόλου του πληθυσμού (Whitehead, 1991). Ωστόσο, υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με την ηλικία και τις κοινωνικές ομάδες και η ισότητα μπορεί να επηρεαστεί από τέτοιους παράγοντες (Whitehead, 1991).

4.2.ΟΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που ασχολούνται με τη διάγνωση και τις θεραπείες της ασθένειας ή την προώθηση, τη συντήρηση και την αποκατάσταση της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών και μη προσωπικών υπηρεσιών υγείας (WHO, 2016), ενώ η πρόβλεψη αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι εισροές, όπως τα χρήματα, το προσωπικό, ο εξοπλισμός και τα ναρκωτικά, συνδυάζονται για να επιτρέψουν την παράδοση παρεμβάσεων υγείας (WHO, 2016). Γενικά, ο στόχος της παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι η βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας στον πληθυσμό και η ανταπόκριση στις προσδοκίες των ανθρώπων, μειώνοντας παράλληλα τις ανισότητες τόσο στην ανταπόκριση της υγείας όσο και στην ανταπόκριση στην υγεία (Adams et al., 2002). Για παράδειγμα, στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη Μαλαισία, υπάρχουν εννέα βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας που καλύπτουν έξι βασικές περιοχές ενεργειών: προώθηση της υγείας και της δίκαιης αύξησης της υγείας, της προστασίας της υγείας, της καταπολέμησης των απειλών για την υγεία των τραυματισμών, η ασφάλεια, με στόχο να μειωθεί η επικράτηση και οι ανισότητες στον τομέα της υγείας του πληθυσμού της χώρας (Mackintosh et al., 2016). Εκτός από αυτό, τα αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι ο σημαντικότερος αντίκτυπος στην ισότητα των υπηρεσιών υγείας, είναι υπεύθυνος για τη δυνατότητα να μειωθεί η σοβαρότητα που οφείλεται στη δύναμη των πρωταρχικών πόρων και των υπηρεσιών φροντίδας σε κοινότητες και χώρες (Starfield, 2004). Η παροχή ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε μια χώρα που αντιμετωπίζει όλα τα ζητήματα προσβασιμότητας, οικονομικής προσιτότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας φροντίδας θα συμβάλει στη βελτίωση και τον εξορθολογισμό της ισότητας της υγείας στον πληθυσμό (Bethell et al., 2001).

Η υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης είναι μια από τις κρίσιμες πτυχές της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ο απώτερος στόχος είναι η βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και η μείωση των ανισοτήτων υγείας (Adams et al., 2002). Υπάρχουν πολλά ζητήματα ανισότητας που αφορούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Αυτό περιλαμβάνει τις ανισότητες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, οι οποίες προκύπτουν από διάφορους παράγοντες που προκαλούν τις παραδόσεις των υπηρεσιών υγείας. Ορισμένα από τα ζητήματα

που εντοπίστηκαν στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε αστικές και αγροτικές περιοχές είναι η πρόσβαση, η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και η άδικη κατανομή των πόρων (Balarajan et al., 2011).

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας σε αστικές και αγροτικές περιοχές παραμένει ως ένα από τα σημαντικά συστήματα υγείας στην επιδίωξη της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών και στην ανάπτυξη του συστήματος φροντίδας υγείας παγκοσμίως (Blumenthal, 2011).

Για παράδειγμα, στην Ινδία, η φυσική πρόσβαση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στις υπηρεσίες υγείας για τον αγροτικό πληθυσμό της Ινδίας (Balarajan et.al, 2011). Οι εγκαταστάσεις συγκεντρώνονται στις αστικές περιοχές σε σύγκριση με τις θεραπείες όπου πολλές ευάλωτες ομάδες τείνουν να συγκεντρώνονται παρά τις σπάνιες υπηρεσίες. Αυτό επιδεινώνεται από την ταχεία ανάπτυξη των ιδιωτικών τομέων σε αστικές περιοχές, οι οποίες διαχωρίζονται λόγω άνισης γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών. Ακόμη και αν οι υπηρεσίες υγείας είναι διαθέσιμες, αυτό δεν εξασφαλίζει ισότητα με τον αστικό και αγροτικό πληθυσμό. Αυτό συμβαίνει επειδή το κόστος που συνδέεται με την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας από τον αγροτικό πληθυσμό μπορεί να είναι υψηλότερο σε σύγκριση με τον αστικό πληθυσμό.

Ομοίως, στην Κίνα υπάρχουν απομονωμένες γεωγραφικές τοποθεσίες όπου το 80% του φτωχού πληθυσμού, βρίσκεται στις ορεινές περιοχές που χρησιμεύουν ως φυσικά εμπόδια, περιοριστικά από την πρόσβαση στη βασική υγειονομική περίθαλψη (Liu et al., 2021). Τα νοσοκομεία βρίσκονται κυρίως στις πόλεις και μόνο περίπου το 55% των κωμοπόλεων και χωριών έχουν λειτουργίες παροχής υγείας. Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης στην Κίνα διαφέρει μεταξύ των αγροτικών και των αστικών περιοχών, όπου οι αγροτικές περιοχές είναι πολύ υψηλότερες από ό, τι στις αστικές περιοχές. Αυτό οφείλεται κυρίως στις διαφορές κάλυψης της ασφάλισης μεταξύ του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού. Ο αγροτικός πληθυσμός είναι σε μεγάλο βαθμό ανασφάλιστος. Ο αντίκτυπος στο αυξημένο ιατρικό κόστος είναι μεγαλύτερος στις αγροτικές περιοχές, επειδή το εισόδημα των νοικοκυριών δεν αυξήθηκε τόσο γρήγορα όσο συμβαίνει σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές (Liu et al., 2021). Ως εκ τούτου, η ανισότητα του κόστους υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ του αστικού και

του αγροτικού πληθυσμού στην Κίνα συνέβαλε στην ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Liu et al., 2021).

Στη Μαλαισία, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιείται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Οι δημόσιοι τομείς κυριαρχούν στην παροχή υπηρεσιών στον αγροτικό πληθυσμό για να εξασφαλίσουν την ισότητα, ενώ οι ιδιωτικοί τομείς επικεντρώνουν τις υπηρεσίες τους σε μεγάλο βαθμό στις αστικές περιοχές όπου υπάρχει ζήτηση (Quek, 2009). Παρέχοντας εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης για κάθε 5 χιλιόμετρα απόσταση, η γεωγραφική και φυσική προσβασιμότητα εξασφαλίζεται τόσο στον αγροτικό όσο και στον αστικό πληθυσμό. Ωστόσο, η ανισότητα εξακολουθεί να υπάρχει από την άποψη της προσαρμοστικότητας του κόστους, όπου ο ασθενής σε μια αγροτική περιοχή θα πρέπει να πληρώσει περισσότερα για να έρθει και να αναζητήσει τις υπηρεσίες. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, ενυπάρχει με κίνητρο το κέρδος και συγκεντρώνεται στις αστικές περιοχές (Risso et al., 2015). Από την άλλη πλευρά, ο αστικός φτωχός πληθυσμός είναι πιο πιθανό να αποκτήσει μειονεκτήματα τόσο στην πρόσβαση στην υγεία, επειδή δεν είναι ασυνήθιστο για τους αστικούς φτωχούς να έχουν περισσότερη δουλειά που τους περιορίζει από την πρόσβαση σε κυβερνητικές εγκαταστάσεις, που περιορίζονται στις ώρες του γραφείου της κυβέρνησης. Αυτό τους αφήνει χωρίς άλλη επιλογή παρά να επιλέξουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν 24ωρες υπηρεσίες επί πληρωμή (Chuah et al., 2019).

Η παράδοση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, από τα νοσοκομεία έως την πρωτοβάθμια φροντίδα έως τις υπηρεσίες ειδικότητας προς τα φαρμακεία, αποδεικνύει ότι ενώ υπήρξαν και παραμένουν σημαντικές διακυμάνσεις στον τρόπο με τον οποίο ο ιδιωτικός τομέας ασχολείται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο μεγαλύτερο κομμάτι του συστήματος υγείας, η ποικιλία μπορεί να δείξει ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι για να παρέχεται αποτελεσματικά η φροντίδα στους ασθενείς (Walshe et al., 2013). Ο ιδιωτικός τομέας δεν είναι ούτε απαραίτητος για την παροχή εθνικής υγειονομικής περίθαλψης, ούτε η υπηρεσία του ιδιωτικού τομέα είναι εμπόδιο σε ένα ισχυρό και αποτελεσματικό εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό μπορεί να ειπωθεί για τα νοσοκομεία, όπου οι διακρίσεις μεταξύ των μοντέλων ιδιοκτησίας είναι πιο έντονες και σαφώς καθορίζονται από τις εθνικές πολιτικές διαφορές και αλλαγές (Mossialos et al., 2010). Μπορεί επίσης να ειπωθεί για την παροχή πρωτοβάθμιας και ειδικής φροντίδας, όπου ο βαθμός ιδιωτικής

παροχής έχει ιστορικές ρίζες, αλλά τόσο τα δημόσια όσο και τα ιδιωτικά μοντέλα φαίνεται να παρέχουν αποτελεσματική μετοχική, πρόσβαση και φροντίδα (Asandului et al., 2014). Ταυτόχρονα, υπάρχει μια σχεδόν καθολική συμφωνία στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας ότι η παροχή κοινοτικών φαρμακευτικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών εξυπηρετείται καλύτερα από ιδιωτικές αγορές (Maresso et al., 2015). Αυτές οι υπηρεσίες και τα προϊόντα είναι τα πιο πρότυπα μεταξύ των παρόχων και επομένως είναι πιο εύκολο για τους αγοραστές και τους πολίτες να συγκρίνουν με βάση το κόστος και την προσβασιμότητα (Reibling, 2010). Μεταξύ όλων των αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αυτά συμπεριφέρονται ως τα πιο παραδοσιακά προϊόντα και οι οικονομολόγοι που βασίζονται στην αγορά υποστηρίζουν ότι η ιδιωτική παροχή είναι η πιο αποτελεσματική επιλογή παράδοσης για το λόγο αυτό, κάτι που η ευρωπαϊκή εμπειρία φαίνεται να επιβεβαιώνει (Lmberis & Dittmar, 2007).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η καθολική κάλυψη της υγείας επιτυγχάνεται μέσω ενός εξαιρετικά κεντρικού συστήματος (το μοντέλο Beveridge, που ονομάζεται από τον δημιουργό του) στο οποίο η κυβέρνηση είναι ο κύριος πληρωτής και η φροντίδα παρέχεται από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) (Starfield et al., 2005). Αυτό το σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης ρυθμίζεται έντονα και χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της φορολογίας, γεγονός που επιτρέπει στις περισσότερες υπηρεσίες να είναι ελεύθερες στο σημείο χρήσης. Πολλά, αλλά όχι όλα, από τα νοσοκομεία και οι κλινικές είναι κυβερνητικές και ενώ ορισμένοι γιατροί είναι κυβερνητικοί υπάλληλοι, ακόμη και οι ιδιωτικοί γιατροί συλλέγουν αμοιβές από την κυβέρνηση (Allender & Rayner, 2007). Ανεξάρτητα από αυτό, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας ελέγχει σε μεγάλο βαθμό τους παρόχους που μπορούν να χρεώνουν για υπηρεσίες. Ενώ οι υποστηρικτές της παγκόσμιας παροχής περίθαλψης υποστηρίζουν αυτό το σύστημα κεντρικής, ένα από τα μεγαλύτερα μειονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι οι μεγάλοι κατάλογοι αναμονής για την πρόσβαση σε μη άμεση φροντίδα (McCarthy, 2014). Μια ιδιωτική αγορά, η οποία έχει πρόσβαση σε συμπληρωματική ιατρική ασφάλιση που έχει αγοραστεί μεμονωμένα ή από εργοδότη, αντιμετωπίζει αυτή τη συγκεκριμένη πρόκληση. Περίπου το 10,5% του πληθυσμού έχει ιδιωτική, εθελοντική συμπληρωματική ιατρική ασφάλιση. Το γεγονός ότι αυτή η ισχυρή δευτεροβάθμια ιδιωτική αγορά υπάρχει σημαίνει ότι το σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου δεν είναι ένα πραγματικό σύστημα ενός πληρωτή (Allender & Rayner, 2007).

Η Γαλλία επιτυγχάνει καθολική κάλυψη μέσω του πιο αποκεντρωμένου μοντέλου Bismarck, όπου οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι χρηματοδοτούν την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης μέσω τυπικών μειώσεων μισθοδοσίας που απευθύνονται σε «ταμεία ασθενείας» (Chevreul et al., 2015). Όλοι οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να εγγραφούν σε ένα ταμείο ασθενείας για λογαριασμό των υπαλλήλων τους και να κάνουν συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης για να καλύψουν το κόστος της ασφάλισης υγείας (Stuart & Weinrich, 2004). Σε αυτό το σύστημα, η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη τόσο για τη χρηματοδότηση όσο και για τη διαχείριση (θέτοντας ασφάλιστρα που σχετίζονται με τα επίπεδα εισοδήματος και καθορίζοντας τις τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών) αυτά τα κεφάλαια για όλους τους πολίτες και τους κατοίκους (Chevreul et al., 2010). Η ισορροπία είναι τεχνικά μια συν-πληρωμή ασθενών που μπορεί να επιστραφεί από συμπληρωματικά σχέδια ασφάλισης υγείας (γνωστά ως Mutuelles). Περίπου το 99% των εργαζομένων στη Γαλλία έχουν πρόσβαση σε μια εταιρία που επιδοτείται από την εταιρία Mutuelle. Εάν ένα άτομο είναι άνεργο, μπορεί να έχει πρόσβαση στη φροντίδα μέσω του συστήματος ασφάλισης δημόσιας υγείας και είναι επιλέξιμο για επιδοτήσεις για να καλύψει το κόστος των συν-πληρωμών. Τα κεφάλαια ασθένειας γενικά καλύπτουν το 70% των ιατρικών δαπανών. Σε περιπτώσεις σοβαρών ή χρόνιων ασθενειών (όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης και η ψυχική ασθένεια) καλύπτονται πλήρως και όλες οι συνθήκες παραιτούνται (Bezin et al., 2017). Στη Γαλλία, οι γενικοί ιατροί λειτουργούν ως πύργοι στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο να περιορίζουν τις περιττές νοσηλείες ή/και την εξειδικευμένη φροντίδα (εξαιρουμένων της γυναικολογίας, της οφθαλμολογίας, της ψυχιατρικής και κάποιων άλλων τύπων περίθαλψης). Γενικά, οι Γάλλοι πολίτες εκφράζουν την ικανοποίησή τους από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Chevreul et al., 2010). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι φορολογικές και οι συνεισφορές του Mutuelle είναι υψηλές και οι μακροπρόθεσμες τάσεις δείχνουν τα ποσοστά αποζημίωσης για τις κρατικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και την αύξηση των μειώσεων μισθοδοσίας, οι οποίες υποδεικνύουν τις οικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν αυτά τα κεφάλαια (Bezin et al., 2017).

Η Ολλανδία αξιοποιεί επίσης ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την επίτευξη καθολικής κάλυψης. Σε αντίθεση με τη Γερμανία και τη Γαλλία, δεν χρησιμοποιεί ταμεία ασθενείας. Έχει αντ' αυτού τα σχέδια υγείας που

ρυθμίζονται από την κυβέρνηση (Schäfer et al., 2010). Όλοι οι κάτοικοι υποχρεούνται νομικά να υποβάλουν αίτηση για βασική, ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι κάτοικοι ηλικίας άνω των 18 ετών υπόκεινται σε ασφάλιστρα που μπορεί να διαφέρουν με βάση τον τύπο ασφάλισης και ασφαλιστή (Den Exter et al., 2004). Η έλλειψη ιδιωτικής ασφάλισης στην Ολλανδία τιμωρείται με πρόστιμο. Παρόλο που αυτή η υποχρεωτική ατομική κάλυψη είναι παρόμοια με την ατομική εντολή κάλυψης που αρχικά θεσπίστηκε στις ΗΠΑ σύμφωνα με τον νόμο για την προσιτή φροντίδα (αλλά αργότερα καταργήθηκε), η βασική ιδιωτική ασφάλιση στην Ολλανδία έχει χαμηλό κόστος με χαμηλό ετήσιο ανώτατο όριο έκπτωσης. Αυτό το μοντέλο χαμηλού κόστους παρέχει σε όλους τους ολλανδούς κατοίκους ένα ελάχιστο όφελος για την υγεία και υπάρχει παράλληλα με μια ανταγωνιστική αγορά για οικονομικά προσιτές συμπληρωματικές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Lueschen & Van der Zee, 2016). Ο συνολικός πληθυσμός είναι εξαιρετικά ικανοποιημένος με το υπάρχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η Ολλανδία έχει καταταχθεί σταθερά σε ένα ανώτατο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη από τον δείκτη καταναλωτών Euro Health. Παρά την ταξινόμηση αυτή, ορισμένα ασφαλισμένα μέρη διαμαρτύρονται για την ετήσια (μικρή) αύξηση και την επιθυμία για μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού και καλύτερη φροντίδα (Den Exter et al., 2004).

Πολλές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης διαθέτουν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που βασίζονται σε αρχές κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Η κυβέρνηση αυξάνει και συγκεντρώνει κεφάλαια για τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας. Αν και αυτό το μοντέλο είναι συνήθως ένα πρώτο βήμα για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης, οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης είχαν ποικίλα επίπεδα επιτυχίας στην εφαρμογή αυτού του μοντέλου (Lueschen & Van der Zee, 2016). Θεωρητικά, το δημόσιο σύστημα καλύπτει σχεδόν τα πάντα, αλλά υπάρχει σημαντική εξάρτηση από άτομα στον ιδιωτικό τομέα (ασφαλιστές, παρόχους κ.λπ.) και η ποιότητα της περίθαλψης στον δημόσιο τομέα είναι συχνά υποβέλτιστη (Starfield et al., 2005).

Ενώ όλα τα ευρωπαϊκά μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης έχουν τις προκλήσεις τους, τα περισσότερα παρέχουν καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Allender & Rayner, 2007). Έχοντας κάποιο βαθμό κεντρικού ελέγχου κόστους εντός ενός καθολικού πλαισίου κάλυψης επιτρέπεται στις χώρες να κατανέμουν τη φροντίδα ανεξάρτητα από την ικανότητα ενός ατόμου να αγοράζει

ιδιωτική ασφάλιση ή να πληρώνει για την πρόσβαση του στη φροντίδα της υγείας (Bezin et al., 2017). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτό δεν εξαλείφει απαραίτητως τις συστηματικές ανισότητες, καθώς τα εύπορα άτομα εξακολουθούν να είναι συχνά σε θέση να αυτοταξινομήσουν τις επιλογές ιδιωτικής φροντίδας για να λάβουν καλύτερη φροντίδα ή /και ταχύτερες διαγνώσεις και θεραπεία από όσους βασίζονται αποκλειστικά στα συστήματα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης (Schäfer et al., 2010).

4.3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ουσιαστικά η έννοια του οργανωμένου συστήματος υγείας ξεκινά για την Ελλάδα το 1952 με το Νόμο 2593/52, ο οποίος θέτει για πρώτη φορά τις βάσεις για την οργάνωση των μονάδων υγείας και την καθιέρωση των νοσηλίων.

Οι έως τότε προσπάθειες συμπεριλαμβανομένης της ίδρυσης του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (NAT) το 1838 (η λειτουργία του ξεκίνησε το 1861), της ίδρυσης του Υπουργείου Υγείας το 1922 (Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης) και της ίδρυσης του ΙΚΑ το 1935 (ως αποτέλεσμα ισχυρών λαϊκών πιέσεων εξαιτίας των μεγάλων ανισοτήτων), αποτέλεσαν τα πρώτα βήματα για την δημιουργία ενός στοιχειώδους συστήματος φροντίδας υγείας. Σε όλο αυτό το διάστημα οι δαπάνες για την υγεία διατηρούνται σε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά ενώ το ποσοστό των ανασφάλιστων στη χώρα είναι μεγαλύτερο από 50% (κυρίως ο αγροτικός και ημιαστικός πληθυσμός) (Αντωνοπούλου, 2008).

Το 1959 διατίθεται για την υγεία μόλις 6% του ΑΕΠ ενώ οι δαπάνες για την άμυνα αγγίζουν το 42% (Mossialos, 2002). Το 1961 και ως αποτέλεσμα ισχυρών πιέσεων εξαιτίας της ανισοτιμίας που χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας, δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Έως και το 1983, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας παραμένει σε ουσιαστική κρίση με βασικά χαρακτηριστικά την ελλιπή χρηματοδότηση, την ανισοκατανομή στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, την υπανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την απουσία προγραμματισμού και κυρίως την δυσαρέσκεια των πολιτών (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996).

Στην Πρώτη περίοδο (1827 – 1922) τα νοσοκομεία ήταν κύρια αποτέλεσμα της φιλανθρωπικής δράσης ιδιωτών και κάποιων δήμων και κοινοτήτων, και σε αυτά προσέφευγαν χαμηλά κυρίως κοινωνικά στρώματα. Η παροχή υπηρεσιών υγείας

γινόταν από την Εκκλησία και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Το 1827 ιδρύεται το πρώτο νοσοκομείο στη Σύρο και το δημοτικό νοσοκομείο ΕΛΠΙΣ (1836), η ιατρική σχολή το 1837 και η νοσηλευτική σχολή Ερυθρού το 1911 (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Την ίδια περίοδο ιδρύεται το «Τζάνειο» στον Πειραιά και ο «Ευαγγελισμός» στην Αθήνα. Δημιουργείται κεντρική υγειονομική υπηρεσία που υπάγεται στο υπουργείο εσωτερικών, θεσμοθετείται η υγειονομική αστυνομία και ο νομιάτρος (Αντωνοπούλου, 2008).

Στη συνέχεια, κατά το χρονικό διάστημα 1923-1952, ο ενεργητικός ρόλος του κράτους οδήγησε στην ίδρυση γενικών, ειδικών, στρατιωτικών και προσφυγικών νοσοκομείων, αλλά παρόλα αυτά λίγα χαρακτηρίζονταν από επάρκεια θεραπευτικής ιατρικής και παροχή καλής φροντίδας. Επιπλέον, με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/1953 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» καθιερώνεται η θεσμοθέτηση ενιαίου πλαισίου για την ορθολογική και επιστημονική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα με βάση τον πληθυσμό, τα επιδημιολογικά του χαρακτηριστικά και τον υπάρχοντα εξοπλισμό. Η νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία με χαρακτήρα Νομικών Προσώπων Δημόσιου ή Ιδιωτικού Δικαίου (μη κερδοσκοπικά) και από ιδιωτικές κλινικές (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996).

Η αυστηρή και απαγορευτική πολλές φορές αντιμετώπιση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στην περίοδο από το 1983 και μετά, απετέλεσε όχι το αίτιο για την αριθμητική μείωση των ιδιωτικών κλινικών μόνο, αλλά και της μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Με τον Νόμο 2071/92 αρχίζει η αποδέσμευση του ιδιωτικού τομέα υπό τον έλεγχο του κράτους. Δόθηκε το δικαίωμα στις ιδιωτικές κλινικές να εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής υγείας, να παρέχουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα ή μεταφορά ασθενών, να συστήνουν και να λειτουργούν μονάδες τεχνητής γονιμοποίησης σε ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές κ.ά. Με τον Νόμο 2519/97 δίνεται η δυνατότητα σύμπραξης ασφαλιστικών φορέων με ιδιωτικές κλινικές ή με νοσοκομειακούς οργανισμούς του εξωτερικού. Επίσης, με τον ίδιο νόμο δημιουργείται το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας με αρμοδιότητες συντονισμού του ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας που ποτέ όμως δεν εξάσκησε σε πλήρη έκταση (Σουλιώτης et al., 2018).

Από το 2000 έως και σήμερα, ξεκίνησε με το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη» (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Σχέδιο Μεταρρύθμισης, «Υγεία για τον Πολίτη», Αθήνα, 2000, Νόμος 2889/2001). Η όλη προσπάθεια χαρακτηρίζεται ως ημιτελής μια και η απόσυρση του εμπνευστή της αλλά και η αλλαγή της κυβέρνησης που την ενστερνίσθηκε, οδήγησαν στην σταδιακή εξασθένηση των στόχων της. Το 2005 τα ΠεΣΥ μετονομάστηκαν σε Δ.Υ.ΠΕ. με τον Νόμο 3329/2005 ενώ προβλέφθηκε και μία σειρά αλλαγών που δεν μπορούν ωστόσο να κριθούν εξαιτίας του πολύ μικρού χρονικού διαστήματος από την εφαρμογή τους (αλλαγή στη νομική μορφή των νοσοκομείων, στο σύστημα προμηθειών κτλ.).

Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που κύρια επεχείρησαν να αντιμετωπίσουν προβλήματα που συνδέονται με τη χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών αλλά και την οικονομική επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών με άτυπες ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες που υποτίθεται ότι καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης κατά τη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας ήταν δύο: 1) Η πρώτη, του 1983, που έθεσε τα θεμέλια για τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) επεχείρησε να διευρύνει τα όρια του κοινωνικού κράτους και να προσφέρει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού και 2) Η δεύτερη, του 2001, εστιάστηκε στη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, εισάγοντας και στοιχεία αποδοτικής αξιοποίησης των πόρων και ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα (Αντωνοπούλου, 2008).

Τέλος, η σημαντικότερη μεταρρύθμιση που αφορά την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πραγματοποιήθηκε μέσω του Ν. 2889/2001. Απώτερος σκοπός του νόμου ήταν «η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης» (Αντωνοπούλου, 2008). Οι επιμέρους στόχοι περιελάμβαναν μεταξύ άλλων: την κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα του ΕΣΥ, την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του συστήματος, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τέλος την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος (Σουλιώτης et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

5.1.Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

5.1.1.Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ

Κατά τη διάρκεια των περασμένων ετών, η τεράστια κίνηση των ανθρώπων από τη Μέση Ανατολή στην Ευρώπη ήταν καλά τεράστια. Η έκθεση της UNHCR, που δημοσιεύθηκε στα τέλη του 2015, διαπίστωσε ότι ο αριθμός των βίαιων εκτοπισμένων ατόμων παγκοσμίως είχε ξεπεράσει τα 60 εκατομμύρια, συμπεριλαμβανομένων 20,2 εκατομμυρίων προσφύγων που εγκατέλειψαν τον πόλεμο και τη δίωξη (Dhesi et al., 2018).

Σχεδόν πέντε εκατομμύρια άτομα έχουν φύγει από τη Συρία από τότε που ο εμφύλιος πόλεμος ξεκίνησε εκεί πριν από 10 χρόνια και, αν και η πλειοψηφία τους ζουν τώρα στις γειτονικές χώρες του Λιβάνου, της Ιορδανίας και της Τουρκίας, λίγο περισσότερο από το 10% έχουν περάσει πιο μακριά, αναζητώντας ασφάλεια στο Ευρώπη. Η συντριπτική πλειοψηφία των προσφύγων και των μεταναστών, τόσο από τη Συρία όσο και από άλλες χώρες, φτάνουν στην Ευρώπη μέσω της θάλασσας (Davies & Isakjee, 2019).

Μετά την αύξηση της μετανάστευσης, πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν επικεντρωθεί στις πολιτικές τους για την ελαχιστοποίηση και τη διαχείριση των νέων αφίξεων, φαινομενικά ξεχνώντας ή αγνοώντας το καθήκον τους να προστατεύουν και να φροντίζουν τους ανθρώπους (Kotsiou et al., 2018). Για τις εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους που ταξιδεύουν στην Ευρώπη, η πρόσβαση ακόμη και στη βασική υγειονομική περίθαλψη είναι συχνά εξαιρετικά περιορισμένη. Από τότε που ξεκίνησε η κρίση, οι γιατροί που εργάζονται εθελοντικά, έχουν εκτελέσει κλινικές αποστολές προκειμένου να βοηθήσουν τους μετανάστες και τους πρόσφυγες στα πέρατα του κόσμου, και έχουν καταλήξει πως οι ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αλλάξει και αναπτύχθηκαν με την πάροδο του χρόνου (Gunst et al., 2019). Προβλήματα που ανακαλύπτουν οι εθελοντικοί ιατροί κυμαίνονται από τα προβλήματα του δέρματος και της αναπνοής σε χρόνιες παθήσεις όπως ο διαβήτης, οι έγκυες γυναίκες που δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε κάθε είδους προγεννητική

φροντίδα και άτομα που έχουν πέσει θύματα αστυνομικής βίας (Kousoulis et al., 2017).

Ανεξάρτητα από τη διαδρομή που ακολουθείται, η στέρηση κατά τη μετανάστευση, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η έλλειψη επαρκούς υγιεινής καθιστούν τους πρόσφυγες ευάλωτες σε αναπνευστικές και γαστρεντερικές ασθένειες και δερματικές παθήσεις. Στο Calais, οι πληγές συχνά είναι σοβαρά μολυσμένες, απαιτώντας την εισαγωγή στο νοσοκομείο για χειρουργική επέμβαση και χορήγηση ενδοφλέβιων αντιβιοτικών. Το 2015, από τις 11.097 ιατρικές διαβουλεύσεις που πραγματοποιήθηκαν από γιατρούς του κόσμου στο Calais, το 63% των προβλημάτων υγείας σχετίζονταν με τις συνθήκες διαβίωσης στο στρατόπεδο και σχεδόν το ένα τέταρτο ήταν ορθοπεδικοί τραυματισμοί (Dhesi et al., 2018).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι πιο κοινές συνθήκες υγείας που παρατηρούνται στα στρατόπεδα προσφύγων περιλαμβάνουν υποθερμία, εγκαύματα και γαστρεντερικές ασθένειες. Υπάρχει υψηλή συχνότητα των λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος μέσα στον πληθυσμό που συναντούν οι ιατροί του κόσμου, συχνά ως αποτέλεσμα των υγρών και κακών υγειονομικών συνθηκών, οι οποίες οδηγούν στην εξάπλωση των ιών και των βακτηρίων (Joseph et al., 2020). Ο καπνός από τις ανοιχτές πυρκαγιές αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αναπνευστικές επιπλοκές, καρκίνο του πνεύμονα και καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι δερματικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της ψώρας και η εξάπλωση των παρασίτων λόγω έλλειψης εγκαταστάσεων πλύσης και καθαρών κλινοστρωμών είναι δεδομένες. Στους γιατρούς της κλινικής του κόσμου στη Λάρισα, μία από τις πιο καυτές περιοχές της Ελλάδας, εκατοντάδες πρόσφυγες ζούσαν σε εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες. Οι παθήσεις του δέρματος ήταν εξαιρετικά διαδεδομένες (εκ των οποίων το 40% ήταν ηλιακά εγκαύματα και τσιμπήματα εντόμων), όπως και η αφυδάτωση, η ωτίτιδα και η απώλεια της όρεξης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Αυτό το στρατόπεδο έχει κλείσει τώρα (Papadimos et al., 2020).

Από την άλλη πλευρά, οι μη μεταδοτικές ασθένειες είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας το 63% των παγκόσμιων θανάτων, συμπεριλαμβανομένων 14 εκατομμυρίων ανθρώπων που πεθαίνουν πριν από την ηλικία των 70,7. Η επικράτηση των μη μεταδοτικών ασθενειών όπως ο διαβήτης και η υπέρταση σε ενήλικες σε ορισμένες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος είναι

υψηλές και φτάνουν στο 25-35%. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για όσους πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση, διαβήτη, άσθμα και καρκίνο, η μακριά, επίπονη διαδρομή προς και μέσω της Ευρώπης συχνά επιδεινώνουν αυτές τις συνθήκες, προκαλώντας διακοπή στη συνεχή θεραπεία που είναι απαραίτητη για τη διαχείριση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (Gunst et al., 2019). Η διαχείριση αυτών των ασθενειών εν κινήσει είναι εξαιρετικά προκλητική και μερικές φορές οι άνθρωποι αναγκάζονται να παραβλέψουν τη σημασία της αναζήτησης θεραπείας, καθώς πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στις βασικές τους ανάγκες, όπως η εύρεση καταφυγίων, τροφίμων και καθαρού νερού (Papadimos et al., 2020).

Οι εθελοντές που εργάστηκαν στους γιατρούς του κόσμου στη Βόρεια Ελλάδα αντιμετώπισαν εκατοντάδες άτομα που πάσχουν από μη μεταδιδόμενα νοσήματα, αλλά η διατήρηση των αποθεμάτων των απαραίτητων φαρμάκων θα μπορούσαν να είναι δύσκολη (Gunst et al., 2019). Εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία, τα μη αναμενόμενα νοσήματα αυξάνονται μόνο στη σοβαρότητα, όπως και ο κίνδυνος πρόωρου θανάτου. Οι χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, ο οποίος αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα με πρόσβαση στο σωστό φάρμακο, γίνεται απειλητικές για τη ζωή. Για εκείνους τους πρόσφυγες που έχουν μη διαγνωσμένα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, υπάρχει επίσης υψηλότερος κίνδυνος προβλημάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Kotsiou et al., 2018). Παρά τη λογοτεχνία που επικεντρώνεται συχνά στις μεταδοτικές ασθένειες, είναι στην πραγματικότητα μη μεταδοτικές ασθένειες και η αδυναμία αντιμετώπισης των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, με αποτέλεσμα την αύξηση της σοβαρότητας και των συναφών επιπλοκών, που αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες (Papadimos et al., 2020). Η πρόληψη και η έγκαιρη ανίχνευση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι αναμφισβήτητα πιο οικονομικά αποδοτικές από τη διαχείριση των μεταγενέστερων σταδίων της νόσου. Επομένως, η μη αντιμετώπιση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων εντός της ευρωπαϊκής κρίσης των προσφύγων είναι πιθανό να έρθει με τεράστιο ανθρώπινο και οικονομικό κόστος (Gunst et al., 2019).

Από την άλλη πλευρά, η άνοδος της θεσμικής και αστυνομικής βίας είχε σαφή αντίκτυπο στην ψυχική και σωματική υγεία των προσφύγων. Τα περιστατικά της αστυνομικής βίας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στα σημεία συμφόρησης των συνόρων. Δύο τομείς όπου αναφέρεται συχνά η αστυνομική βία είναι το στρατόπεδο

«ζούγκλας» στο Calais και, πιο πρόσφατα, στην Ειδωμένη, το οποίο βρίσκεται κοντά στα σύνορα της Ελλάδας και τώρα έχει κλείσει. Τον Απρίλιο, το έργο δεδομένων για τα δικαιώματα των προσφύγων (RRDP) δημοσίευσε τα ευρήματά του σχετικά με την αστυνομική βία στο Calais. Από τα 870 άτομα που ερωτήθηκαν, πάνω από το 75% είχαν βιώσει αστυνομική βία, το 69,9% είχε εκτεθεί σε δακρυγόνα, ενώ το 42,4% είχε υποστεί σωματική βία από την αστυνομία. Αυτό περιελάμβανε περιπτώσεις όπου η αστυνομική βία είχε οδηγήσει σε σοβαρούς τραυματισμούς, συμπεριλαμβανομένων τραυματισμών στο κεφάλι και κατάγματα. Ο φόβος της αστυνομικής βίας βαθμολογήθηκε ως ο κύριος λόγος για τον οποίο οι άνθρωποι δεν αισθάνονταν ασφαλείς στο στρατόπεδο. Το 2015, οι γιατροί των παγκόσμιων ιατρών στο Calais ασχολήθηκαν με 189 περιπτώσεις που συνδέονται με την αστυνομική βία. Το δακρυϊκό αέριο μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες και αναπνευστικές δυσκολίες, έναν διαρκή πόνο στο βήχα και στο θώρακα με συμπτώματα που συνεχίζουν για περισσότερο από 2 εβδομάδες. Περίπου 200 άτομα αντιμετώπισαν αναπνευστικά προβλήματα δευτερογενώς λόγω των δακρυγόνων και 40 άλλοι τραυματίστηκαν από σφαίρες από καουτσούκ, συμπεριλαμβανομένων τριών παιδιών που υπέστησαν τραυματισμούς στο κεφάλι. Πάνω από 30 ασθενείς έπρεπε να υποβληθούν σε θεραπεία για το αναπνευστικό σοκ που υπέστησαν. Ο μακροπρόθεσμος ψυχολογικός αντίκτυπος μιας τέτοιας βίας δεν πρέπει να υποτιμάται (Dhesi et al., 2018).

Η απειλή της βίας δεν προέρχεται μόνο από τις δυνάμεις ασφαλείας. Η Διεθνής Αμνηστία του Οργανισμού Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων έχει αναφέρει ότι οι γυναίκες πρόσφυγες αντιμετωπίζουν βία και παρενόχληση σε όλα τα στάδια των ταξιδιών τους στην Ευρώπη, τόσο από τις δυνάμεις ασφαλείας όσο και από τους λαθρεμπόρους και άλλους πρόσφυγες. Οι πρόσφυγες είναι επίσης ευάλωτοι σε επιθέσεις από ακροδεξιές ομάδες επαγρύπνησης. Από τις αρχές του 2016, υπήρξαν αναφορές για τους πρόσφυγες που επιτέθηκαν σε ολόκληρη την Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης της Γαλλίας, της Σουηδίας και της Γερμανίας (Kotsiou et al., 2018).

Σχεδόν το 60% των προσφύγων και των μεταναστών που φτάνουν στην Ελλάδα ήταν γυναίκες και παιδιά, με έναν στους τρεις μετανάστες να ταξινομούνται τώρα ως ανήλικες. Η αυξημένη παρουσία εγκύων γυναικών, οι θηλάζουσες γυναίκες και τα μη εμβολιασμένα μωρά απαιτούν επικεντρωμένες παρεμβάσεις υγείας. Οι έγκυες γυναίκες που φεύγουν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις στην πρόσβαση

στην προγεννητική φροντίδα και τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης. Συνήθως παρουσιάζουν λοιμώξεις υποσιτισμού και αναπαραγωγικής οδού, καθιστώντας την πρόωρη γέννηση σοβαρού κινδύνου. Η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα έχει επιζήμια επίδραση σε χιλιάδες νεογέννητα, τα περισσότερα από τα οποία κινδυνεύουν να προσβληθούν από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν από εμβόλια. Ο υπερπληθυσμός σε στρατόπεδα και τα κενά ανοσοποίησης προκαλούν εστίες ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της ιλαράς και των οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων (Dhesi et al., 2018).

Επιπροσθέτως, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες εν κινήσει είναι συχνά απρόθυμοι να σταματήσουν και να αναζητήσουν ενεργά ιατρική περίθαλψη, ακόμη και αν το χρειάζονται απεγνωσμένα, επειδή φοβούνται ότι θα διαχωριστούν από τις οικογένειές τους. Ωστόσο, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αγωνίζονται επίσης να αποκτήσουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη όταν εγκατασταθούν στην Ευρώπη (Kotsiou et al., 2018). Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από 23.040 ασθενείς στους γιατρούς των παγκόσμιων κλινικών σε 25 πόλεις σε όλη την Ευρώπη διαπίστωσαν ότι πάνω από το ήμισυ (54,2%) των εγκύων γυναικών που ερωτήθηκαν δεν είχαν πρόσβαση στην προγεννητική φροντίδα και μόνο το ένα τρίτο (34,5%) των παιδιών που είδαν είχαν δει είχαν εμβολιαστεί έναντι της παρωτίτιδας, της ιλαράς και της ερυθράς και μόνο λίγο περισσότεροι (42,5%) έναντι του τετάνου. Ένας στους πέντε ασθενείς είχε εγκαταλείψει την αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης ή θεραπείας λόγω δυσκολιών, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών και γλωσσικών φραγμών, των διοικητικών προβλημάτων και της έλλειψης γνώσεων και κατανόησης των δικαιωμάτων τους (Kotsiou et al., 2018).

Επιπλέον, σχεδόν το 40% των ασθενειών των προσφύγων προκύπτουν κατά τη διαμετακόμιση τους (Moris & Kousoulis, 2017). Πολλοί μετανάστες αντιμετωπίζουν επαχθείς συνθήκες κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης, όπως η έλλειψη επαρκών προμηθειών και επαρκούς καταφυγίου και υγιεινής, και αυτό αυξάνει τον κίνδυνο απόκτησης μολυσματικών ασθενειών (De Paoli, 2018). Παρουσιάζουν επίσης αφυδάτωση και σωματικούς τραυματισμούς, διατροφικές διαταραχές, διάρροια και φυματίωση, καθώς και ψώρα, μία από τις πιο διαδεδομένες μεταδοτικές ασθένειες (De Paoli, 2018). Υπήρχαν πολλές αναφορές ότι οι πρόσφυγες από τις ανατολικές χώρες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά λοίμωξης με ιό ηπατίτιδας Β

(HBV) (Roussos et al., 2003). Χειροποίητες σημειώσεις από την Health Off Track, ένα φιλανθρωπικό ίδρυμα στο Λέσβο, αποκαλύπτει ότι τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα των προσφύγων κατά την άφιξη σε ένα κέντρο υποδοχής είναι ο πυρετός, η ρίγη, ο πονόλαιμος, η διάρροια και ο θωρακικός ή κοιλιακός πόνος. Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός προσφύγων υποφέρουν από λοιμώξεις, επιθέσεις άσθματος, βρογχολίτιδα ή τραυματισμούς που σχετίζονται με τραύματα (Kousoulis et al., 2016). Ο έλεγχος της υγείας στους πρόσφυγες που έφτασαν στα ελληνικά σύνορα με την Τουρκία έδειξε ότι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος ήταν το πιο κοινό ιατρικό πρόβλημα, διαγνωσμένο με επιπολασμό 23% σε 6899 μετανάστες (Kousoulis et al., 2016). Μια άλλη μελέτη ανίχνευσε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος σε 41% από 33.331 ασθενείς που είχαν πρόσβαση σε σημεία εισόδου στην Ελλάδα και τη Σερβία (Eonopoulou et al., 2017). Επιπλέον, αναφέρονται συχνά τα θέματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νεαρές μητέρες είχαν πολύ άγχος για να θηλάσουν τα νεογέννητα τους. Όσον αφορά τη χρόνια ασθένεια, η συχνότερη κατάσταση είναι η υπέρταση, ακολουθούμενη από αρθρίτιδα, διαβήτη, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και καρδιαγγειακές παθήσεις (Moris & Kousoulis, 2017).

Είναι επίσης γνωστό ότι η κάλυψη της ανοσοποίησης είναι χαμηλότερη στους μετανάστες από ό, τι στους φυσικούς πληθυσμούς (Williams et al., 2016). Αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό προκαλούν φλεγμονές σε κέντρα υποδοχής και συγκράτησης (Jones et al., 2016; Haas et al., 2014). Οι εστίες είναι γενικά πιο σοβαρές σε στρατόπεδα προσφύγων (Giambi et al., 2018). Η ανταλλαγή κοιτώνων, η έλλειψη προσβάσιμων εγκαταστάσεων τουαλέτας, οι κακές συνθήκες υγιεινής, η υποσιτισμένη και η περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη αναφέρθηκαν ως παράγοντες που συμβάλλουν στην αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες (Williams et al., 2016). Τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι είναι αναμφισβήτητα ιδιαίτερα ευάλωτοι. Επιπλέον, ο υπερπληθυσμός σε κέντρα συγκράτησης/κράτησης ή στρατόπεδα προσφύγων μπορεί να συμβάλει στην ταχεία εξάπλωση των μεταδοτικών ασθενειών, όπως η γρίπη, η φυματίωση, η ιλαρά και η μηνιγγοκοκκική νόσος (Williams et al., 2016). Προβλέπεται ότι τα ποσοστά επιπλοκών για τη γρίπη σε αυτή την κατάσταση θα είναι διπλάσια από αυτά του γενικού πληθυσμού (Jones et al., 2016; Haas et al., 2014)..

Η κοινή δήλωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 2015 (WHO)/UNHCR/Ηνωμένων Εθνών για τα Ηνωμένα Έθνη (UNICEF) υποστήριξε ότι οι πρόσφυγες θα πρέπει να ανοσοποιηθούν αμέσως σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα ανοσοποίησης της χώρας στην οποία σκοπεύουν να παραμείνουν για περισσότερο από μία εβδομάδα. Οι εμβολιασμοί της ιλαράς και της πολιομυελίτιδας απονεμήθηκαν γενικά με υψηλότερη προτεραιότητα (World Health Organisation, 2015). Την ίδια χρονιά, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου των Νοσημάτων (ECDC) υπογράμμισε ότι η αξιολόγηση του καθεστώτος εμβολιασμού θα πρέπει να θεωρείται θεμελιώδες μέρος της γενικής αξιολόγησης της υγείας που προσφέρεται στους αιτούντες άσυλο κατά την άφιξη (European Centre for Disease Prevention and Control, 2015). Μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχαν προγράμματα προβολής για τους αιτούντες άσυλο που έφτασαν στην Ελλάδα. Ο ιατρικός έλεγχος προσφέρθηκε μόνο στους αιτούντες άσυλο που υπέβαλαν αίτηση για άδεια εργασίας. Μέχρι τα τέλη της άνοιξης και το καλοκαίρι του 2016, μια εκστρατεία μαζικού εμβολιασμού διοργανώθηκε τελικά από την Médecins Sans Frontières (MSF) σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας (Kakalou et al., 2018). Η Ελλάδα προσφέρει τώρα συγκεκριμένους εμβολιασμούς σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για την ανοσοποίηση, συμπεριλαμβανομένων εκείνων κατά της διφθερίτιδας/τετάνου, της πολιομυελίτιδας και της ιλαράς/παρωτίτιδας/ερυθράς. Οι υπηρεσίες εμβολιασμού παρέχονται σε κέντρα συγκράτησης και/ή κοινοτικές υπηρεσίες υγείας. Η Ελλάδα δεν παρέχει εμβολιασμούς στους τόπους υποδοχής (Meinel et al., 2016).

5.1.2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ

Αντανακλώντας την ελληνική εμπειρία που παρουσιάστηκε παραπάνω έχουν παρουσιαστεί ευρύτερες επιπτώσεις στην κατανόηση και την ανταπόκριση στις προκλήσεις που το προσφυγικό ζήτημα θέτει στην ψυχική υγεία. Οι οικονομικές και μεταναστευτικές κρίσεις εκθέτουν τα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειές τους σε πολλαπλές πηγές κοινών και διακριτικών διαρκών στρεσογόνων παραγόντων. Πράγματι, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι οικονομικές κρίσεις και η μετανάστευση αλληλεπιδρούν με συνεργατικό τρόπο. Σε ισπανική έρευνα που αξιολογεί τις επιπτώσεις της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία,

οι ψυχικές διαταραχές ήταν υψηλότερες κατά 33% σε πληθυσμούς μεταναστών (Bartoll et al., 2014).

Από τη μία πλευρά, στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, παράγοντες όπως η αποσύνθεση των ιδρυμάτων, η ανασφάλεια εργασίας, η ανεργία, η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων, της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού (ειδικά για τις ευάλωτες ομάδες στην κοινωνία), η αδυναμία ελέγχου της ζωής και η αβεβαιότητα του ατόμου για το μέλλον έχει οδηγήσει την πλειοψηφία των Ελλήνων, τόσο σε προσωπικό και ένα κοινωνικό επίπεδο, σε καταστάσεις που προκαλούν βαθιά ψυχολογική καταπόνηση και αγωνία (Moris & Kousoulis, 2017). Η συνεχής απογοήτευση, η έλλειψη ορίων, η σύγχυση των ρόλων, οι σοβαρές συγκρούσεις και η διαφωνία στην οικογενειακή ζωή υπονομεύει τον ενεργοποιητικό/υποστηρικτικό ρόλο του οικογενειακού πλαισίου. Εξίσου σοβαρός είναι και ο αντίκτυπος της κρίσης στα σχολεία, τα οποία υπονομεύονται συνεχώς και υποτιμούνται, τόσο σε επίπεδο υλικού, με την έλλειψη της απαραίτητης χρηματοδότησης και τις συνέπειές της στη σχολική λειτουργία, και μέσα από την φαύλη απογοήτευση των εκπαιδευτικών (Papadimos et al., 2020). Από την άλλη πλευρά, στο πλαίσιο της μεταναστευτικής κρίσης, χιλιάδες των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών των μεταναστών, οι οποίοι είναι ως επί το πλείστον τραυματισμένοι πρόσφυγες που εγκαταλείπουν την χώρα τους λόγω πολέμου ή διώξεων και φτάνουν στην Ελλάδα, ζουν μια σειρά μεγάλων απειλών. Στη διασταύρωση αυτών των δύο κρίσεων, οι κίνδυνοι είναι αυξημένοι και οι προστατευτικοί παράγοντες μειώνονται (Christodoulou & Abou-Saleh, 2016) .

Στο πλαίσιο μιας σχεδόν καταστροφικής υγειονομικής περίθαλψης και συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, οι πόροι είναι περιορισμένοι. Η ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά, Δεδομένου ότι έχει η ψυχοπαθολογία των παιδιών και των εφήβων αυξήθηκε ως αποτέλεσμα της κρίσης στην οικογένεια στο σύνολό της και τα οικονομικά της οικογένειας δεν επιτρέπουν τη συνέχιση του θεραπεία στον ιδιωτικό τομέα (Moris & Kousoulis, 2017). Η εισροή των μεταναστών φέρνει νέες ανάγκες, οι οποίες απαιτούν την αντιμετώπιση ήδη βαριά επιβαρυνμένες υπηρεσίες, ειδικά σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Gunst et al., 2019). Οι οικονομικοί περιορισμοί, η έλλειψη προσωπικού, οι οργανωτικές δυσλειτουργίες και οι πολιτιστικοί περιορισμοί επηρεάζουν την παροχή, και την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τόσο για τους ντόπιους όσο

και για τους μετανάστες (Kotsiou et al., 2018). Επίσης, οι αρνητικές στάσεις και η δυσπιστία προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και από τους ντόπιους και από τους μετανάστες μπορεί να αντανακλούν σε κάποιο βαθμό τις εμπειρίες τους να στερηθούν, να τιμωρηθούν ή να αποκλειστούν λόγω κρατικών πολιτικών. Η αμφιθυμία του ιθαγενούς πληθυσμού για τους μετανάστες μπορεί να μετατραπεί σε αρνητικά φυλετικά στερεότυπα με οικονομική υποτίμηση αν οι αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την υπερβολική χρήση του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας συνδέεται με τους μετανάστες (Alvarez & Brehm, 1997; Gilens, 1996).

Επιπλέον, υπάρχει κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοολισμός μεταξύ των προσφύγων που μπορούν στη συνέχεια να προκαλέσουν επιθετική συμπεριφορά και έκθεση στη βία (Arsenijevic et al., 2017). Οι Ben Farhat et al. (2019) ανέφεραν ότι μεταξύ 31% και 78% των προσφύγων ανέφεραν ότι είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα περιστατικό σεξουαλικής ή σωματικής βίας στη Συρία, το 25-58% κατά τη διάρκεια του ταξιδιού στην Ελλάδα και 5-8% στα ελληνικά κέντρα κράτησης. Περισσότεροι από τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων ηλικίας άνω των 15 ετών διαγνώστηκαν με διαταραχή άγχους και απαιτούσαν παραπομπή για αξιολόγηση ψυχικής υγείας. Ωστόσο, μόνο τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων δέχτηκαν μια παραπομπή.

Η σημασία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας υποτιμάται σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση (Arsenijevic et al., 2017). Όπως και στην Ελλάδα, η ψυχική υγεία των προσφύγων λαμβάνει ελάχιστη προσοχή. Οι λόγοι για αυτό περιλαμβάνουν τα κακά οικονομικά και την αποτυχία να καθοριστούν προτεραιότητες. Ο έλεγχος για την ψυχοπαθολογία είναι αναμφισβήτητα ένα παραμελημένο ζήτημα (Kotsiou et al., 2018). Οι περισσότεροι πρόσφυγες ισχυρίζονται ότι είχαν ελάχιστη ή καθόλου πρόσβαση σε πληροφορίες και βοήθεια σε σχέση με τις διαδικασίες ασύλου και την υποστήριξη ψυχικής υγείας. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, καθώς η αβεβαιότητα της κοινωνικής, οικονομικής και ιατρικής τους κατάστασης επιδεινώνει το άγχος τους. Κατά συνέπεια, πολλοί πρόσφυγες δεν θέλουν να παραμείνουν στην Ελλάδα και επιθυμούν να συνεχίσουν να μεταναστεύουν στη Δυτική Ευρώπη (Kotsiou et al., 2018)

5.2. Η ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Ελλάδα είναι μια χώρα που έχει υπογράψει για τα κύρια ανθρώπινα δικαιώματα και τα νόμιμα πλαίσια που αφορούν τους πρόσφυγες και, σύμφωνα με τον κανονισμό του Δουβλίνου, είναι υπεύθυνη για την παροχή των αναγκών των αιτούντων άσυλο που υποβάλλουν αίτηση στην Ελλάδα. Το 2016, η πλειονότητα των προσφύγων που έφτασαν στην Ελλάδα ήταν από τη Συρία (47%) ακολουθούμενη από το Αφγανιστάν (24%) και το Ιράκ (15%) με μικρότερα ποσοστά από το Πακιστάν και το Ιράν. Οι προτεραιότητες της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να γίνουν κατανοητές στο πλαίσιο κάθε μεμονωμένου ταξιδιού, συνήθως επικεντρωμένες στην αναδυόμενη και οξεία φροντίδα στις ημέρες και εβδομάδες μετά την άφιξη στην Ελλάδα, ενώ η επικέντρωση σε προβλήματα ψυχικής υγείας και χρόνιες παθήσεις πραγματοποιείται σε μεταγενέστερους μήνες και έτη. Προκειμένου να διαμετακομίσουν μέσω της Ελλάδας και να συνεχίσουν το ταξίδι τους, οι πρόσφυγες χρειάζεται να περπατάνε για ώρες σε κρύες, υγρές συνθήκες και να κοιμούνται σε δρόμους. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια αυτών των χρόνων ήταν αραιά (Kakalou et al., 2018). Μετά το κλείσιμο των συνόρων της περιοχής τον Μάρτιο του 2016, οι πρόσφυγες σε άτυπα στρατόπεδα θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες κλινικές υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από το ελληνικό κράτος. Οι παραπομπές για δευτεροβάθμια φροντίδα έγιναν στο ελληνικό σύστημα υγείας είτε επειδή η περίθαλψη ήταν επείγουσα ήταν επειδή ήταν δαπανηρή και κανονικά θα έπρεπε να καλυφθεί από τους ίδιους τους πρόσφυγες (Puchner et al., 2018).

Αυτή η κατάσταση άλλαξε τον Μάιο του 2016, όταν αυτά τα άτυπα στρατόπεδα εκδιώχθηκαν βίαια και οι πρόσφυγες προστατεύονταν σε επίσημα στρατόπεδα προσφύγων σε όλη την Ελλάδα. Αυτά έλαβαν πολλές μορφές αλλά ήταν συχνά μακριά από τα κύρια αστικά κέντρα με κακές μεταφορές. Κάθε στρατόπεδο προοριζόταν να αποδίδεται σε περίπου 600 πρόσφυγες, αλλά συχνά σε αυτά προστατεύονταν περισσότεροι (Kakalou et al., 2018). Οι δευτερεύουσες παραπομπές φροντίδας έγιναν στο ελληνικό σύστημα υγείας, όπου ήταν απαραίτητο, ωστόσο συχνά υπέβαλαν υψηλό κόστος είτε για την ΜΚΟ ή για μεμονωμένους ασθενείς, ως κόστος μεταφοράς, φάρμακα και δυνητική επακόλουθης ειδικής φροντίδας. Με την μεταφορά τους στο νοσοκομείο, οι πρόσφυγες θα αντιμετώπιζαν ένα ακόμη βασικό

περιορισμό, που δεν είναι άλλος από την γλώσσα. Για λόγους κακής επικοινωνίας, οι πρόσφυγες θα μπορούσαν να χάσουν ραντεβού ή δεν είναι δυνατή η αποτελεσματική επικοινωνία με τους παρόχους περίθαλψης. Μερικές ΜΚΟ προσπάθησαν να παράσχουν μια υπηρεσία πολιτιστικού μεσολαβητή στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας, ωστόσο, αυτό δεν ήταν πάντα αποτελεσματικό ή επαρκές. Το πρόγραμμα Philos προσπάθησε να το αντιμετωπίσει ωστόσο, συχνά δεν ήταν σε θέση να στρατολογηθούν και να διατηρηθούν επαρκείς μεσολαβητές και μεταφραστές (Davies & Isakjee, 2019).

Μερικοί πρόσφυγες διαπίστωσαν την εστίαση στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη μάλλον από την άμεση πρόσβαση σε απογοητευτικές εξειδικευμένες δευτερεύουσες διαβουλεύσεις. Αυτό επιδεινώθηκε από την περιορισμένη ικανότητα επικοινωνίας με παρόχους υγείας και κατανόησης του συστήματος. Αυτές οι απογοητεύσεις αντικατοπτρίζουν συχνά τη διαφορά στις προσδοκίες του συστήματος υγείας μεταξύ της χώρας προέλευσης και της χώρας διαμονής. Για παράδειγμα, το σύστημα υγείας της Συρίας πριν από τη σύγκρουση συνίστατο σε ένα μείγμα των δημόσιων και ιδιωτικών διατάξεων υγειονομικής περίθαλψης με μεγάλη εξάρτηση από άμεσες εξειδικευμένες διαβουλεύσεις (Kotsiou et al., 2018). Αυτό οδήγησε σε σύγχυση και εξέταση ιδιαίτερα μεταξύ των προσφύγων από τη Συρία. Παρόμοια ζητήματα υπήρχαν και στα στρατόπεδα στα νησιά όπου η υγειονομική περίθαλψη υπό την ηγεσία των ΜΚΟ ήταν συχνά ανεπαρκής ως προς τον εξοπλισμό και το προσωπικό.

Μέχρι το τέλος Ιανουαρίου του 2019, εκτιμάται ότι έχουν δημιουργηθεί 26.452 θέσεις διαμονής για πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο σε αστικά περιβάλλοντα, κυρίως μέσω του προγράμματος Estia (Kotsiou et al., 2018). Από τον Δεκέμβριο του 2018, υπάρχουν 71.200 πρόσφυγες στην Ελλάδα (56.600 στην ηπειρωτική χώρα και 14.600 στα νησιά) που σημαίνει ότι η πλειονότητα των προσφύγων παραμένουν σε στρατόπεδα (Kotsiou et al., 2018). Η υγειονομική περίθαλψη για τους πληθυσμούς διαφέρει με την ενσωμάτωση στο ελληνικό σύστημα υγείας και είναι πιο πιθανή για όσους είναι στα αστικά κέντρα. Το πρόγραμμα Philos που στοχεύει στην ενίσχυση του ελληνικού συστήματος υγείας για την υποστήριξη τόσο των προσφύγων όσο και των πληθυσμών υποδοχής έχει συναντήσει μερική επιτυχία λόγω των προκλήσεων στην πρόσληψη και τον προγραμματισμό. Αυτό έχει επιδεινωθεί από την

συνεχιζόμενη οικονομική κρίση της Ελλάδας η οποία οδήγησε σε αγώνες ώστε να παρέχεται υγειονομική περίθαλψη για τον τοπικό πληθυσμό.

Η ενσωμάτωση της υγειονομικής περίθαλψης για τους πρόσφυγες στην Ελλάδα περιπλέκεται περαιτέρω από τη διακύμανση της δομής του συστήματος υγείας μεταξύ των χωρών προέλευσης, προορισμού (Ελλάδα) και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (συχνά από την Ευρώπη ή/και τις ΗΠΑ). Η έννοια της γενικής πρακτικής ή η οικογενειακή ιατρική ως ακρογωνιαίος λίθος της κοινοτικής φροντίδας ήταν κοινά σε προτάσεις και προγράμματα για την παροχή φροντίδας στην αρχή της εισροής προσφύγων στην Ελλάδα και συνεχίζει να είναι προτεραιότητα στα μοντέλα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Kakalou et al., 2018). Ωστόσο, εκτός από το πλαίσιο των προσφύγων στην Ελλάδα, η πρωτοβάθμια φροντίδα συχνά ιδιωτικοποιείται ή/και το νοσοκομείο και είναι πολύ ξεχωριστό από το γενικό μοντέλο πρακτικής σε άλλες χώρες της Ευρώπης, αν και οι νέες πολιτικές της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ξεκινούν σε συνεργασία με τον ΠΟΥ. Ως αποτέλεσμα, η μετάβαση από τις ΜΚΟ σε κυβερνητικές υπηρεσίες έχει πολιτικές, πολιτιστικές, οικονομικές και υλικοτεχνικές συνέπειες που επηρεάζουν τόσο τους πληθυσμούς του ξενιστή όσο και των προσφύγων. Η μετάβαση από την ΜΚΟ σε κυβερνητικές υπηρεσίες υγείας έχει ολοκληρωθεί σε ορισμένες περιοχές και δεν έχει ακόμη αρχίσει σε άλλες (Davies & Isakjee, 2019).

Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας τόσο για τους πληθυσμούς υποδοχής όσο και για τους πρόσφυγες αποσκοπεί στη βελτίωση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας για όλους καθώς επιτρέπει στο προσωπικό να κινητοποιηθεί αποτελεσματικότερα και για τους δύο πληθυσμούς, με αποτέλεσμα μειωμένες εντάσεις και ανταγωνισμό μεταξύ του ξενιστή και των πληθυσμών των προσφύγων (Davies & Isakjee, 2019). Ένας από τους κύριους στόχους του προγράμματος Philos ήταν να αυξηθεί το προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης των προσφύγων, συμπεριλαμβανομένων των μεταφραστών σε δημόσια νοσοκομεία, της αυξημένης επιδημιολογικής παρακολούθησης και παροχής εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα υπόλοιπα στρατόπεδα προσφύγων (Kotsiou et al., 2018). Αυτό αποσκοπούσε στο γεγονός ότι όλη η παροχή υγειονομικής περίθαλψης για πρόσφυγες τόσο σε στρατόπεδα όσο και σε αστικά κέντρα θα καθοδηγούνται από την κυβέρνηση μέσω του ΚΕΕΛΠΝΟ. Ωστόσο, το πρόγραμμα έχει αμφισβητηθεί από δυσκολίες στην πρόσληψη επαρκούς

εξειδικευμένου προσωπικού, ιδίως στα νησιά όπου οι πρόσφυγες συνεχίζουν να φθάνουν με αποτέλεσμα την έλλειψη προσωπικού. Τέλος, η έλλειψη προσωπικού και υπηρεσιών έχει επηρεάσει τον έλεγχο της υγείας για μεταδοτικές ασθένειες, ψυχική υγειονομική περίθαλψη και φροντίδα για πρόσφυγες με συγκεκριμένες ευπάθειες όπως η σεξουαλική βία και η βία με βάση το φύλο (SGBV) και τα θύματα βασανιστηρίων (Kotsiou et al., 2018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ταχεία και μεγάλη εισροή προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα η οποία κλιμακώθηκε το 2015 έθεσε σημαντικές προκλήσεις στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ ανέδειξε τις άμεσες και πιο μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας στις χώρες υποδοχής μεταναστών και προσφύγων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι κινήσεις του πληθυσμού θα συνεχίσουν να εμφανίζονται, ειδικά ως αποτέλεσμα των παρατεταμένων καταστάσεων σύγκρουσης και βίας και της ανάγκης για οικονομικά αποδοτική, κατάλληλη παροχή τόσο πρωτογενών όσο και δευτερευουσών υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη αυτών των αναγκών.

Επιπροσθέτως, η επέκταση της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης τόσο για τους πρόσφυγες όσο και για τους τοπικούς πληθυσμούς θα μπορούσε να ενισχύσει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας, υποστηρίζοντας την καθολική κάλυψη της υγείας. Το Global Compact για τη μετανάστευση επικυρώθηκε το 2018 και είναι να σχηματίσει μια γενική, διεθνή συμφωνία για την αντιμετώπιση της ασφαλούς, κανονικής και τακτικής μετανάστευσης που ωφελεί τους πρόσφυγες και τους μετανάστες καθώς και τις κοινότητες υποδοχής. Αυτό θα μπορούσε να έχει σημαντικές συνέπειες για τη μετανάστευση στην Ευρώπη. Ωστόσο, η σπάνια αναφορά της υγείας χάνει την ευκαιρία να ενισχύσει την έννοια της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα ως κατοχυρωμένο στη διεθνή νόμο. Η εμπειρία στην Ελλάδα έχει αποδείξει την ανάγκη ετοιμότητας, ανταπόκρισης και ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας της Ευρώπης που ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε μεγάλες μεταφορές μεταναστών και προσφύγων, όπως συνέβη στην Ελλάδα. Έτσι, ο βελτιωμένος συντονισμός μεταξύ εθνικών πρακτορείων όπως το ΚΕΕΛΠΝΟ και των διεθνών οργανισμών, ο εξορθολογισμός των υπηρεσιών υγείας, η παροχή υπηρεσίας πολιτιστικής διαμεσολάβησης είναι μερικές από τις πιθανές λύσεις για μελλοντικές απαντήσεις σε παρόμοιες καταστάσεις.

Σε επόμενες έρευνες θα ήταν ιδιαίτερος ενδιαφέρουσα η διενέργεια μιας ποσοτικής αλλά και μιας ποιοτικής έρευνες, ώστε να επιτευχθεί η τριγωνοποίηση της έρευνας σε μετανάστες και πρόσφυγες, αλλά και σε εργαζομένους σε κέντρα μεταναστών, ώστε να εξαχθούν περισσότερο γενικευμένα και ουσιώδη συμπεράσματα αναφορικά με την επίδραση του προσφυγικού ζητήματος στην δημόσια υγεία στην Ελλάδα, αλλά και σε όλους τους ενδιαφερόμενους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Adams, O., Shengelia, B., Stilwell, B., Larizgoitia, I., Issakov, A., Kwankam, S. Y., & Jam, F. S. T. (2003). Provision of personal and non-personal health services: Proposal for monitoring. *Murray CJL, Evans DB. Health systems performance assessment: Debates, Methods and Empiricism. Ginebra: Organización Mundial de la Salud*, 235-249.

Adams, S. J. (2002). Educational attainment and health: Evidence from a sample of older adults. *Education Economics*, 10(1), 97-109.

Alix-Garcia, J., & Saah, D. (2010). The effect of refugee inflows on host communities: Evidence from Tanzania. *The World Bank Economic Review*, 24(1), 148-170.

Allender, S., & Rayner, M. (2007). The burden of overweight and obesity-related ill health in the UK. *Obesity reviews*, 8(5), 467-473.

Alshoubaki, W. E., & Harris, M. (2018). The impact of Syrian refugees on Jordan: A framework for analysis. *Journal of International Studies*, 11(2).

Alvarez, R. M., & Brehm, J. (1997). Are Americans ambivalent towards racial policies?. *American journal of political science*, 345-374.

Arboleda, E. (1991). Refugee definition in Africa and Latin America: The lessons of pragmatism. *International Journal of Refugee Law*, 3(2), 185-207.

Arsenijević, J., Schillberg, E., Ponthieu, A., Malvisi, L., Ahmed, W. A. E., Argenziano, S., ... & Zachariah, R. (2017). A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Conflict and health*, 11(1), 1-9.

Asandului, L., Roman, M., & Fatulescu, P. (2014). The efficiency of healthcare systems in Europe: A data envelopment analysis approach. *Procedia Economics and Finance*, 10, 261-268.

Atoyan, M. R. V., Christiansen, L. E., Dizioli, A., Ebeke, M. C. H., Ilahi, M. N., Ilyina, M. A., ... & Zakharova, M. D. V. (2016). Emigration and its economic impact on Eastern Europe. *International Monetary Fund*.

Aubry, A., Burzyński, M., & Docquier, F. (2016). The welfare impact of global migration in OECD countries. *Journal of International Economics*, 101, 1-21.

Bade K. J. (2002). *L'Europe en Mouvement—La Migration de la fin du XVIIIe Siècle à nos Jours*. Paris: Seuil.

Balarajan, Y., Selvaraj, S., & Subramanian, S. V. (2011). Health care and equity in India. *The Lancet*, 377(9764), 505-515.

Bethell, C., Peck, C., & Schor, E. (2001). Assessing health system provision of well-child care: The Promoting Healthy Development Survey. *Pediatrics*, 107(5), 1084-1094.

Bezin, J., Duong, M., Lassalle, R., Droz, C., Pariente, A., Blin, P., & Moore, N. (2017). The national healthcare system claims databases in France, SNIIRAM and EGB: powerful tools for pharmacoepidemiology. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 26(8), 954-962.

Blouin, C., Berganza, I., & Freier, L. (2020). The spirit of Cartagena? Applying the extended refugee definition to Venezuelans in Latin America. *Forced Migration Review*, (63).

Blumenthal, D. (2011). Wiring the health system—origins and provisions of a new federal program. *New England Journal of Medicine*, 365(24), 2323-2329.

Boubtane, E., & Dumont, J. C. (2013). *Immigration and economic growth in the OECD countries 1986-2006: A panel data analysis*. Centre d'économie de la Sorbonne.

Brändle, V. K., Eisele, O., & Trenz, H. J. (2019). Contesting European solidarity during the “refugee crisis”: A comparative investigation of media claims in Denmark, Germany, Greece and Italy. *Mass Communication and Society*, 22(6), 708-732.

Braun, A., Fakhri, F., & Hochschild, V. (2019). Refugee camp monitoring and environmental change assessment of Kutupalong, Bangladesh, based on radar imagery of Sentinel-1 and ALOS-2. *Remote Sensing*, 11(17), 2047.

Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 5-8.

- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.
- Cabot, H. (2019). The European refugee crisis and humanitarian citizenship in Greece. *Ethnos*, 84(5), 747-771.
- Chang, I. C., Liu, C. C., & Chen, K. (2014). The push, pull and mooring effects in virtual migration for social networking sites. *Information Systems Journal*, 24(4), 323-346.
- Chevreur, K., Brigham, B., Durand-Zaleski, I., & Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health system review. *Health systems in transition*, (17/3).
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., Mladovsky, P., & World Health Organization. (2010). France: Health system review.
- Chiripuci, B. C., Constantin, M., Popescu, M. F., & Scriciu, A. (2020). The socio-economic impact of migration on the labor market in the romanian danube region. *Sustainability*, 12(20), 8654.
- Christodoulou, G. N., & Abou-Saleh, M. T. (2016). Greece and the refugee crisis: Mental health context. *BJPsych international*, 13(4), 89-91.
- Chtouris, S., & Miller, D. S. (2017). Refugee flows and volunteers in the current humanitarian crisis in Greece. *Journal of Applied Security Research*, 12(1), 61-77.
- Chuah, F. L. H., Tan, S. T., Yeo, J., & Legido-Quigley, H. (2019). Health system responses to the health needs of refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1584.
- Cooper, G., Blumell, L., & Bunce, M. (2021). Beyond the 'refugee crisis': How the UK news media represent asylum seekers across national boundaries. *International Communication Gazette*, 83(3), 195-216.
- Crawley, H., & Skleparis, D. (2018). Refugees, migrants, neither, both: Categorical fetishism and the politics of bounding in Europe's 'migration crisis'. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(1), 48-64.

- Damette, O., & Fromentin, V. (2013). Migration and labour markets in OECD countries: a panel cointegration approach. *Applied Economics*, 45(16), 2295-2304.
- Davies, T., & Isakjee, A. (2019). Ruins of Empire: Refugees, race and the postcolonial geographies of European migrant camps. *Geoforum*, 102, 214-217.
- De Paoli, L. (2018). Access to health services for the refugee community in Greece: Lessons learned. *Public Health*, 157, 104–106.
- Delhey, J., & Newton, K. (2005). Predicting cross-national levels of social trust: Global pattern or nordic exceptionalism? *European Sociological Review*, 21(4), 311–327.
- Den Exter, A., Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R., van Ginneken, E., Schreyögg, J., ... & World Health Organization. (2004). Health care systems in transition: Netherlands.
- Dev, S. V. (2002). *The reluctant host: the socio-cultural impact of refugees on developing communities*. *Mots Pluriers*, 21.
- Dhesi, S., Isakjee, A., & Davies, T. (2018). Public health in the Calais refugee camp: environment, health and exclusion. *Critical Public Health*, 28(2), 140-152.
- Dick, S. (2002). *Responding to protracted refugee situations: A case study of Liberian refugees in Ghana*. UNHCR-Evaluation and Policy Analysis Unit. EPAU/2002/06, Geneva. Διαθέσιμο στο: <http://www.unhcr.ch> (Ημερομηνία ανάκτησης: 03/01/2023).
- Dufty-Jones, R. (2014). Rural economies in the ‘age of migration’: perspectives from OECD countries. *Geography Compass*, 8(6), 368-380.
- Duleep, H. R. (2017). Family-friendly and human-capital-based immigration policy. IZA World of Labor.
- Dustmann, C., Frattini, T., & Glitz, A. (2007). The impact of migration: a review of the economic evidence. Centre for Research and Analysis of Migration (CReAM), Department of Economics, University College London, and EPolicy LTD, November, 1-113.

Eonomopoulou, A., Pavli, A., Stasinopoulou, P., Giannopoulos, L. A., & Tsiodras, S. (2017). Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek–Turkish borders. *Journal of infection and public health*, 10(2), 177-184.

European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Technical Document: Infectious Diseases of Specific Relevance to Newly-Arrived Migrants in the EU/EEA. Stockholm. 2015. Διαθέσιμο

στο: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/Infectious-diseases-of-specific-relevance-to-newly-arrived-migrants-in-EU-EEA.pdf>

(Ημερομηνία ανάκτησης: 30/1/2023).

Fajth, V., Bilgili, Ö., Loschmann, C., & Siegel, M. (2019). How do refugees affect social life in host communities? The case of Congolese refugees in Rwanda. *Comparative Migration Studies*, 7(1), 1-21.

Fan, Q., & Davlasheridze, M. (2019). Economic impacts of migration and brain drain after major catastrophe: The case of Hurricane Katrina. *Climate Change Economics*, 10(01), 1950004.

Fortin, A. (2000). The meaning of ‘Protection’ in the Refugee Definition. *International Journal of Refugee Law*, 12(4), 548-576.

Gesthuizen, M., van der Meer, T., & Scheepers, P. (2009). Ethnic diversity and social capital in Europe: Tests of Putnam’s thesis in European countries. *Scandinavian Political Studies*, 32(2), 121–142.

Giambi, C., Del Manso, M., Dalla Zuanna, T., Riccardo, F., Bella, A., Caporali, M. G., ... & Survey, N. I. (2019). National immunization strategies targeting migrants in six European countries. *Vaccine*, 37(32), 4610-4617.

Gilens, M. (1996). “Race coding” and white opposition to welfare. *American Political Science Review*, 90(3), 593-604.

Goldschmidt, T. (2017). *Immigration, social cohesion, and the welfare state studies on ethnic diversity in Germany and Sweden*. Stockholm: Stockholm University.

Gunst, M., Jarman, K., Yarwood, V., Rokadiya, S., Capsaskis, L., Orcutt, M., & Abbara, A. (2019). Healthcare access for refugees in Greece: Challenges and opportunities. *Health Policy*, 123(9), 818-824.

Haas, E. J., Dukhan, L., Goldstein, L., Lyandres, M., & Gdalevich, M. (2014). Use of vaccination in a large outbreak of primary varicella in a detention setting for African immigrants. *International Health*, 6(3), 203-207.

Hatton, T., & Moloney, J. (2015). Applications for asylum in the developed world: Modelling asylum claims by origin and destination. *A Long Way to Go*, 227.

Heidenreich, T., Lind, F., Eberl, J. M., & Boomgaarden, H. G. (2019). Media framing dynamics of the 'European refugee crisis': A comparative topic modelling approach. *Journal of Refugee Studies*, 32(Special_Issue_1), i172-i182.

Hussein, H., Natta, A., Yehya, A. A. K., & Hamadna, B. (2020). Syrian refugees, water scarcity, and dynamic policies: how do the new refugee discourses impact water governance debates in Lebanon and Jordan?. *Water*, 12(2), 325.

Jacobsen, K. (1997). Refugees' environmental impact: the effect of patterns of settlement. *Journal of Refugee Studies*, 10(1), 19-36.

Jacobsen, K. (2005). *The economic life of refugees*. Kumarian Press.

Jauer, J., Liebig, T., Martin, J. P., & Puhani, P. A. (2014). Migration as an adjustment mechanism in the crisis? *A comparison of Europe and the United States*.

Jean, S., Causa, O., Jiménez, M., & Wanner, I. (2011). Migration and labour market outcomes in OECD countries. *OECD Journal: Economic Studies*, 2010(1), 1-34.

Jones, G., Haeghebaert, S., Merlin, B., Antona, D., Simon, N., Elmouden, M., ... & Chaud, P. (2016). Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016. *Eurosurveillance*, 21(11), 30167.

Joseph, L., Ismail, S. A., Gunst, M., Jarman, K., Prior, D., Harris, M., & Abbara, A. (2020). A qualitative research study which explores humanitarian stakeholders' views on healthcare access for refugees in Greece. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 6972.

Kainth, G. S. (2010). Push and pull factors of migration: a case study of brick kiln migrant workers in Punjab.

Kakalou, E., Riza, E., Chalikias, M., Voudouri, N., Vetsika, A., Tsiamis, C., ... & Pikoulis, E. (2018). Demographic and clinical characteristics of refugees seeking primary healthcare services in Greece in the period 2015–2016: a descriptive study. *International health*, 10(6), 421-429.

Kalogeraki, S. (2019). Opposition to Syrian refugees and immigrants during the refugee crisis in Greece. *Journal of Modern Greek Studies*, 37(2), 361-395.

Kalogeraki, S. (2022). Attitudes towards Syrian refugees during the ‘refugee crisis’ in Greece. In *Challenging Mobilities in and to the EU during Times of Crises: The Case of Greece* (pp. 91-111). Cham: Springer International Publishing.

Kang, Y. D. (2021). Refugee crisis in Europe: determinants of asylum seeking in European countries from 2008–2014. *Journal of European Integration*, 43(1), 33-48.

Kangasniemi, M., Mas, M., Robinson, C., & Serrano, L. (2012). The economic impact of migration: productivity analysis for Spain and the UK. *Journal of Productivity Analysis*, 38, 333-343.

Kesler, C., & Bloemraad, I. (2010). Does immigration erode social capital? The conditional effects of immigration-generated diversity on trust, membership, and participation across 19 countries, 1981–2000. *Canadian Journal of Political Science*, 43(2), 319–347.

Kibreab, G. (1997). Environmental causes and impact of refugee movements: a critique of the current debate. *Disasters*, 21(1), 20-38.

Kotsiou, O. S., Kotsios, P., Srivastava, D. S., Kotsios, V., Gourgoulianis, K. I., & Exadaktylos, A. K. (2018). Impact of the refugee crisis on the Greek healthcare system: a long road to Ithaca. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1790.

Kousoulis, A. A., Ioakeim-Ioannidou, M., & Economopoulos, K. P. (2017). Refugee crisis in Greece: not a one-country job. *International journal of public health*, 62(1), 1-2.

Kousoulis, A. A., Ioakeim-Ioannidou, M., & Economopoulos, K. P. (2016). Access to health for refugees in Greece: lessons in inequalities. *International journal for equity in health*, 15, 1-3.

Krishnakumar, P., & Indumathi, T. (2014). Pull And Push Factors Of Migration. *Global Management Review*, 8(4).

Lacroix, M. (2004). Canadian refugee policy and the social construction of the refugee claimant subjectivity: Understanding refugeeness. *Journal of refugee studies*, 17(2), 147-166.

Laurence, J., Schmid, K., & Hewstone, M. (2019). Ethnic diversity, ethnic threat, and social cohesion: (re)-evaluating the role of perceived out-group threat and prejudice in the relationship between community ethnic diversity and intra-community cohesion. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(3), 395–418.

Liang, Z., & Chunyu, M. D. (2013). Migration within China and from China to the USA: The effects of migration networks, selectivity, and the rural political economy in Fujian Province. *Population Studies*, 67(2), 209-223.

Liebig, T. & Mo J. (2013). *The Fiscal Impact of Immigration in OECD Countries*, International Migration Outlook, OECD Publishing, Paris.

Lister*, M. (2013). Who are refugees?. *Law and philosophy*, 32(5), 645-671.

Liu, M., Saari, R. K., Zhou, G., Li, J., Han, L., & Liu, X. (2021). Recent trends in premature mortality and health disparities attributable to ambient PM_{2.5} exposure in China: 2005–2017. *Environmental Pollution*, 279, 116882.

Liu, Y., Hsiao, W. C., & Eggleston, K. (1999). Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social science & medicine*, 49(10), 1349-1356.

Lmberis, A., & Dittmar, A. (2007). Advanced wearable health systems and applications-research and development efforts in the European union. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 26(3), 29-33.

Loescher, G. (1992). Refugees and the Asylum Dilemma in the West. *Journal of Policy History*, 4(1), 1-7.

Loescher, G. (2021). *Refugees: a very short introduction* (Vol. 673). Oxford University Press.

Lueschen, G., & Van der Zee, J. (2016). Health Systems in the European Union: Diversity, Convergence, and Integration: A Sociological and Comparative Analysis in Belgium, France, Germany, the Netherlands and Spain (Vol. 11). Walter de Gruyter GmbH & Co KG.

Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Selvaraj, S., Cavagnero, E., & Zhao, H. (2016). What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 388(10044), 596-605.

Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E. & World Health Organization. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience.

Marx, E. (1990). The social world of refugees: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 3(3), 189-203.

Mavridis, D. (2015). Ethnic diversity and social capital in Indonesia. *World Development*, 67, 376–395.

Mayda, A. M. (2005). International migration: A panel data analysis of economic and non-economic determinants. Available at SSRN 725441.

Maystadt, J. F., Mueller, V., Van Den Hoek, J., & Van Weezel, S. (2020). Vegetation changes attributable to refugees in Africa coincide with agricultural deforestation. *Environmental Research Letters*, 15(4), 044008.

McCarthy, M. (2014). Health system report ranks UK first, US last. *BMJ*, 348(25), g4080.

Meinel, D. M., Kuehl, R., Zbinden, R., Boskova, V., Garzoni, C., Fadini, D., ... & Egli, A. (2016). Outbreak investigation for toxigenic *Corynebacterium diphtheriae* wound infections in refugees from Northeast Africa and Syria in Switzerland and Germany by whole genome sequencing. *Clinical Microbiology and Infection*, 22(12), 1003-e1.

Michalon, B., & Nedelcu, M. (2010). Introduction: Histoire, constantes et transformations récentes des dynamiques migratoires en Roumanie. *Revue d'Études Comparatives Est-Ouest*, 41(4), 5-27.

Moris, D., & Kousoulis, A. (2017). Refugee crisis in Greece: healthcare and integration as current challenges. *Perspectives in public health*, 137(6), 309-310.

Mossialos, E., Baeten, R., Permanand, G., & Hervey, T. K. (Eds.). (2010). Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. *Cambridge University Press*.

Nathan, M. (2014). The wider economic impacts of high-skilled migrants: a survey of the literature for receiving countries. *IZA Journal of Migration*, 3(1), 1-20.

Niu, F. (2022). A push-pull model for inter-city migration simulation. *Cities*, 131, 104005.

OECD . (2017). *Responding to refugee crises in developing countries: What can we learn from evaluations?* Working Paper. OECD Publishing, Paris.

Papadimos, T., Pappada, S., Lyaker, M., Papadimos, J., & Casabianca, A. (2020). Health Security and the Refugee Crisis in Greece: The Refugee Perspective. In Contemporary Developments and Perspectives in *International Health Security*-Volume 1. Intechopen.

Parkins, N. C. (2010). Push and pull factors of migration. *American Review of Political Economy*, 8(2), 6.

Pedersen, P. J., Pytlikova, M., & Smith, N. (2008). Selection and network effects—Migration flows into OECD countries 1990–2000. *European Economic Review*, 52(7), 1160-1186.

Piguet, E. (2021). The ‘refugee crisis’ in Europe: shortening distances, containment and asymmetry of rights—a tentative interpretation of the 2015–16 events. *Journal of Refugee Studies*, 34(2), 1577-1594.

Putnam, R. D. (2007). E pluribus unum: Diversity and community in the twenty-first century the 2006 Johan Skytte prize lecture. *Scandinavian Political Studies*, 30(2), 137–174.

Quek, D. (2009, April). The Malaysian healthcare system: a review. In *Intensive workshop on health systems in transition* (pp. 29-30).

Rallu, J. L. (2011). Naturalization policies in France and the USA and their impact on migrants' characteristics and strategies. *Population Review*, 50(1).

Rechkemmer, A. (2009). Societal impacts of desertification: migration and environmental refugees?. *Facing Global Environmental Change: Environmental, Human, Energy, Food, Health and Water Security Concepts*, 151-158.

Reibling, N. (2010). Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 5-18.

Risso-Gill, I., Balabanova, D., Majid, F., Ng, K. K., Yusoff, K., Mustapha, F., ... & McKee, M. (2015). Understanding the modifiable health systems barriers to hypertension management in Malaysia: a multi-method health systems appraisal approach. *BMC health services research*, 15(1), 1-15.

Roussos, A., Goritsas, C., Pappas, T., Spanaki, M., Papadaki, P., & Ferti, A. (2003). Prevalence of hepatitis B and C markers among refugees in Athens. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 9(5), 993.

Rozakou, K. (2017). Nonrecording the "European refugee crisis" in Greece: Navigating through irregular bureaucracy. *Focaal*, 2017(77), 36-49.

Saatçioğlu, B. (2020). The European Union's refugee crisis and rising functionalism in EU-Turkey relations. *Turkish Studies*, 21(2), 169-187.

Sajir, Z., & Aouragh, M. (2019). Solidarity, social media, and the "refugee crisis": Engagement beyond affect. *International Journal of Communication*, 13, 28.

Salehyan, I., & Gleditsch, K. S. (2006). Refugees and the spread of civil war. *International organization*, 60(2), 335-366.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., ... & World Health Organization. (2010). The Netherlands: health system review.

Schneiderheinze, C., & Lücke, M. (2020). Socio-economic impacts of refugees on host communities in developing countries. *PEGNet, Poverty Reduction, Equity and Growth Network*.

Sridhar, K. S., Reddy, A. V., & Srinath, P. (2013). Is it push or pull? Recent evidence from migration into Bangalore, India. *Journal of International Migration and Integration*, 14(2), 287-306.

Starfield, B. (2004). Promoting equity in health through research and understanding. *Developing world bioethics*, 4(1), 76-95.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), 457-502.

Steinbock, D. J. (1997). Interpreting the refugee definition. *UCLA L. Rev.*, 45, 733.

Stockemer, D., Niemann, A., Unger, D., & Speyer, J. (2020). The “refugee crisis,” immigration attitudes, and euroscepticism. *International Migration Review*, 54(3), 883-912.

Stuart, M., & Weinrich, M. (2004). Integrated health system for chronic disease management: lessons learned from France. *Chest*, 125(2), 695-703.

UNHCR Standing Committee . (1997). *Economic and social impact of massive refugee populations on host developing countries, as well as other countries*. 6th Meeting. Διαθέσιμο στο: from <http://www.unhcr.org/basics.html> (Ημερομηνία ανάκτησης: 03/01/2023).

UNHCR Standing Committee . (2004). *Economic and social impact of massive refugee populations on host developing countries, as well as other countries*. 29th Meeting. Διαθέσιμο στο: <http://www.unhcr.org/excom/EXCOM/3ae68d0e10.html> (Ημερομηνία ανάκτησης: 03/01/2023).

United Nations Environmental Program . (2005). *Population displacement and the environment*. In Sudan, post-conflict environmental assessment. Nairobi: UNEP. Διαθέσιμο στο: http://postconflict.unep.ch/publications/sudan/05_displacement.pdf (Ημερομηνία ανάκτησης: 03/01/2023).

Urbański, M. (2022). Comparing push and pull factors affecting migration. *Economies*, 10(1), 21.

Van der Brug, W., & Harteveld, E. (2021). The conditional effects of the refugee crisis on immigration attitudes and nationalism. *European Union Politics*, 22(2), 227-247.

Vemuru, V., Oka, R., Gengo, R., & Gettler, L. (2016). Refugee impacts on Turkana hosts: a social impact analysis for Kakuma Town and Refugee Camp, Turkana County, Kenya. World Bank.

Walshe, K., McKee, M., McCarthy, M., Groenewegen, P., Hansen, J., Figueras, J., & Ricciardi, W. (2013). Health systems and policy research in Europe: Horizon 2020. *The Lancet*, 382(9893), 668-669.

Weber, H. (2019). Can violent conflicts explain the recent increase in the flow of asylum seekers from Africa into Europe?. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 17(4), 405-424.

Whitaker, B. E. (2002). Refugees in Western Tanzania: The distribution of burdens and benefits among local hosts. *Journal of Refugee Studies*, 15(4), 339-358.

Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international*, 6(3), 217-228.

Williams, G. A., Bacci, S., Shadwick, R., Tillmann, T., Rechel, B., Noori, T., ... & Mckee, M. (2016). Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scandinavian journal of public health*, 44(1), 6-13.

World Health Organisation (WHO) Regional Office per Europe. WHO-UNHCR-UNICEF Joint Technical Guidance: General Principles of Vaccination of Refugees, Asylum-Seekers and Migrants in the WHO European Region. 2015. Διαθέσιμο στο: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EuropeVaccinationPosition_WHO-UNHCR-UNICEFNov.pdf (Ημερομηνία ανάκτησης: 30/1/2023).

World Health Organization (WHO) (2012). Health System Financing: The Path to Universal Health Coverage; Plan of Action. Διαθέσιμο στο: www.who.int (Ημερομηνία ανάκτησης: 12/1/2023).

World Health Organization (WHO) (2016). Factsheet on Health Financing. Διαθέσιμο στο: www.who.int (Ημερομηνία ανάκτησης: 12/1/2023).

Zachariah, K. C., Mathew, E. T., & Rajan, S. I. (2021). Impact of migration on Kerala's economy and society. *International Migration*, 39(1), 63-87.

Zanabazar, A., Kho, N. S., & Jigjiddorj, S. (2021). The push and pull factors affecting the migration of Mongolians to the Republic of South Korea. In *SHS Web of Conferences* (Vol. 90, p. 01023). EDP Sciences.

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Social Cohesion and Development*, 3(2), 109-120.

Κυριόπουλος, Γ., & Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35.