



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΑΡΙΑ ΣΙΓΑΝΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΥΓΕΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Οκτώβριος 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΑΡΙΑ ΣΙΓΑΝΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΥΓΕΙΑΣ**

Επιβλέπων Καθηγητής:
Επίκουρη Καθηγήτρια Χαρίκλεια Οικονομίδου

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Οκτώβριος 2013



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

MASTER OF SCIENCE IN

HEALTH MANAGEMENT



**TEI OF
PIRAEUS**

MARIA SIGANOU

**A STUDY FOR THE SATISFACTION LEVEL OF THE
MIGRANTS FOR THE ACCESS TO NATIONAL HEALTH
SYSTEM IN GREECE**

Supervisor: Assistant Professor Hariklia Oikonomidou

Graduate Thesis Submitted for the Degree
MSc in Health Management

Piraeus, October 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Όλα ήταν ένα όμορφο ταξίδι. Η καθηγήτρια μου κ. Κλαίρη Οικονομίδου από την πρώτη στιγμή που μοιράστηκα μαζί της τις σκέψεις μου, στάθηκε δίπλα μου με ενθουσιασμό, στηρίζοντας τις προσπάθειές μου και συμβάλλοντας καταλυτικά να αποκτήσει ταυτότητα η έρευνά μου. Την ευχαριστώ από καρδιάς για την παρουσία της όλο το διάστημα εκπόνησης της έρευνας, τις πολύτιμες γνώσεις που μοιράστηκε μαζί μου, την υπομονή και την καθοδήγησή της σε μια δύσκολη, αλλά εξαιρετικά όμορφη και ενδιαφέρουσα διαδρομή.

Στο ταξίδι, ανέλπιστα, συνάντησα πολύτιμη βοήθεια από ανθρώπους που με χαρά προσφέρθηκαν να βοηθήσουν. Ο κ. Πέτρος Γαλάνης, διδάκτορας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ο οποίος την ίδια περίοδο με μία ομάδα επιστημονικών συνεργατών διεξήγαγαν παρόμοια έρευνα, δεν δίστασε να μοιραστεί μαζί μου στοιχεία και δεδομένα της αδημοσίευτης, έως εκείνη τη στιγμή, δουλειάς τους, βοηθώντας με τις γνώσεις και την εμπειρία του, στη τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου συλλογής των δεδομένων.

Πολλές ευχαριστίες αξίζουν ακόμα σε όλους όσους διευκόλυναν την επικοινωνία μου με την ομάδα στόχο και τη συλλογή του υλικού. Συγκινητική, ήταν η στήριξη νέων και παλιών φίλων μεταναστών που θεώρησαν αυτή την έρευνα σαν προσωπική τους υπόθεση. Θα θυμάμαι πάντα με ευγνωμοσύνη τον κύριο Ahmed Mushtaq από το Πακιστάν, την κυρία Meisi Meseret από την Αιθιοπία, την κυρία Ruth Kluvia από τη Σιέρα Λεόνε, οι οποίοι με μεγάλη προθυμία και πραγματικό ενδιαφέρον, στήριξαν τη διαδικασία της συλλογής των δεδομένων, εξασφαλίζοντας στην γράφουσα την επαφή με ένα μεγάλο δείγμα του μεταναστευτικού πληθυσμού.

Ευχαριστώ τέλος τους 126 συμμετέχοντες που μέσα από τις απαντήσεις τους και τη βοήθειά τους, έδωσαν νόημα σε όλο το εγχείρημα, χαρίζοντας σε μένα μοναδικά συναισθήματα.

Τώρα που έφτασα στο τέλος του ταξιδιού, ξέρω καλά, ότι όλοι όσοι συνάντησα και όλα όσα μοιράστηκα μαζί τους, έδωσαν νόημα στο ταξίδι μου. Αισθάνομαι τυχερή και τους ευχαριστώ όλους από καρδιάς. Όλα ήταν ένα όμορφο ταξίδι....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι μετανάστες είναι μία μεγάλη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα γνωρίσματα και ανάγκες. Αποτελούν ευάλωτη κοινωνική ομάδα, γεγονός που σημαίνει ότι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού. Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, είναι μία από τις βασικότερες παραμέτρους που συμβάλλει στην ένταξή τους στην κοινωνία υποδοχής.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης και ευχαρίστησης των μεταναστών σε ό,τι αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης εξετάζεται σε συνάρτηση με την επίδραση δημογραφικών και οικονομικο-κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, καθώς και χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την μέχρι σήμερα εμπειρία τους, μέσω της προσωπικής επαφής τους με το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.

Η μελέτη διεξήχθη στο χρονικό διάστημα Μάρτιος 2012 έως Μάιος 2013, με την χρήση ειδικά καταρτισμένου ερωτηματολογίου. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείτο από 126 μετανάστες πρώτης γενιάς, με νόμιμο καθεστώς παραμονής στην Ελλάδα που διέμεναν στον Νομό Αττικής. Πρόκειται για διαστρωματική μελέτη (**panel**), καθώς η μελέτη διαθέτει τη διάσταση των μεταναστών (N=126) και την διάσταση του χρόνου (2009-2011). Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας» και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος **Stata (ver.11)**, ενώ το μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία και την στατιστική ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων βασίστηκε σε **probit** τεχνικές.

Οι δημογραφικές-κοινωνικές μεταβλητές και συγκεκριμένα η μεταβλητή του φύλου (**gender**), η μεταβλητή της κατανόησης της ελληνικής γλώσσας (**understanding**), η μεταβλητή της εκπαίδευσης (**education**), η μεταβλητή της συμμετοχής σε κοινότητα της χώρας καταγωγής (**community**) και η μεταβλητή της ασφάλισης (**insurance**), οι μεταβλητές υγείας και συγκεκριμένα οι χρόνιες παθήσεις (**disease**) και η μεταβλητή εμπιστοσύνης (**trust**) επηρεάζουν στο μεγαλύτερο ποσοστό, τον βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών από το σύστημα υγείας. Ειδικότερα η μεταβλητή **trust** ασκεί τη μέγιστη επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών από το σύστημα υγείας κατά 314%, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας.

Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες είναι απαραίτητη όχι μόνο για την άμεση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αλλά και για την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Για μια καλύτερη ενσωμάτωση των μεταναστών στην Ελλάδα και ειδικότερα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, οι προαναφερθέντες υπό μελέτη παράγοντες μπορούν να συμβάλουν σημαντικά.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Εθνικό Σύστημα Υγείας, μετανάστες, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, βαθμός ικανοποίησης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ABSTRACT

Immigrants are deserve special attention as they have special features and needs compare to the rest of the indigenous population. They constitute a very sensitive social group, which means that they face an increasing danger of social exclusion. The access of immigrants to health services is one of the most important factors, which contributes to their integration into the society of induction.

The purpose of this study is to record and evaluate the degree of satisfaction of immigrants as far as the provided health services are concerned. The evaluation of the degree of satisfaction is examined in conjunction with demographic and socio-economic characteristics of the participants, as well as with the characteristics that are related to their so far personal experience with the National Health System in Greece.

The research was conducted from March 2012 to May 2013, based on a very specialized questionnaire. The sample of the research comprises of 126 ‘first-generation’ immigrants on legal permit of residence in Greece, who lived in the prefecture of Attica. It is **panel** study as it includes the dimensions of immigrants (N=126) and ‘time’ (2009-2011). The methodology of the sampling was based on the form of “snowball sampling” and the statistical analysis of the data was conducted with the use of the statistical program **Stata (ver. 11)**, while the editing and the statistical analysis performed using **probit** estimation techniques.

The demographic and social variables - particularly the variables of gender, ‘understanding the Greek language’, ‘education’, ‘participation in the community of origin’ and ‘insurance’ - the variables of ‘health’ and specifically ‘long-term diseases’ and the variable of ‘trust’ are found to be highly related with immigrants’ satisfaction degree from the Greek health system.

Health is a fundamental, human right and immigrants’ access to health services is essential not only for their instant and effective treatment of their health problems and the improvement of their lives but also for the ensuring of public health in Greece. In order to properly incorporate immigrants in Greece in particular, one needs to pay attention to the aforementioned factors.

Keywords: National Health System in Greece, immigrants, access to health services, satisfaction level

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
-----------------------	----------

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	5
1.1. Γενικά	5
1.2. Η πρόκληση για την Ελληνική Πολιτεία και Κοινωνία	6
1.3. Οριοθέτηση βασικών εννοιών	8
α) Κοινωνικός Αποκλεισμός	8
β) Μετανάστευση και Μετανάστης	9
γ) Αιτών άσυλο	11
δ) Αναγνωρισμένος Πρόσφυγας	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

ΧΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	12
2.1. Η Υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα	12
2.2. Δικαίωμα χρήσης του Συστήματος Υγείας από τους Μετανάστες.....	14
2.3. Μη νόμιμοι Μετανάστες και Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας. Χωρίς χαρτιά-χωρίς υγεία;	15
2.4. Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	17
2.5. Επισκόπηση βιβλιογραφίας για έρευνες σχετικές με την πρόσβαση μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.....	20
2.5.1. ΗΠΑ	20
2.5.2. Ευρώπη.....	20
2.5.3. Ελλάδα	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

24	
3.1. Γενικά	24
3.2. Μετανάστευση και δημογραφική γήρανση	24
3.3. Η Ελληνική πραγματικότητα	26
3.4. Ο ρόλος της μετανάστευσης στην βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος	27

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	31
4.1. Σκοπός της μελέτης.....	31
4.2. Δεδομένα	31
4.2.1. Συλλογή δεδομένων	32
4.3. Στατιστική περιγραφή δεδομένων	35
4.3.1. Χαρακτηριστικά δείγματος	36
4.4. Υπόδειγμα (Model)	47
4.5. Οικονομετρική Τεχνική	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
5.1. Αποτελέσματα Μοντέλου probit	49
5.2. Περιορισμοί της μελέτης	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Χώρες προέλευσης μεταναστών	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Στατιστική περιγραφή δεδομένων.....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Αναλυτικότερη στατιστική περιγραφή δεδομένων	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Αποτελέσματα εκτίμησης <i>probit</i>	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συσχέτιση \hat{y} & y	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Αποτελέσματα <i>probit</i> (<i>Odds Ratio</i>)	46

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Φύλο δείγματος.....	37
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ηλικία του δείγματος.....	38
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Κατανόηση ελληνικής γλώσσας.....	38
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων	39
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Επαγγελματική κατηγορία ερωτηθέντων.....	40
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Ασφάλιση μεταναστών στο χρόνο της μελέτης	40
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Συμμετοχή σε κοινότητα της χώρας καταγωγής	41
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Χρόνιο νόσημα	42
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Πληρωμή προσφερομένων υπηρεσιών	42
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας	43
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Βαθμός ικανοποίησης μεταναστών από το ελληνικό σύστημα υγείας	43

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μετανάστες είναι μία μεγάλη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα γνωρίσματα και ανάγκες. Αποτελούν ευάλωτη κοινωνική ομάδα, γεγονός που σημαίνει ότι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού. Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, είναι μία από τις βασικότερες παραμέτρους που συμβάλει στην κοινωνική τους ένταξη στην κοινωνία υποδοχής.

Σύμφωνα με στοιχεία της Γενικής Γραμματείας Πληθυσμού και Κοινωνικής Συνοχής, τον Σεπτέμβριο του 2011 ο αριθμός των νομίμων μεταναστών στην χώρα μας, ανερχόταν σε 621.178 άτομα (478.166 με άδειες παραμονής σε ισχύ και 143.012 με απλές βεβαιώσεις). Νομίμως στην χώρα μας διέμεναν επίσης 162.587 Βορειοηπειρώτες κάτοχοι Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς και Άδειας Διαμονής Ενιαίου Τύπου, 4.312 ομογενείς από χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και 8.500 ομογενείς από άλλες χώρες. Το 69,5% των αδειών παραμονής μη-ομογενών βρίσκεται στα χέρια Αλβανών (431.735 άδειες) και κατόπιν στα χέρια Ουκρανών (21.998 άδειες) και Πακιστανών (19.204 άδειες). Ο αριθμός των μεταναστών που δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα, είναι άγνωστος και μπορεί να βασισθεί μόνο σε εκτιμήσεις λόγω του δυναμισμού του φαινομένου (πολλές δεκάδες χιλιάδες παράτυποι μετανάστες εισέρχονται κάθε χρόνο στην χώρα μας)¹. Σύμφωνα με εκτιμήσεις ο αριθμός των μη νόμιμων μεταναστών που διέμεναν στην Ελλάδα το τέλος του 2010, υπολογίζονταν γύρω στις 350.000 με 440.000².

Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας υπαγορεύεται από τους νόμους, σ ένα κράτος δικαίου και συμβάλλει στην άμβλυση των ανισοτήτων και εν συνεχεία στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας.

Η παρούσα εργασία έχει ως αντικείμενο τη μελέτη της πρόσβασης των μεταναστών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας Πρόκειται για πληθυσμό που προέρχεται από διαφορετικές χώρες καταγωγής και διαμένει νόμιμα στη χώρα. Η μελέτη εκπονήθηκε σε πληθυσμό που διέμενε στον Νομό Αττικής.

¹ Ιωάννης Κολοβός, συνεργάζεται ως Research Associate σε θέματα μεταναστευτικής πολιτικής, με το *Research Institute for European and American Studies (RIEAS)*

² Αναφορά από τον κ. Θ. Μουρούκη, Ερευνητή του Ελληνικού Ιδρύματος Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής (ΕΛΙΑΜΕΠ), στην ομιλία του στην Ειδική Διαρκή Επιτροπή Παρακολούθησης του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης της Βουλής στις 30/3/2011, όπου εξεταζόταν το θέμα της Μη νόμιμης μετανάστευσης και των επιπτώσεών της στο ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης και ευχαρίστησης των μεταναστών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με την επίδραση δημογραφικών και οικονομικο-κοινωνικών παραμέτρων, αλλά και παραμέτρων που σχετίζονται με την μέχρι σήμερα εμπειρία τους, μέσω της προσωπικής επαφής τους με το εθνικό σύστημα υγείας.

Η συμβολή της μελέτης έγκειται στο ότι αποτελεί μία από τις λίγες ερευνητικές προσπάθειες που συστηματικά (εμπειρικά και θεωρητικά) μελετά την ικανοποίηση ή όχι των μεταναστών, σε ότι αφορά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Η μελέτη μας χρησιμοποιεί πρωτότυπα δεδομένα, τα οποία συγκεντρώθηκαν από έρευνα που πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης ενός ειδικά καταρτισμένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνονταν στην ομάδα των μεταναστών. Όπως καταγράφεται στην βιβλιογραφία, η έρευνα γύρω από την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα είναι ακόμη σε αρχικά στάδια. Ορισμένες ερευνητικές εργασίες ασχολούνται με τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων στο πληθυσμό των μεταναστών και με την ψυχική τους υγεία, αλλά ελάχιστες είναι οι μελέτες στον γενικό πληθυσμό των μεταναστών. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να συνεισφέρει στο ερευνητικό πεδίο της μετανάστευσης και της υγείας στην Ελλάδα, διερευνώντας την παράμετρο της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και του βαθμού ικανοποίησης της χρήσης αυτών, όπως καταγράφεται από την ίδια την ομάδα στόχο.

Η διάρθρωση της εργασίας έχει ως εξής: Στο πρώτο μέρος, το οποίο αποτελείται από τρία κεφάλαια και είναι το θεωρητικό τμήμα της εργασίας, εξετάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος της μετανάστευσης και της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το μεταναστευτικό φαινόμενο στην Ελλάδα, με έμφαση στις πιο πρόσφατες δεκαετίες, όπου η Ελλάδα από χώρα αποστολής μεταναστών μετατρέπεται σε χώρα υποδοχής και η πρόκληση που δέχτηκε η ελληνική κοινωνία και πολιτεία, από τη νέα αυτή πραγματικότητα. Επίσης παρατίθεται το περιεχόμενο των βασικών εννοιών που χρησιμοποιούνται στην θεωρητική εξέταση του θέματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ελληνικές υπηρεσίες υγείας και το δικαίωμα χρήσης τους από τους μετανάστες, βάσει του νομοθετικού τους καθεστώτος, εξετάζεται το δικαίωμα στην υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, και πραγματοποιείται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με έρευνες που αφορούν στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο του πρώτου μέρους, εξετάζεται η μετανάστευση και η συμβολή της στον πυλώνα της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ αναλύεται το

μεταναστευτικό φαινόμενο στην Ελλάδα στη δημογραφική του διάσταση. Στο ειδικό μέρος της εργασίας, περιλαμβάνεται η πρωτογενής έρευνα πεδίου και αποτελείται από το τέταρτο κεφάλαιο, όπου παρουσιάζεται το υλικό και η μεθοδολογία της έρευνάς μας, η στατιστική περιγραφή των δεδομένων και τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα εμπειρικά αποτελέσματα από την στατιστική ανάλυση του μοντέλου μας, ενώ στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα εμπειρικά ευρήματα της έρευνας, αναφορικά με την πρόσβαση των μεταναστών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και το βαθμό ικανοποίησής τους, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και παραθέτονται προτάσεις πολιτικής.

Τέλος ακολουθεί το Παράρτημα στο οποίο παρατίθεται το ερωτηματολόγιο της έρευνας, καθώς και τα διαγράμματα που προέκυψαν κατά τη φάση της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Γενικά

Η Ελλάδα παραδοσιακά αποτέλεσε χώρα αποστολής μεταναστών προς χώρες που παρουσίαζαν οικονομική ανάπτυξη και αυξημένη ζήτηση εργατικών χεριών. Από τα τέλη της δεκαετίας του '70 και καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 ξεκίνησε να παρατηρείται στην χώρα μας ακριβώς η αντίστροφη πορεία. Έτσι η Ελλάδα από χώρα αποστολής μεταναστών μετατράπηκε σταδιακά, ιδιαίτερα μετά από το 1990, σε χώρα υποδοχής διαρκώς αυξανόμενου αριθμού μεταναστών. Σε χρονικό διάστημα λοιπόν μικρότερο των 15 ετών η Ελλάδα δέχτηκε ένα χωρίς προηγούμενο αριθμό μεταναστών οι δε ελληνικές αρχές είχαν να αντιμετωπίσουν μια αιφνιδιαστική εξέλιξη και αναγκάστηκαν να λάβουν με μεγάλη ταχύτητα σημαντικά μέτρα ώστε να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα³. Η χώρα μας βρέθηκε εντελώς απροετοίμαστη από άποψη θεσμικού πλαισίου⁴, για να υποδεχτεί και να διαχειριστεί τα πολύπλοκα ζητήματα της μετανάστευσης, προκειμένου να επιτευχθεί η οικονομική και κοινωνική ένταξη των μεταναστών.

Στην ξαφνική αύξηση της μετανάστευσης γενικότερα προς την Ευρώπη και ειδικότερα προς την χώρα μας συνέβαλαν αποφασιστικά αρκετοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων ήταν η οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδος, σε συνδυασμό με την αναβάθμιση του πολιτικο-οικονομικού της ρόλου ως Κράτος Μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η κατάρρευση των καθεστώτων της ανατολικής Ευρώπης. Επιπλέον χάρη της γεωπολιτικής της θέσης, η χώρα μας μετατράπηκε, σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, σε πόλο έλξης για ολόκληρη την περιοχή των Βαλκανίων.

Στο πλαίσιο του παρόντος Κεφαλαίου, αλλά και των επόμενων δυο που ακολουθούν, θα επιχειρήσουμε την βιβλιογραφική καταγραφή της μετανάστευσης και της διάστασης της κοινωνικής ένταξης των Μεταναστών στο χώρο της Υγείας, ενός από τους σημαντικότερους πυλώνες του σημερινού Κράτους Πρόνοιας, αναζητώντας

³ Ένωση για την Προάσπιση των Κοινωνικών Δικαιωμάτων, www.ekpodi.gr, *Η Έκταση της Μετανάστευσης στην Ελλάδα*, πρόσβαση στις 9/9/2013.

⁴ Μέχρι το 1991 το θεσμικό πλαίσιο για την μετανάστευση καθοριζόταν από τον Ν. 4310/1929 «περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι, αστυνομικού ελέγχου, διαβατηρίων, απελάσεων και εκτοπίσεων». Το 1991 αντικαταστάθηκε από τον Ν. 1975/1991 οι διατάξεις του οποίου καθόριζαν τις συνθήκες εισόδου και παραμονής των αλλοδαπών στην Ελλάδα επιτρέποντας την άμεση απέλαση οποιουδήποτε αλλοδαπού εισέρχονταν ή παρέμεινε στη χώρα χωρίς να τηρεί τις απαραίτητες νομικές διαδικασίες. Επιπρόσθετα καθορίζονταν ζητήματα σχετικά με τους συνοριακούς ελέγχους και τις συνθήκες εργασίας και εξόδου των αλλοδαπών, καθώς και ζητήματα σχετικά με τις διαδικασίες απέλασης και παροχής ασύλου (Μελέτη ΚΕΚ του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ (2006) «Μετανάστευση και παροχή υπηρεσιών σε Μετανάστες στην Ελλάδα»).

και εξετάζοντας τον βαθμό προσβασιμότητάς τους στις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, όπως αυτός εξασφαλίζεται και προσδιορίζεται στο πλαίσιο του νομοθετικού πλαισίου που έχει διαμορφωθεί και ισχύει στη χώρα μας σήμερα.

Το μεταναστευτικό φαινόμενο το οποίο αποτελεί θέμα προβληματισμού του δημόσιου λόγου τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην Ευρώπη από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 και παρουσιάζεται στον σημερινό πολιτικό λόγο πιο έντονα από ποτέ, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ελληνικής αλλά και ευρωπαϊκής πραγματικότητας. Τα ερωτήματα που πρόκειται να διερευνήσουμε αφορούν στην εξασφάλιση και παροχή εκ μέρους της Ελληνικής Πολιτείας, βασικών ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, προς τον μεγάλο αριθμό μεταναστών που διαβιούν στην χώρα μας, είτε είναι ενταγμένοι σε ένα νομικό πλαίσιο, είτε διαβιούν στις παρυφές του. Επιπλέον η έννοια της προσβασιμότητας στην υγεία αποτελεί έννοια αμοιβαία αποκλειόμενη με την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού που δημιουργεί σοβαρούς τριγμούς στα θεμέλια κάθε κοινωνικού οικοδομήματος, εμποδίζοντας κάθε οικονομική και κοινωνική ανάπτυξή του.

1.2. Η πρόκληση για την Ελληνική Πολιτεία και Κοινωνία

Η Ελληνική Πολιτεία κλήθηκε να αντιμετωπίσει τη συγκεκριμένη κοινωνική πραγματικότητα, όπως η τελευταία διαμορφώθηκε με την έλευση των αλλοδαπών μεταναστών. Πρωταρχικός στόχος κάθε σύγχρονης οργανωμένης δημοκρατικής κοινωνίας, είναι η διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής και ευημερίας των ατόμων της, μέσω της αρχής της ισότητας που αποτελεί κεντρική συνιστώσα των δημοκρατικών πολιτευμάτων. Υπό την έννοια αυτή, η κοινωνική ένταξη του μεγάλου αριθμού μεταναστών που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη διαδικασία για την ενίσχυση του κοινωνικού ιστού.

Η διασφάλιση της υγείας όσων διαμένουν σε μία κοινωνία, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επίτευξη του παραπάνω στόχου. Στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος των Ελλήνων αναφέρεται ότι *"όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο."* Στο ίδιο άρθρο, η Ζ Αναθεωρητική Βουλή των Ελλήνων

συμπληρώνει και θέτει σε ισχύ το 2001 μία πέμπτη παράγραφος⁵ σύμφωνα με την οποία *"Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων"*.

Και στο επίπεδο της κοινοτικής νομοθεσίας, από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, λαμβάνεται η απαραίτητη μέριμνα, για τον εντοπισμό και την ουσιαστική καταπολέμηση όλων των μορφών διακρίσεων που εμφανίζονται, στη καθημερινή ζωή των ατόμων που διαβιούν στο ευρωπαϊκό έδαφος.

Συνέπεια των παραπάνω πολιτικών αποτελεί η εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης στο σύνολο των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων που πρέπει να απολαμβάνουν τα άτομα στο πλαίσιο των σύγχρονων οργανωμένων κοινωνικών κρατών.

Ο περιορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού που απειλεί κατά κύριο λόγο τα φτωχά και περιθωριοποιημένα άτομα, όπως είναι οι μετανάστες και πολύ περισσότερο οι «άτυποι» ή «μη καταγεγραμμένοι» μετανάστες, δηλαδή οι μετανάστες που δεν διαθέτουν τα κατάλληλα νομιμοποιητικά έγγραφα, δεν παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα μόνο στο επίπεδο του ατόμου, αλλά και στο επίπεδο του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Το αίσθημα του *ανήκει* και της κοινωνικής αποδοχής, καλύπτει μία βασική ανθρώπινη ανάγκη, δημιουργεί άτομα κοινωνούς των θεσμών και των νόμων που διέπουν την εκάστοτε κοινωνία και λειτουργεί καταλυτικά στη διαμόρφωση της κοινής συνείδησης, μέσα σ' ένα πλαίσιο αλληλεγγύης και ισότητας⁶.

Η πρόσβαση του μετανάστη στις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας δεν είναι ωφέλιμη μόνο για τον ίδιο τον μετανάστη και για την χριστιανική ηθική που ευαγγελίζονται αρκετοί, είναι πάνω από όλα ένα ανθρώπινο δικαίωμα που επιφέρει εξίσου σημαντικά οφέλη και στους γηγενείς. Η προάσπιση της υγείας του μετανάστη

⁵ Η παράγραφος αυτή προστέθηκε με το Ψήφισμα της Ζ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων (ΦΕΚ Α 84) και η ισχύς της άρχισε από 17.4.2001.

⁶ Θα πρέπει, σ' αυτό το σημείο, να διευκρινιστεί ότι θα ήταν προτιμότερο να αποφεύγονται χαρακτηρισμοί όπως "παράνομοι" μετανάστες ή "λαθρομετανάστες", όχι για λόγους κομψότητας κατά την έκφραση, αλλά γιατί η χρήση αυτών των όρων επιβαρύνει την κοινωνική τους θέση και εικόνα. Ένα μικρό κομμάτι μόνο των μεταναστών στην ιστορία της ανθρωπότητας είχε την πολυτέλεια της επίσημης πρόσκλησης από την χώρα υποδοχής και δεν ισχύει κάτι διαφορετικό στην περίπτωση της Ελλάδος. Οι όροι "ανεπίσημοι" ή "μη καταγεγραμμένοι" μετανάστες δεν είναι αρνητικά φορτισμένοι και αποδίδουν καλύτερα το περιεχόμενο της κατάστασης που θέλουν να περιγράψουν. Άλλωστε δεν χρησιμοποιείται ποτέ ο όρος "παράνομος" εργαζόμενος για κάποιον Έλληνα που εργάζεται χωρίς προηγούμενα να έχει υπογράψει σύμβαση εργασίας. Γιατί θα πρέπει να συμβαίνει αυτό όταν ο εργαζόμενος δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια; (Καψάλης 2003)

που διαμένει στην ελληνική κοινωνία, είναι κατ' επέκταση προάσπιση της υγείας του γηγενή πληθυσμού, ενώ παράλληλα συμβάλει στην άρση του κοινωνικού αποκλεισμού με τον οποίο βρίσκεται αντιμέτωπος. Η κοινή γνώμη επηρεάζεται εύκολα και θωρακίζεται ακόμη πιο εύκολα, όταν πρόκειται για θέματα που "σχετίζονται" με την δημόσια υγεία και υγιεινή. Επομένως στο κοινωνικό επίπεδο, η εξασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των μεταναστών που δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα, αποτελεί προϋπόθεση της κοινωνικής ευημερίας.

Πέρα όμως από τα οφέλη σε κοινωνικό επίπεδο, η πρόσβαση των μη νόμιμων μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας καταγράφει και οικονομικά οφέλη. Τόσο το κοινωνικό όσο και το οικονομικό κόστος αντιμετώπισης της ασθένειας, είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο κόστος της πρόσληψής της. Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο τρόπος οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι καθοριστικός για την οικονομική αποδοτικότητα γενικότερα του συστήματος περίθαλψης.

Οι προληπτικές δραστηριότητες στο χώρο της υγείας διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα που μεταξύ άλλων, αφορούν και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, στοιχείο που συμβάλλει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του συνολικού πληθυσμού και κατ' επέκταση στην εξοικονόμηση πόρων για το σύστημα.

Γίνεται αντιληπτό, λοιπόν, ότι η κοινωνική ένταξη της ομάδας στόχου που εξετάζουμε στην παρούσα εργασία, έχει θετικά πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, ενώ η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, πέρα από το ότι αποτελεί δικαίωμα κάθε ατόμου, συγκαταλέγεται μεταξύ των βασικών παραμέτρων που στοχεύουν στην επίτευξη της κοινωνικής ένταξης κάθε περιθωριοποιημένης πληθυσμιακής ομάδας.

1.3. Οριοθέτηση βασικών εννοιών

Πριν προχωρήσουμε στην εξέταση του θέματός μας, θα οριοθετήσουμε τις βασικές έννοιες που αναφέρονται στην εργασία, προκειμένου να γίνεται αμοιβαία κατανοητό το περιεχόμενό τους.

α) Κοινωνικός Αποκλεισμός

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί έναν από τους παράγοντες οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη για την χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο. *Αποκλείω* σημαίνει παρεμποδίζω την πρόσβαση σε κάτι.

Ερμηνεύοντας την Πράσινη Βίβλο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός νοείται ως η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, κοινωνικού και δημόσιου πλούτου⁷. Σημασία δεν έχει το γεγονός ότι κατέστη αδύνατη για ένα άτομο η πρόσβαση σε κάποιες υπηρεσίες κοινωνικών παροχών, σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις. Σημασία έχει, όχι η μη πρόσβαση, αλλά η μη προσβασιμότητα (η συστηματική αφαίρεση της δυνατότητας για πρόσβαση) σε αυτές τις Υπηρεσίες, η οποία έχει τελικά ως συνέπεια την μη απόλαυση των αντίστοιχων υπηρεσιών.

Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού στις χώρες-μέλη, σε συνδυασμό με την παντελή έλλειψη οργάνωσης – υποδομών για την υποδοχή μεταναστών από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου, επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την υπάρχουσα κοινωνική πραγματικότητα. Σε πολλές μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρήθηκαν για πρώτη φορά και φαινόμενα "γκετοποίησης" με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και τον διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνοτική ή φυλετική καταγωγή.

Η μελέτη και η καταπολέμηση των ανισοτήτων και των διακρίσεων που υφίστανται οι μετανάστες και τα μέλη των μειονοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποτέλεσαν πρόκληση για την Ε.Ε. από τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού ως μέσο για την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και οικονομικής ανάπτυξης των ευρωπαϊκών κοινωνιών, αποτέλεσε έναν από τους παράγοντες που ελήφθησαν υπόψη για την χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο.

Η Υγεία είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που είναι ικανοί να οδηγήσουν σε μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ αποτελεί καθοριστικό τομέα για την πρόοδο και την ενσωμάτωση όλων, αλλά κυρίως αυτών που ανήκουν στις λεγόμενες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες. Τόσο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας, όσο και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία, είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά, να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

β) Μετανάστευση και Μετανάστης

Η μετανάστευση αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο είναι πολυδιάστατο και συνυφασμένο με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες σε παγκόσμιο επίπεδο. Παρά τη δυσκολία που καταγράφεται στη

⁷ Καψάλης (2003)

βιβλιογραφία για ένα ενιαίο και κοινά αποδεκτό ορισμό, η μετανάστευση μπορεί να οριστεί ως η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου, μιας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου. Στο σχέδιο του Ν.2910/2001, δίνεται στον μετανάστη ο παρακάτω ορισμός: *«Μετανάστης είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης ή ανιθαγενής, ο οποίος εισέρχεται και εργάζεται νόμιμα στο Ελληνικό έδαφος με σκοπό την βελτίωση της οικονομικής του κατάστασης για ορισμένο χρονικό διάστημα, μεγαλύτερο των τριών μηνών»*. Με άλλα λόγια, με τον όρο «μετανάστης» εννοούμε εκείνο το μέλος της κοινωνίας που εγκαταλείπει εκούσια τη χώρα του για να εγκατασταθεί σε μία άλλη χώρα, συνήθως περισσότερο ανεπτυγμένη οικονομικά, με στόχο την αναζήτηση εργασίας.

Η Ελλάδα κυρίως από τις αρχές της δεκαετίας του '90 αποτελεί προορισμό των μεταναστευτικών ροών, λόγω της γεωγραφικής της θέσης και της οικονομικής της ανάπτυξης. Στην Ευρώπη, μία από τις διαστάσεις της μετανάστευσης συνδέεται με τα δημογραφικά ζητήματα, όπως π.χ. με την αύξηση και την γήρανση του πληθυσμού αλλά και με την κοινωνική ασφάλιση. Από τη μια πλευρά θεωρείται ότι οι κοινωνικές παροχές είναι ένας από τους βασικούς λόγους έλξης των μεταναστών προς τις ευρωπαϊκές χώρες (Böhning 1996) και από την άλλη επικρατεί η αντίληψη ότι οι μετανάστες συμβάλλουν θετικά, μεταξύ άλλων, στην κοινωνική ασφάλιση, κυρίως στις περιπτώσεις κρατών όπου η υπογεννητικότητα και γήρανση του πληθυσμού χαρακτηρίζουν τον πληθυσμό (Cichon κα, 2003). Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στην αγορά εργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικές, αφού οι μετανάστες δραστηριοποιούνται στην αγορά εργασίας με διαφορετικό τρόπο και η συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό είναι μεγαλύτερη από αυτή των γηγενών. Και τα δύο οφείλονται σε τρεις λόγους: πρώτον διότι οι οικονομικοί μετανάστες μεταναστεύουν για να εργαστούν, δεύτερον διότι δεν διαθέτουν τη στήριξη συγγενικών ή φιλικών τους προσώπων ώστε να επιλέξουν μία εκούσια μακρόχρονη παραμονή εκτός αγοράς εργασίας και τρίτον διότι αποσκοπούν στην συντομότερη επιστροφή στην πατρίδα τους με τις μεγαλύτερες δυνατές αποταμιεύσεις.

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, προκειμένου να εξεταστεί η σχέση της προσβασιμότητας των Μεταναστών στις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, γίνεται κατανοητό ότι θα αναφερθούμε στην έννοια της εξωτερικής μετανάστευσης ή αλλιώς διεθνής μετανάστευση, δηλαδή στην μετανάστευση από την μία χώρα στην άλλη.

Τέλος, για λόγους πληρότητας θα γίνει αναφορά ακόμα στο νομικό καθεστώς του πρόσφυγα και του αιτούντα άσυλο και ως εκ τούτου παραθέτουμε τους αντίστοιχους ορισμούς.

γ) Αιτών άσυλο είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας ή ο ανιθαγενής ο οποίος έχει υποβάλει αίτηση ασύλου επί της οποίας δεν έχει ληφθεί ακόμη οριστική απόφαση, από την Ελληνική Πολιτεία.

δ) Αναγνωρισμένος Πρόσφυγας είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας ή ο ανιθαγενής, ο οποίος πληροί τις προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 1 Α της Σύμβασης της Γενεύης του 1951 και η Ελληνική Πολιτεία του έχει παραχωρήσει το άσυλο. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται στην Συνθήκη της Γενεύης της 28ης Ιουλίου 1951, όπως συμπληρώθηκε από το πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης της 31ης Ιανουαρίου 1967, *«πρόσφυγας θεωρείται το άτομο που λόγω δικαιολογημένου φόβου διώξεως για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, ή λόγω των πολιτικών του πεποιθήσεων, βρίσκεται εκτός της χώρας της οποίας έχει την ιθαγένεια και δεν μπορεί – ή εξαιτίας αυτού του φόβου δεν επιθυμεί – να απολαμβάνει την προστασία της χώρας αυτής....»*.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

2.1. Η Υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό ζήτημα και πάνω απ' όλα, ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Οι ανισότητες, η φτώχεια, η εκμετάλλευση, η βία και η αδικία αποτελούν τη ρίζα της αρρώστιας και του θανάτου των φτωχών και περιθωριοποιημένων ανθρώπων. Υγεία για όλους θα πρέπει να αποτελεί τη βάση των πολιτικών προτεραιοτήτων κάθε οργανωμένου κράτους.

Στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) ορίζεται ότι «η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία της νόσου ή της ανικανότητας». Ο ορισμός, δηλαδή, αναφέρεται στην έννοια του ατομικού δικαιώματος και συγχρόνως αντιμετωπίζει την υγεία ως κοινωνικό στόχο. Επίσης, διακηρύσσει ότι «η απόλαυση της ύψιστης στάθμης υγείας, που είναι δυνατόν να επιτευχθεί, αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικής πίστης, οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης». Όμως, κάθε ένας έχει –σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata- εκτός από το δικαίωμα στην υγεία και υποχρέωση να κάνει ό,τι είναι δυνατόν για να εξασφαλίσει την υγεία αυτή. Το δικαίωμα για την προστασία της υγείας κατοχυρώνεται και σε άλλα διεθνή νομικά κείμενα, όπως στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948), τον Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης (κυρώθηκε με τον Ν.1426/1984), ενώ με την Συνθήκη του Μάαστριχ (1992) για πρώτη φορά αποτυπώνεται σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, η υποχρέωσή της απέναντι στην προστασία της υγείας των πολιτών της. Στο πλαίσιο λειτουργίας του σύγχρονου ελληνικού κράτους, το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα.

Πιο συγκεκριμένα η συνταγματική κατοχύρωση του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας, εντοπίζεται στο άρθρο 21 παρ. 3, όπου ορίζεται ότι «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών». Υπό την έννοια αυτή, φορείς του δικαιώματος στην υγεία φαίνεται να είναι μόνο οι Έλληνες πολίτες. Σε κείμενο σχολιασμού του παραπάνω άρθρου της Ελληνικής Ένωσης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ)⁸

⁸ www.nchr.gr, πρόσβαση στις 9/9/2013

αναγράφεται η ακόλουθη επισήμανση «Κατ' αρχήν η συνταγματική κατοχύρωση για τους Έλληνες πολίτες δεσμεύει το νομοθέτη μόνο ως προς αυτούς και δεν του απαγορεύει να επεκτείνει τα δικαιώματα αυτά και στους αλλοδαπούς». Επιπλέον συνεχίζει η ΕΕΔΑ η θεμελίωση του δικαιώματος στην υγεία των μεταναστών μπορεί να θεμελιωθεί και στο άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος το οποίο ορίζει ότι «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας. Όπως έχει παρατηρηθεί: «Η εκδοχή ότι οι αλλοδαποί θα μπορούσαν να αφεθούν χωρίς την αναγκαία άμεση βοήθεια προσβάλλει την ίδια την έννοια της αξίας του ανθρώπου, προς την οποία συναρτάται άλλωστε η προστασία της υγείας. Συνεπώς, ούτε και αυτοί μπορούν να αποκλεισθούν του δικαιώματος στην υγεία. Η προστασία της υγείας εκ μέρους του Κράτους αποτελεί αναγκαίο όρο για την πραγμάτωση του περιεχομένου της αρχής του σεβασμού και της προστασίας της αξίας του ανθρώπου. Το δικαίωμα στην υγεία, ως καθολικό δικαίωμα ανεξάρτητο από το *status civitatis*, έχει ως αντικείμενο τη διασφάλιση ενός ελάχιστου περιεχομένου κρατικής παρέμβασης για την προστασία της υγείας. Κριτήριο του δικαιώματος της δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν χρήσης των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Κράτος δεν είναι η οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική κατάσταση του πολίτη, δηλαδή π.χ. η ιδιότητά του ως εργαζομένου που καλύπτεται από ασφάλιση ασθένειας ή η κατάστασή του ως κοινωνικά και οικονομικά αδύνατου μέλους της κοινωνίας (π.χ. απόρου), αλλά απλώς και μόνο η πραγματική του ανάγκη για υγειονομική φροντίδα. Πράγματι, η ύπαρξη και η έκταση της ανάγκης για ιατρική φροντίδα ενός ατόμου πρέπει να συνιστά, αν όχι το μόνο, τουλάχιστον το σημαντικότερο κριτήριο».

Στο Ελληνικό Σύνταγμα, (άρθρο 25, παράγραφο 1) ορίζεται ότι: «[...] Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιση και αποτελεσματική άσκησή τους [...]» και υπό την έννοια αυτή η ελληνική Πολιτεία οφείλει να εξασφαλίσει και να εγγυηθεί την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών.

Στο πλαίσιο του ελληνικού κράτους πρόνοιας, αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (βάσει του ΠΔ 95/2000) τόσο η προστασία της υγείας, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όσο και η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας

στις αρμόδιες υπηρεσίες και μάλιστα χωρίς διακρίσεις και ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

2.2. Δικαίωμα χρήσης του Συστήματος Υγείας από τους Μετανάστες

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών εισήλθε στην πολιτική ατζέντα μετά το 2000. Η τυπική πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες του ΕΣΥ υπήρξε (μετά τις δύο κύριες διαδικασίες νομιμοποίησης 2910/2001 και 3386/2005, ακολούθησε και ο νόμος 3536/2007 που στόχο είχε τον συντονισμό όλων των υπηρεσιών του Κράτους με τις οποίες συναλλάσσεται ο υπήκοος τρίτης χώρας) και παραμένει συνάρτηση της επίσημης απασχόλησης και του νόμιμου καθεστώτος. Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε Εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της Ε.Ε. Σύμφωνα με την εν λόγω εγκύκλιο και ο νόμιμος μετανάστης μπορεί να έχει δωρεάν πρόσβαση στο ΕΣΥ, εφόσον κατέχει βιβλιάριο υγείας εκδιδόμενο από το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένος. Ο μεταναστευτικός νόμος του 2001 (Ν. 2910/2001) χορήγησε επίσημα ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων στους ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία. Ο ασφαλιστικός φορέας που καλύπτει τους περισσότερους νόμιμους μετανάστες είναι το Ι.Κ.Α. Οι παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος και τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς του είναι ίδιες με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων, δηλαδή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας, σύνταξη και λοιπές παροχές. Εντούτοις λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη έκταση της άτυπης εργασίας, πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται κοινωνικής ασφάλισης και επομένως δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας παρακωλύεται από τις πολύμηνες καθυστερήσεις που παρατηρούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής.

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο απολαμβάνουν δικαιώματα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, όμοια με τους Έλληνες πολίτες. Ωστόσο, στο διάστημα που προηγείται της υποβολής του αιτήματός τους για άσυλο, εξομοιώνονται με τους παράνομους αλλοδαπούς, σε ότι αφορά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Το Προεδρικό Διάταγμα 668/18.5.2005 προβλέπει τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων που δεν είναι ασφαλισμένοι ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν οι ίδιοι τα

έξοδα. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει δωρεάν νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία. Για να έχουν δικαίωμα στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι μεν αιτούντες άσυλο πρέπει να έχουν στην κατοχή τους το ειδικό δελτίο αιτούντος άσυλο, οι δε πρόσφυγες πρέπει να διαθέτουν το δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα. Οι ίδιες ακριβώς παροχές ισχύουν και για τους κατόχους ανθρωπιστικού καθεστώτος, ενώ και οι αλλοδαποί ασθενείς με HIV ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες, μπορούν να επωφεληθούν της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας, υπό την προϋπόθεση ότι η κατάλληλη θεραπεία δεν εφαρμόζεται στη χώρα προέλευσής τους.

2.3. Μη νόμιμοι Μετανάστες και Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας. Χωρίς χαρτιά-χωρίς υγεία;

Η πρόσβαση των μεταναστών στο ΕΣΥ αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και τη ζωή⁹. Στην Ελλάδα, ένα μεγάλο τμήμα του μεταναστευτικού πληθυσμού, οι μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα», στερείται της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι αλλοδαποί που δεν διαθέτουν νόμιμο καθεστώς διαμονής στην χώρα μας και δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που να αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, όπως θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής, **δεν επιτρέπεται να λαμβάνουν οποιαδήποτε υπηρεσία από φορείς του δημόσιου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα**. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για ανήλικα παιδιά και για αλλοδαπούς που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία (Άρθρο 84/Ν.3386/2005).

Τα δικαιώματα των μεταναστών «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα»¹⁰ είναι πράγματι πολύ περιορισμένα στην Ελλάδα συγκριτικά με πολλές χώρες της Ε.Ε., όσον αφορά στην πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Στην εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας (αριθμ. Υ4α/οικ.8992/13-7-2000) σχετικά με την «Υγειονομική Περίθαλψη Αλλοδαπών» ορίζεται ότι: «για τους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκομένους στην Ελλάδα θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά

⁹ Η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου της Ελληνικής Δημοκρατίας στην Απόφασή της (2007) για το «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής» στοιχειοθετεί το δικαίωμα στην υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα και συμπεραίνει ότι «το Σύνταγμα επιτάσσει ένα ευρύτερο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη για τους μετανάστες».

¹⁰ Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ιατρική Σχολή (2009)

σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους». Ακριβώς το ίδιο πλαίσιο εξακολουθεί να αναπαράγεται από το Υπουργείο Υγείας, δεκατρία χρόνια μετά, στην τελευταία εγκύκλιος του (αρ. Πρωτ. Υ4α/οικ.70456) στις 25/7/2013.

Η έννοια του επείγοντος, λόγω του προβληματικού της ορισμού, δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα, δεδομένου ότι δεν μπορεί εύκολα να οριστεί, ενώ η προϋπόθεση της παροχής ιατρικής περίθαλψης μόνο σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών ωθεί τους μετανάστες να αναμένουν την επιδείνωση της υγείας τους, πριν καταφύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, **η πρακτική αυτή αντίκειται στην υποχρέωση του κράτους να σέβεται και να προστατεύει στην αξία της ανθρώπινης ζωής.**

Αξία αναφοράς είναι η παράγραφος 4 του άρθρου 85 (Ν.3386/2005) όπου προβλέπεται ότι: «Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν [αυτές] τις διατάξεις διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του ποινικού κώδικα, για παράβαση καθήκοντος». Στην πραγματικότητα ο Νόμος του 2005 διατηρεί τις αυστηρές διατάξεις του προηγούμενου νομομοποιητικού Νόμου (2910/2001) που περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση των «άτυπων» μεταναστών, δηλαδή όσων δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα, στις υπηρεσίες υγείας. Θετική εξέλιξη αποτελεί η κατάργηση της διάταξης του άρθρου 54, «η οποία προέβλεπε την υποχρέωση των διευθυντών θεραπευτηρίων να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την άφιξη σε αυτά αλλοδαπών»¹¹.

Έτσι σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας των Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν (2005)¹², σημαντικό έλλειμμα προκύπτει, κατά βάση στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), όπως για παράδειγμα στον προγεννητικό έλεγχο ο οποίος αν και απαραίτητος για τη διασφάλιση της υγείας αλλά και της ζωής του εμβρύου και της εγκύου «δεν καλύπτεται από το γράμμα του Νόμου, εκτός αν πρόκειται για ανήλικες κυοφορούσες». Πρόβλημα αντιμετωπίζουν, επίσης, όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή χρειαστεί να κάνουν κάποια επέμβαση ή δαπανηρή θεραπεία δεδομένης και της κατά κανόνα δυσχερούς οικονομικής τους θέσης. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει επίσης στους ασυνόδευτους ανηλίκους, που εάν και βάση του Νόμου δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν δεν

¹¹ Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007)

¹² Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν (2005β)

διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα, δεν απολαμβάνουν της προστασίας που ορίζει το διεθνές δίκαιο, καθώς μεταξύ άλλων δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι χώροι για τη στέγασή τους. Αποτέλεσμα της ελλιπούς προστασίας είναι να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία τους καθώς συχνά πέφτουν θύματα σωματεμπορίας, θύματα εργασιακής εκμετάλλευσης, ενώ διαβιούν σε άθλιες συνθήκες¹³.

Μία ακόμα ειδική κατηγορία αλλοδαπών, είναι οι αλλοδαποί που βρίσκονται κρατούμενοι στους Ειδικούς Χώρους Παραμονής Αλλοδαπών (ΕΧΠΑ). Πρόκειται για Κέντρα διοικητικής κράτησης που βρίσκονται στα σημεία εισόδου της χώρας (Σάμος, Χίος, Λέσβος, Έβρος) στα οποία κρατούνται οι αλλοδαποί που συλλαμβάνονται λόγω παράνομης εισόδου στην Ελλάδα. Οι συνθήκες διαβίωσης στα περισσότερα από αυτά τα Κέντρα είναι πολύ άσχημες, ενώ καταγράφονται σημαντικά προβλήματα στις εγκαταστάσεις και στις συνθήκες υγιεινής, καθώς και η ελλιπής πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας δεδομένης της απουσίας απασχόλησης εξειδικευμένου προσωπικού (γιατρού, νοσηλευτικού προσωπικού, ψυχολόγου) και την αδυναμία παραπομπής περιστατικών στα κατά τόπους δημόσια νοσοκομεία.

Τέλος θα πρέπει να επισημάνουμε ότι ο αριθμός των μεταναστών που διαμένουν στη χώρα μας, χωρίς να διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα είναι πολύ δύσκολο θα αποτυπωθεί. Οι εκτιμήσεις για τον αριθμό των μη νόμιμων μεταναστών που ζουν στην χώρα μας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, υπολογίζεται στο τέλος του 2010, γύρω στις 350.000 με 440.000 άτομα. Όπως γίνεται κατανοητό, είναι παρακινδυνευμένο να μιλήσουμε με απόλυτους αριθμούς και μόνο κατ'επίληψη μπορούμε να προσεγγίσουμε τα νούμερα των μη νόμιμων μεταναστών, δεδομένου ότι ούτε το σύνολο των ελληνικών συνόρων μπορεί να ελεγχθεί, ούτε υπάρχει ένα ενιαίο σύστημα καταγραφής των μεταναστών στην ελληνική διοίκηση. Ανεξάρτητα όμως από τον αριθμό τους, αυτό που είναι βέβαιο είναι ότι πρόκειται για ανθρώπινες οντότητες που έχουν το δικαίωμα να απολαύσουν βασικά τους δικαιώματα.

2.4. Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Σημαντικός και ικανός παράγοντας για τον περιορισμό της προσβασιμότητας των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, είναι η υψηλή ιδιωτική οικονομική δαπάνη (out-of pocket payments)¹⁴. Τα ποσοστά των ανασφάλιστων μεταναστών παραμένουν υψηλά ακόμα και για αυτούς που έχουν καταφέρει να νομιμοποιήσουν το καθεστώς

¹³ Human Rights Watch (2008)

¹⁴ European Commission (2008a)

παραμονής τους. Οι ανασφάλιστοι πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι ολόκληρο το ποσό της περίθαλψης, προκαταβάλλοντας το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας. Το κόστος αυτό όμως μπορεί να είναι πολύ υψηλό για αρκετούς μετανάστες οι οποίοι ταυτόχρονα δεν δικαιούνται βιβλιάριο οικονομικής απορίας και αδυνατούν οικονομικά να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Όπως δείχνουν και τα στοιχεία της έρευνας των Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν (2005)¹⁵ οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό οικονομική ανασφάλεια από το γηγενή πληθυσμό, καθώς τα εισοδήματά τους είναι γενικά χαμηλότερα. Είναι επομένως πιθανό πολλοί από τους μετανάστες να μην είναι σε θέση «να αντιμετωπίσουν το κόστος μιας έκτακτης ανασφάλειας [όπως τα] προβλήματα υγείας». Την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνουν συνεπώς, το καθεστώς εργασίας πολλών μεταναστών με την μορφή της αδήλωτης εργασίας που έχει ως συνέπεια να παραμένουν ανασφάλιστοι, τα χαμηλά εισοδήματα των μεταναστών, καθώς και η ιδιαιτερότητα του συστήματος καταβολής «άτυπων αμοιβών» στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Σημαντικό επίσης εμπόδιο στην προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας, δημιουργεί και η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς των επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες και κατ'επέκταση το πλαίσιο των δικαιωμάτων που απορρέουν από το καθεστώς τους. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τα τελευταία 4-5 χρόνια το φαινόμενο της ελλιπούς ενημέρωσης των δημοσίων υπαλλήλων έχει περιοριστεί αισθητά ως απόρροια της εκπαίδευσής τους αλλά και του ενισχυτικού ρόλου των Μη Κυβερνητικών Οργανισμών. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνεται αρκετά και από τα χρόνια προβλήματα της ελληνικής διοίκησης που μεταφράζονται σε μεγάλες καθυστερήσεις στην έκδοση ή ανανέωση των αδειών παραμονής, ως απόρροια των πολυδαίδαλων γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Επιπλέον αντικειμενική δυσκολία στην πρόσβαση των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας, δημιουργεί το εμπόδιο της γλωσσικής επικοινωνίας, λόγω της ελλιπούς γνώσης των μεταναστών της ελληνικής γλώσσας, αλλά και η ελλιπής ενημέρωση των αλλοδαπών σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η παντελής έλλειψη διερμηνέων και διαμεσολαβητών στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά και σε άλλες δομές που απευθύνονται οι μετανάστες, καθώς και η έλλειψη

¹⁵ Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν (2005α)

ενημέρωσης σε γλώσσα που κατανοούν, περιορίζει την διασφάλιση της λήψης ποιοτικών υπηρεσιών.

Σε μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου το 2007¹⁶, αποτυπώνεται ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Τα στοιχεία για την Ελλάδα αφορούσαν 112 ανθρώπους που επισκέφθηκαν τις δύο πολυκλινικές των Γιατρών του Κόσμου σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Σε ερώτηση αναφορικά με την ενημέρωση για τις υπηρεσίες ελέγχου για τον ιό HIV, το 83,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν έχουν γνώση του δικαιώματος χρήσης αυτών των υπηρεσιών. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με τις υπόλοιπες 8 χώρες της μελέτης. "Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως απόρροια της άρνησης του δικαιώματος στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που κατά μεγάλο μέρος αφορά τους μετανάστες χωρίς χαρτιά: ο γενικός κανόνας είναι ότι δεν έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη, επομένως οι εξαιρέσεις σε αυτόν τον κανόνα (στην προκειμένη περίπτωση, η πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες ελέγχου για HIV) είναι, δυστυχώς εύλογα, ελάχιστα γνωστές". Αντίστοιχα είναι τα συμπεράσματα και της μελέτης «Equality in Health: Greek National Report» όπου διαπιστώνεται το έλλειμμα πληροφόρησης και η άγνοια των μεταναστών και προσφύγων σχετικά με τα δικαιώματά τους¹⁷.

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

¹⁶ Γιατροί του Κόσμου -Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο (2007)

¹⁷ European Commission (2006b)

2.5. Επισκόπηση βιβλιογραφίας για έρευνες σχετικές με την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

2.5.1. ΗΠΑ

Στην δευτερογενή έρευνα των Derose¹⁸ et al (2009) γίνεται μία συστηματική καταγραφή όλων των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από το 1996 έως το 2008 και αφορούσαν στην πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προς τους μετανάστες και το κόστος τους. Ανάμεσα στα 1.559 άρθρα που μελετήθηκαν, τα 67 πληρούσαν τα κριτήρια της μελέτης εκ των οποίων το 77% εξέταζε την παράμετρο της πρόσβασης, το 27% την ποιότητα των υπηρεσιών και το 6% το κόστος. Η έρευνα των Derose et al καταλήγει ότι όσοι δεν ήταν αμερικανοί πολίτες και τα παιδιά τους, ήταν λιγότερο πιθανό να διαθέτουν ασφάλεια υγείας και μία πηγή παροχής φροντίδας, ενώ παρουσίαζαν χαμηλότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους αμερικάνους πολίτες. Όσοι από τους συμμετέχοντες στις έρευνες αυτές είχαν γεννηθεί εκτός Αμερικής ή δεν ήταν αγγλόφωνοι, παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας από την χρήση του συστήματος υγείας, ενώ αντιμετώπιζαν-σε μεγαλύτερο βαθμό- διακρίσεις στην επαφή τους με το σύστημα υγείας. Στο σύνολο των μελετών οι μετανάστες παρουσίαζαν μικρότερα επίπεδα πρόσβασης στο σύστημα υγείας σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό. Αξιοσημείωτες διαφορές μάλιστα παρουσιάζονταν και ανάμεσα στις διαφορετικές εθνικότητες των μεταναστών.

2.5.2. Ευρώπη

Στην Ευρώπη, οι έρευνες που εξετάζουν την πρόσβαση των μεταναστών πρώτης γενιάς στις υπηρεσίες υγείας, δεν φαίνεται να εντοπίζουν σημαντικές ανισότητες έναντι του γενικού πληθυσμού. Η έρευνα των Dixon-Woods et al (2005) στην Μεγάλη Βρετανία, αναδεικνύει ικανοποιητική πρόσβαση των μεταναστών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), καταγράφοντας διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών εθνοτικών ομάδων. Μεταξύ των βασικών παραμέτρων που εμπόδιζαν την πρόσβαση, συγκαταλέγονταν η ικανότητα κατανόησης της γλώσσας και η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης σε ότι αφορά τις υπηρεσίες υγείας.

¹⁸ Derose et al (2009)

Αντίστοιχα αποτελέσματα ικανοποιητικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας καταγράφονται και σε έρευνες στην Ολλανδία (Reijneveld 1998, Stronks κ.α. 2001, Uiters κ.α. 2006), η οποία διαθέτει πολύ υψηλά ποσοστά μεταναστευτικού αριθμού σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Οι Hjerp κ.α. (2001), αναφέρουν ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη των Σκανδιναβικών χωρών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, αν και οι μετανάστες ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και διακοπή θεραπείας.

Τέλος για την Ισπανία, η μελέτη των Carrasco-Gariddo κ.α. (2007) σε δείγμα 1.500 ατόμων έδειξε ότι οι μετανάστες είχαν μεγαλύτερα ποσοστά νοσηλείας από τον ισπανικό πληθυσμό (11,4% έναντι 8,2%). Ενώ, η μελέτη των Cots κ.α. (2007) σε νοσοκομείο της Βαρκελώνης έδειξε υψηλότερα ποσοστά χρήσης των επειγόντων περιστατικών από τους μετανάστες.

2.5.3. Ελλάδα

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι έρευνες στην χώρα μας για την πρόσβαση των μεταναστών στο ελληνικό Σύστημα Υγείας, είναι περιορισμένες. Πολλές από τις σχετικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο διπλωματικών εργασιών και επειδή δεν μπορούν να γενικευτούν στον συνολικό μεταναστευτικό πληθυσμό, δεν βρίσκουν την θέση τους στην επιστημονική βιβλιογραφία. Είθισται να καταχωρούνται ως «γκρι» βιβλιογραφία, παρά το γεγονός ότι πολλές εξ αυτών παρουσιάζουν ενδιαφέροντα στοιχεία.

Από τις πιο πρόσφατες δημοσιευμένες έρευνες που εξετάζουν το θέμα της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και καταγράφει ενδιαφέροντα αποτελέσματα, είναι η ερευνητική εργασία *Γνώση και χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες*¹⁹.

Όπως παρουσιάζεται στα αποτελέσματα της έρευνας σε δείγμα 191 μεταναστών που ζούσαν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, το 20,4% (n=39) των μεταναστών δήλωσε ότι γνωρίζουν καλά/πολύ καλά τις υπηρεσίες υγείας, ενώ οι περισσότεροι (n=115, 60,2%) δήλωσαν μέτρια γνώση και το 19,4% (n=37) δήλωσε κακή/πολύ κακή γνώση. Τα σημαντικότερα προβλήματα που ανέφεραν οι μετανάστες σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία (n=115, 60,2%), η ελλιπής επικοινωνία με τους επιστήμονες υγείας

¹⁹ Γαλάνης κ.α. (2012)

(n=87, 45,5%), το υψηλό κόστος (n=74, 38,7%) και η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας (n=65, 34%). Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (n=95, 49,7%) χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα τους τελευταίους 12 μήνες. Το 13,1% (n=25) των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 7,1 ημέρες (10,4). Το 41,9% (n=80) των ασθενών μεταναστών δήλωσε ότι η πρώτη τους ενέργεια ήταν η επίσκεψη σε ιατρό, το 15,2% (n=29) η λήψη φαρμάκων χωρίς ιατρική οδηγία και το 11% (n=21) η επίσκεψη σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Το 62,3% (n=119) δήλωσε ότι τους τελευταίους 12 μήνες προέκυψε ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας, που όμως τελικά δεν ικανοποιήθηκε. Το υψηλό κόστος (n=41, 34,5%) ήταν η σημαντικότερη αιτία που δεν ικανοποιήθηκε η ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας και ακολούθως ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία (n=15, 12,6%) και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου (n=11, 9,2%). Το 46,6% (n=89) δήλωσε ότι τους τελευταίους 12 μήνες προέκυψε ανάγκη λήψης φαρμάκων, που όμως τελικά δεν ικανοποιήθηκε, με το υψηλό κόστος να αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία (n=45, 50,6%). Λίγοι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (n=101, 52,9%) δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, το 29,8% (n=57) δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μέτριες δυσκολίες πρόσβασης και το 17,3% (n=33) ότι αντιμετωπίζει μικρές ή και καθόλου δυσκολίες πρόσβασης. Το 64,4% (n=123) δήλωσε ότι εμπιστεύεται τους επιστήμονες υγείας και το 33,5% (n=64) δήλωσε ότι η συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας απέναντί τους ήταν καλή/πολύ καλή.

Έρευνα της Κοτσώνη (2011) η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 268 ρωσόφωνων μεταναστών²⁰, καταγράφει ότι το 31% των ερωτηθέντων δήλωσε λίγο ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας που είχε λάβει σε δημόσιο νοσοκομείο, το 29% μέτρια ικανοποιημένο, το 13% καθόλου ικανοποιημένο και μόνο το 2,5% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο. Ενώ, μέτρια ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες ιδιωτικών μονάδων υγείας δήλωσε το 36%, πολύ ικανοποιημένο το 17,5%, λίγο ικανοποιημένο το 15% και καθόλου ικανοποιημένο το 3,2%. Για τις υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού τους φορέα λίγο ικανοποιημένο δήλωσε το 30,6%, μέτρια ικανοποιημένο το 22,4%, καθόλου ικανοποιημένο το 16% και πολύ ικανοποιημένο το 4,3%.

Στην ερώτηση «όσες φορές αναζητήσατε φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, πόσο συχνά οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό σας αντιμετώπισαν με σεβασμό», η

²⁰ Κοτσώνη (2011)

πλειοψηφία (57,4%) απάντησε πολλές φορές ή πάντα, το 14,3% μερικές φορές και το 9,6% λίγες φορές. Αντίστοιχα, το 53% δήλωσε ότι το διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό τους αντιμετώπισε με σεβασμό πολλές φορές ή πάντα, το 21,7% μερικές φορές και το 5,6% λίγες φορές.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

3.1. Γενικά

Η συμβολή της μετανάστευσης τόσο στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης, όσο και ευρύτερα στην οικονομία της χώρας είναι πολύ σημαντική. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται ακόμα περισσότερο αν εξετάσουμε τη σχέση μετανάστευσης και ασφαλιστικού συστήματος υπό το πρίσμα των δυσμενών δημογραφικών εξελίξεων που καταγράφονται στη χώρα μας (γήρανση του πληθυσμού) και της επιδείνωσης της σχέσης ασφαλισμένων - συνταξιούχων η οποία είναι απαραίτητη για την ισορροπία του διανεμητικού χαρακτήρα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που ισχύει στην Ελλάδα. Σε συνέχεια της παραπάνω διαπίστωσης, το ζήτημα που πρόκειται να εξεταστεί είναι, κατά πόσον η εργασία των μεταναστών, που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία και άρα ενισχύουν το σκέλος «ασφαλισμένοι», συμβάλλει καταλυτικά στην στήριξη του ασφαλιστικού συστήματος και κατ'επέκταση στην επίλυση των προβλημάτων του. Ο θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί μία από τις βασικές παραμέτρους του σύγχρονου κοινωνικού κράτους, ενώ συμβάλλει καταλυτικά στην βιωσιμότητα του Εθνικού μας Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), δεδομένου ότι ένα μεγάλο μέρος της δαπάνης προς το ΕΣΥ καλύπτεται από πόρους της Κοινωνικής Ασφάλισης (εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων).

3.2. Μετανάστευση και δημογραφική γήρανση

Η γήρανση του πληθυσμού, δηλαδή η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων (65+), είναι κυρίως αποτέλεσμα σημαντικών οικονομικών, κοινωνικών και ιατρικών επιτευγμάτων που έχουν συντελεστεί στον ανεπτυγμένο κόσμο τις τελευταίες δεκαετίες. Παράλληλα, αποτελεί θέμα έντονης ανησυχίας και προβληματισμού των ηγετών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας. Η εξέλιξη αυτή έχει ήδη παρουσιάσει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στα δημόσια οικονομικά των κρατών-μελών της Ε.Ε., όσο και σε θέματα κοινωνικής προστασίας. Τα παρατηρούμενα δημοσιονομικά ελλείμματα έχουν ήδη δημιουργήσει σοβαρό πρόβλημα στη μελλοντική ισορροπία των συστημάτων συνταξιοδότησης και κοινωνικής προστασίας, καθώς και στις δυνατότητες οικονομικής ανάπτυξης της κάθε χώρας.

Στην Ανακοίνωση²¹ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με το Δημογραφικό μέλλον της Ευρώπης, μεταξύ των βασικών παραμέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού καταγράφονται και οι μεταναστευτικές ροές προς την Ευρωπαϊκή Ήπειρο. Το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστευτικών ροών αφορά σε οικονομικά ενεργά άτομα και αυτό συμβάλει τόσο στην ανανέωση του πληθυσμού, όσο και στην ενίσχυση του υπάρχοντος εργατικού δυναμικού. Επιπλέον η συμβολή της μετανάστευσης στα συστήματα παροχών κοινωνικής ασφάλισης και πρωτίστως στο συνταξιοδοτικό σύστημα αποτελεί παράμετρο που απασχολεί τη δημόσια συζήτηση και διαμορφώνει την χάραξη της μεταναστευτικής πολιτικής των κρατών, ιδιαίτερα στις συνθήκες μετά από την κρίση του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη. Ο αλλοδαπός εργάτης είναι μια αναγκαιότητα για τις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες. Οι μετανάστες εξασφαλίζουν για τις χώρες της Δύσης την ανάπτυξη, το υψηλό βιοτικό επίπεδο και την καλή λειτουργία της οικονομικής διαδικασίας, με αποτέλεσμα να αποτελεί ο μετανάστης την ασφαλιστική δικλίδα του συστήματος. Είναι, λοιπόν, η οικονομική επιλογή των αναπτυγμένων χωρών για την κάλυψη των παραγωγικών τους αναγκών, βασική αιτία της μετακίνησης των πληθυσμών από τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες προς την Ευρώπη.

Η παραπάνω προβληματική, όπως είναι αναμενόμενο απασχολεί και την χώρα μας στον ίδιο-αν όχι και σε εντονότερο-βαθμό, από τα άλλα κράτη μέλη της Ε.Ε., λόγω της οικονομικής και δημοσιονομικής κατάστασης της Ελλάδας τα τελευταία πέντε χρόνια (2009-2013). Η σύνδεση μεταξύ μετανάστευσης, κοινωνικής ασφάλισης και βιωσιμότητας του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονων πολιτικών, επιστημονικών και συνδικαλιστικών αντιπαραθέσεων στη δημόσια συζήτηση. Το οξύ δημογραφικό πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού που τα τελευταία χρόνια καλείται να αντιμετωπίσει και η Ελλάδα-για την ακρίβεια οι πρώτες ενδείξεις της δημογραφικής γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού εμφανίστηκαν στην δημόσια συζήτηση από τις αρχές της δεκαετίας του '80-έχει σαν αποτέλεσμα τη σοβαρή διατάραξη της ισορροπίας στην κατανομή μεταξύ ασφαλισμένων και συνταξιούχων και στην περίπτωση αυτή, η αναζήτηση λύσεων για την επιβίωση του συστήματος, οδηγεί τη θεωρητική σκέψη προς την ανάδειξη και αξιοποίηση της συμβολής των εργαζόμενων μεταναστών στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης.

²¹ COM (2006) 571

3.3. Η Ελληνική πραγματικότητα

Επιχειρώντας μία ενδεικτική παρουσίαση της ελληνικής πραγματικότητας ως προς το συγκεκριμένο θέμα, θα πρέπει να ξεκινήσουμε με την διαπίστωση ότι η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας, κατά τη δεκαετία του '90 χαρακτηρίστηκε από την εισροή πληθυσμού από το εξωτερικό σε αντίθεση με τις δεκαετίες του '70 και του '80 που οφειλόταν περισσότερο στη φυσική αύξηση του πληθυσμού²². Η γήρανση του πληθυσμού με τη συνακόλουθη ανισορροπία της αναλογίας εργαζομένων και συνταξιούχων²³ και ο ρόλος της μετανάστευσης στα πλαίσια του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος, αποτέλεσαν και αποτελούν κύριες διαστάσεις στη συζήτηση για τις επιπτώσεις –στη χρηματοδότηση και βελτίωση των χαμηλών συντάξεων- και τις αλλαγές όχι μόνο για τις συντάξεις αλλά και ευρύτερα για την ελληνική κοινωνία. Χαρακτηριστικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι η αναλογία ασφαλισμένων και συνταξιούχων για το έτος 2005 ήταν 1,77 ενώ το 1990 και το 1980 ήταν 2,88 και 3,16 αντίστοιχα²⁴. Επίσης σύμφωνα με την Έκθεση της Εθνικής Στρατηγικής για τις Συντάξεις (2005), οι δημόσιες δαπάνες για τις συντάξεις ήταν για το 2000 στο 12,4% του ΑΕΠ, ενώ το 2030 θα αυξηθούν στο 17,3% και το 2050 στο 22,6%²⁵.

Κατά την περίοδο 2004-2050, ο πληθυσμός της Ελλάδας προβλέπεται να μειωθεί κατά 3% με συρρίκνωση στις ηλικίες κάτω των 64 (περίπου 20%) και με πολύ μεγάλη αύξηση στις ηλικίες άνω των 65 (80%). Ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων²⁶ θα αυξηθεί την περίοδο 2003-2050 κατά 35% (Μπουρίκος, 2006:13) Η γονιμότητα εκτιμάται ότι θα βελτιωθεί οριακά²⁷, ενώ υπολογίζεται πως η εισροή μεταναστών θα παραμείνει ετησίως γύρω στο 0,3-0,4% του πληθυσμού. Το 2050, ο ένας στους τρεις Έλληνες θα είναι άνω των 65 ετών και ο ένας στους δέκα άνω των 80 ετών (Commission/ Economic Policy Committee και Μπουρίκος, 2006).

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, η συζήτηση για το ασφαλιστικό σύστημα συνδέεται με τη μετανάστευση και την συμβολή της στη βελτίωση της δημογραφικής κατάστασης, άρα και της τόνωσης των ασφαλιστικών ταμείων από την άποψη της αύξησης των πόρων, δηλαδή των εισφορών. Όμως στη βιβλιογραφία έχουν προκύψει

²² Δρεττάκης (2005), <http://news.kathimerini.gr>

²³ Η συγκεκριμένη αναλογία ήταν 4 εργαζόμενοι προς 1 συνταξιούχο, κατά τη δεκαετία του 1960, Σακελλαρόπουλος (2011)

²⁴ Μπουρίκος (2006)

²⁵ Commission of the European Communities (2002)

²⁶ Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 65+ /Πληθυσμό ηλικίας 15-64

²⁷ Αύξηση 0,21%, 2004: 1,29% - 2050 : 1,5%

διάφορα ερωτήματα που αφορούν όχι μόνο στη συμβολή των μεταναστών στα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και στον τρόπο αντιμετώπισης της μετανάστευσης σε ευρύτερο πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, βιβλιογραφικά καταγράφεται η άποψη ορισμένων αναλυτών οι οποίοι υποστηρίζουν ότι, δεδομένων των πολιτικών των ευρωπαϊκών χωρών, η μετανάστευση δεν φαίνεται να αποτελεί μια εφικτή λύση (Clark, 2002) για επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στα ασφαλιστικά συστήματα. Συγκεκριμένα στο σύγχρονο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με την επικράτηση της φιλελεύθερης παγκοσμιοποίησης, παρατηρείται η εμφάνιση νέων μορφών απασχόλησης (παράνομη, συμπληρωματική, προσωρινή, οικιακή/προσωπική), καθώς και νέες ομάδες εργατών (ανεπίσημοι, πρόσκαιροι, εποχικοί) που συνδέονται άμεσα με την παγκόσμια ζήτηση για ελαστική εργασία. «Αυτή η ζήτηση έχει ως επακόλουθο την αύξηση της ανεπίσημης εργασίας, καθώς και της εκμετάλλευσης» (Νικολάου, 2006), διαμορφώνοντας νέες μορφές μεταναστών εργαζομένων. Ως συνέπεια των παραπάνω, αρκετοί μετανάστες εργάζονται χωρίς να ασφαλιζονται. Επίσης υποστηρίζεται και η άποψη από αρκετούς αναλυτές, ότι οι κυβερνήτες συνήθως παραβλέπουν τους ενδογενείς παράγοντες της κρίσης του ασφαλιστικού, δηλαδή την εισφοροδιαφυγή, τον τρόπο διαχείρισης του αποθεματικού, την παραοικονομία, και εστιάζουν περισσότερο στους εξωγενείς παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού²⁸.

3.4. Ο ρόλος της μετανάστευσης στην βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος

Στο πλαίσιο της βιβλιογραφικής διερεύνησης του θέματος προκύπτει ότι σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι μελέτες που εξετάζουν το ρόλο της μετανάστευσης, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, στην επίλυση του προβλήματος της γήρανσης του πληθυσμού και του συνταξιοδοτικού συστήματος, υποστηρίζουν ότι η θετική συμβολή της μετανάστευσης στο συνταξιοδοτικό σύστημα είναι προσωρινή καθώς και ότι η μετανάστευση είναι μόνο ένας από τους πολλούς παράγοντες που επιδρούν στην παραπάνω σχέση²⁹.

Στις οικονομικά προηγμένες χώρες, λοιπόν, όπως αναφέρεται στο άρθρο «Ο ρόλος της μετανάστευσης στις μεταβολές του εργατικού δυναμικού και στη βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ελλάδα»³⁰, η μετανάστευση

²⁸ Χλέτσος (2003)

²⁹ United Nations 2000, Coleman 2002 και Blake and Mayhew 2004

³⁰ Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου (2006)

κατέχει μια ιδιαίτερη θέση στη συζήτηση αναφορικά με το μέλλον των συνταξιοδοτικών συστημάτων, ειδικότερα στις περιπτώσεις χωρών όπου το φαινόμενο του baby-boom παρουσιάστηκε με ιδιαίτερη ένταση και στις οποίες η δημογραφική γήρανση αναμένεται ότι θα διευρυνθεί σημαντικά. Η δημογραφική γήρανση δεν πρέπει αβίαστα να ταυτίζεται με την διαχρονική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων μέσα σε ένα πληθυσμό, αφού συνδέεται στενά με τις σημαντικές μεταβολές που αφορούν τόσο στον πληθυσμό -σε ηλικία εργασίας όσο και στον πληθυσμό των νέων ατόμων. Στην περίπτωση των οικονομικά προηγμένων χωρών, η σταδιακή αποχώρηση των γενεών του baby-boom από την αγορά εργασίας θα δημιουργήσει τις συνθήκες για μια μελλοντική στασιμότητα ή ακόμη και συρρίκνωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Η εξέλιξη αυτή θα είναι τόσο πιο πρόωμη χρονικά όσο και πιο έντονη στις περιπτώσεις των χωρών όπου τα χαμηλά επίπεδα γονιμότητας των τελευταίων δεκαετιών δεν επιτρέπουν την αριθμητική αντικατάσταση των γενεών του baby-boom από τις νεότερες γενιές (γενιές του baby-bust). Υπό την έννοια αυτή ο ρόλος της μετανάστευσης αποκτά μια ιδιαίτερη σημασία, στο βαθμό που η συνέχιση των μεταναστευτικών ροών μπορεί να επιβραδύνει την εμφάνιση μιας μελλοντικής συρρίκνωσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Η περίπτωση της Ελλάδας παρουσιάζει κάποιες διαφοροποιήσεις σε σχέση με το προαναφερόμενο πλαίσιο των μελλοντικών μεταβολών στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού. Από τη μία πλευρά, το γεγονός ότι το φαινόμενο του baby-boom ήταν οριακό και όχι γενικευμένο συνηγορεί για μια πιο κανονική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων τα επόμενα χρόνια. Από την άλλη, η ιδιαίτερα έντονη μεταναστευτική εισροή της δεκαετίας του 1990 συνδυάστηκε με σημαντική αύξηση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας ή με άλλα λόγια με μια παράταση στην εμφάνιση καταστάσεων έλλειψης σε εργατικό δυναμικό. Παρόλα αυτά, εξετάζοντας τις μακροχρόνιες προοπτικές του συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ελλάδα από μια καθαρά δημογραφική σκοπιά, θα πρέπει κανείς να λάβει υπόψη του δύο βασικά σημεία: α) ότι με την πάροδο του χρόνου οι μετανάστες θα γερνούν και συνεπώς θα συνταξιοδοτούνται και β) μέσα σε ένα πλαίσιο όπου οι διαχρονικές μεταβολές του λόγου μεταξύ ηλικιωμένων και ατόμων σε ηλικία εργασίας (ή αλλιώς συνταξιούχων/εργαζομένων) είναι καθοριστικές για την βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού συστήματος, οι ανάγκες για αύξηση του εργατικού δυναμικού και ως ένα βαθμό του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, θα είναι συνεχείς και συνεπώς ο ρόλος της μετανάστευσης θα εξακολουθήσει να είναι σημαντικός.

Επιχειρώντας μία πιο συγκεκριμενοποιημένη προσέγγιση της επιρροής που ασκεί η μετανάστευση στο ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα, θα καταφύγουμε στα συμπεράσματα δύο, σχετικών με το θέμα, Αναλογιστικών Μελετών³¹: Η μία Μελέτη διεξήχθη από το τμήμα Γεωγραφίας του Πανεπιστήμιου του Αιγαίου με έτος βάσης το 2006 και αναθέτουσα Αρχή το Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (ΙΜΕΠΟ) και η δεύτερη διεξήχθη από το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με έτος βάσης το 2004.

Στα βασικά τους συμπεράσματα και οι δυο Αναλογιστικές Μελέτες εξάρουν το θετικό ρόλο και τη συμβολή της μετανάστευσης τόσο στην τόνωση των ασφαλιστικών φορέων, όσο και στην ενίσχυση της βιωσιμότητας του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος, δεδομένου ότι οι μετανάστες-μετανάστριες θα «τροφοδοτούν» με τις εισφορές τους τα ταμεία χωρίς να «αξιώνουν» αντίστοιχο επίπεδο παροχών. Ωστόσο καταλήγουν στις ακόλουθες επισημάνσεις:

- ✓ Η θετική συμβολή της μετανάστευσης στο ασφαλιστικό σύστημα, έχει προσωρινό χαρακτήρα, δίνοντας ένα βάθος χρόνου μέχρι το 2026³². Με άλλα λόγια, όπως καταλήγει η μελέτη, η μετανάστευση δεν αποτελεί την λύση στο πρόβλημα της Κοινωνικής Ασφάλισης.
- ✓ Η προσθήκη των ασφαλισμένων μεταναστών, βελτίωσε κατά πολύ την ηλικιακή πυραμίδα, και δόθηκε μία «ηλικιακή ανάσα», ωστόσο δεν παρατηρήθηκε ανάλογη βελτίωση και στον οικονομικό τομέα. Η αιτία πρέπει να αναζητηθεί:
 - ⇒ **πρώτον**, στις λιγότερες ημέρες εργασίας που πραγματοποιούν οι μετανάστες έναντι των Ελλήνων, σ' όλες τις ηλικίες (14,17 έναντι 17,64 των Ελλήνων, κατά μέσο όρο) αλλά και
 - ⇒ **δεύτερον** στους χαμηλότερους μέσους μισθούς που απολαμβάνουν οι μετανάστες έναντι των Ελλήνων (είναι άξιο παρατήρησης, ότι, οι αλλοδαποί απολαμβάνουν υψηλότερους μέσους μισθούς έναντι των Ελλήνων, μόνο μέχρι την ηλικία των 25 ετών).

³¹ Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε ότι ενώ από το 2002 έχει συσταθεί με νόμο (Ν.3029/2002) και λειτουργεί ανεξάρτητη Εθνική Αναλογιστική Αρχή με βασική αποστολή της την διεξαγωγή ετήσιων μελετών βιωσιμότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, ο μέχρι σήμερα απολογισμός της δεν ανταποκρίνεται στους καταστατικούς της σκοπούς.

³² Δεδομένου ότι έτος βάσης της Μελέτης ήταν το 2006, δηλαδή πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι το εκτιμώμενο βάθος χρόνου τοποθετείται εγγύτερα του σήμερα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης και ευχαρίστησης των μεταναστών σε ότι αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας. Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης εξετάζεται σε συνάρτηση με την επίδραση δημογραφικών και οικονομικο-κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, καθώς και χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την μέχρι σήμερα εμπειρία τους, μέσω της προσωπικής επαφής τους με το εθνικό σύστημα υγείας.

4.2. Δεδομένα

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείτο από 126 μετανάστες υπηκόους τρίτων χωρών³³, οι οποίοι διέμεναν στον Νομό Αττικής και προέρχονταν από είκοσι δύο διαφορετικές χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Ανατολικής Ευρώπης. Ειδικότερα οι χώρες καταγωγής των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν οι ακόλουθες: Αφγανιστάν, Αλβανία, Μπαγκλαντές, Κίνα, Κούβα, Γεωργία, Γκάνα, Αίγυπτος, Ερέτρια, Αιθιοπία, Ινδία, Ιράν, Ιράκ, Κένυα, Μολδαβία, Μαρόκο, Νιγηρία, Πακιστάν, Σιέρα Λεόνε, Συρία, Τουρκία και Ουκρανία.

Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν πάνω από 17 χρόνων, διέμεναν νόμιμα στην Ελλάδα και ήταν μετανάστες πρώτης γενιάς. Ο λόγος που αποκλείσαμε τη συμμετοχή στην έρευνα των μεταναστών δεύτερης γενιάς, οφείλονταν στο γεγονός ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς, δηλαδή οι μετανάστες που έχουν γεννηθεί και μεγαλώσει στην Ελλάδα, ακόμα και αν δεν διαθέτουν την ελληνική υπηκοότητα, δεν διαφοροποιούνται από τον γηγενή πληθυσμό, σε θέματα γνώσης της γλώσσας και κουλτούρας, του πλαισίου λειτουργίας της κοινωνίας και γενικότερα – επειδή στο σύνολο τους -έχουν ολοκληρώσει το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα, αποτελούν άτομα απόλυτα ενταγμένα στην ελληνική κοινωνία, που δεν αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες πρόσβασης και ένταξης των μεταναστών πρώτης γενιάς.

Οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν προφορικά για τον σκοπό και το πλαίσιο μέσα στο οποίο λάμβανε χώρα η έρευνά μας, προτού κληθούν να συμμετάσχουν σ αυτήν, προκειμένου να αποφασίσουν εάν επιθυμούν ή όχι να συμμετάσχουν εθελοντικά στη

³³ Στο Άρθρο 1 του Ν. 3386/2005 ως Υπήκοος τρίτης χώρας ορίζεται «το φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ούτε την ιθαγένεια άλλου κράτους - μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την έννοια του άρθρου 17 παράγραφος 1 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας».

μελέτη. Είναι σαφές ότι δεν ασκήθηκε κανενός είδους πίεση για την συμμετοχή τους. Ο κάθε ερωτώμενος ενημερώνονταν ότι η συμμετοχή του στην έρευνα είναι ανώνυμη, οι πληροφορίες που καταγράφονταν ήταν απολύτως εμπιστευτικές και ότι πρόσβαση σ αυτές επρόκειτο να έχει μόνο το άτομο που πραγματοποιούσε την έρευνα. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι κανένας μετανάστης από όσους απευθυνθήκαμε δεν αρνήθηκε τη συμμετοχή του στην έρευνα.

4.2.1. Συλλογή δεδομένων

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε η φόρμα ειδικού ερωτηματολογίου (παρατίθεται στο Παράρτημα). Η τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε, βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο της ερευνητικής εργασίας «Γνώση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από Μετανάστες³⁴» που χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο αντίστοιχη μελέτης του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και ευχαριστούμε για ακόμα μια φορά όλη την ερευνητική ομάδα και ειδικότερα τον κύριο Πέτρο Γαλάνη για την βοήθειά του.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιελάμβανε δημογραφικά και κοινωνικά ερωτήματα, ερωτήματα αναφορικά με την υγεία των μεταναστών, την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, τη γνώση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ερωτήματα που σχετίζονταν με το αίσθημα εμπιστοσύνης τους προς τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τους επαγγελματίες υγείας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω συνεντεύξεων. Απεφεύχθη η διανομή και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, προκειμένου να περιοριστεί η πιθανότητα εσφαλμένης συμπλήρωσής τους, είτε λόγω δυσκολιών στη γραφή και στην ανάγνωση, είτε λόγω ανεπαρκούς κατανόησης κάποιων ερωτημάτων. Όταν ολοκληρώθηκε η κατάρτιση του ερωτηματολογίου, έγινε δοκιμαστική εφαρμογή και συμπλήρωσή του σε πληθυσμό δέκα ατόμων του δείγματός μας, προκειμένου να ελεγχθούν τυχόν αστοχίες ή κενά στο περιεχόμενό του.

Η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε το Μάρτιο του 2012 και ολοκληρώθηκε το Μάιο του 2013. Ωστόσο ο πραγματικός χρόνος της συλλογής των δεδομένων, στο παραπάνω διάστημα, ήταν έξι μήνες. Πρόκειται για διαστρωματική μελέτη (**panel**),

³⁴ Γαλάνης κ.α. (2012)

καθώς η συλλογή των δεδομένων μας αφορούσε στην τριετία 2009-2011, επομένως στην έρευνα μας υπήρχαν οι διαστάσεις α) των δεδομένων, πολλοί μετανάστες (N) και β) του χρόνου, πολλά χρόνια (T).

Ο μέγιστος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου μέσω της συνέντευξης, ήταν δέκα λεπτά, αλλά όπως απεδείχθη, ο χρόνος της συζήτησης ήταν κατά πολύ μεγαλύτερος, δεδομένου ότι οι περισσότεροι μετανάστες επιθυμούσαν να καταθέσουν την προσωπική τους εμπειρία και σε θέματα που δεν συμπεριλαμβάνονταν στην παρούσα μελέτη. Πολλές φορές η ανάγκη τους να μιλήσουν και πολύ περισσότερο η ανάγκη τους να επικροτήσουν ή να καυτηριάσουν συγκεκριμένες πρακτικές με τις οποίες είχαν έρθει αντιμέτωποι, οδηγούσε τη συζήτηση στην ονομαστική αναφορά συγκεκριμένων νοσοκομείων από τα οποία είχαν εμπειρία, καθώς δεν ήταν λίγες και οι φορές που θέλησαν να αναφερθούν σε προσωπικά τους θέματα υγείας και τις δυσκολίες που τους δημιουργούσαν στη ζωή τους. Επίσης αρκετές φορές αναφέρθηκαν σε συγκεκριμένα περιστατικά εκφράζοντας ένα διαφορετικό βαθμό ικανοποίησης κατά την πρόσβασή τους σε διαφορετικά νοσηλευτικά ιδρύματα του Νομού Αττικής, αναδεικνύοντας έτσι τον προσωπικό στοιχείο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως βασική παράμετρο προσδιορισμού του βαθμού ικανοποίησης τους από το ΕΣΥ. Δηλαδή καταγράφηκαν περιπτώσεις όπου στο ερώτημα αν είναι ευχαριστημένοι από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας τους κατά την τριετία 2009-2011 (εξαρτημένη μεταβλητή του μοντέλου μας), ο ίδιος ερωτώμενος απάντησε «πολύ ευχαριστημένος από το προσωπικό του Νοσοκομείου Α» και «καθόλου ευχαριστημένος από το προσωπικό του Νοσοκομείου Β». Αναφέρθηκαν επίσης και σε περιστατικά που προχώρησαν σε άτυπες μορφές πληρωμών (φακελάκι) είτε γιατί το ζήτησε ο ίδιος ο γιατρός, είτε γιατί οι ίδιοι οι μετανάστες θέλησαν με τον τρόπο αυτό να ευχαριστήσουν για υπηρεσίες που είχαν λάβει, είτε ακόμα γιατί γνωρίζοντας πια αρκετά καλά την νοοτροπία και το *εθιμικό κεκτημένο* της χώρας υποδοχής, θέλησαν να επισπεύσουν κάποιο ιατρικό ραντεβού.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων ήταν η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας» (snowball sampling). Η επιλογή τυχαίου δείγματος από τον πληθυσμό-πηγή των μεταναστών ήταν πρακτικά ανέφικτη, καθώς δεν ήταν δυνατή η απογραφή όλων των μεταναστών. Για τον λόγο αυτόν, επιλέχθηκε η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας». Στην περίπτωση αυτή, αρχικά προσεγγίστηκαν ορισμένοι μετανάστες με ευρύ δίκτυο

γνωριμιών, γεγονός που έδωσε τη δυνατότητα επαφής με ολοένα και περισσότερους μετανάστες με την πάροδο του χρόνου. Με τον τρόπο αυτόν, αυξανόταν συνεχώς το δείγμα των μεταναστών με τη μορφή «χιονοστιβάδας».

Ειδικότερα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο:

- του χώρου απασχόλησης της γράφουσας, η οποία στο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, εργάζονταν ως υπεύθυνη διαχείρισης του προσωπικού Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης, πολύ από τους οποίους είχαν το καθεστώς του μετανάστη (3-5/12).
- του 16^{ου} αντιρατσιστικού φεστιβάλ που οργανώθηκε στην Αθήνα 6-8/7/2012
- της συνάθροισης Πεντηκοστιανών χριστιανών The living Christ gospel ministries στην οποία συμμετείχαν άτομα από όλη την Αφρική (7/12)
- μίας ευρείας ομάδας μεταναστών καταγόμενοι από το Πακιστάν (9-11/12)
- του γραφείου εξυπηρέτησης γεωργιανών μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα (2-3/13)
- αιθιοπικών καταστημάτων που λειτουργούν στην περιοχή της Κυψέλης και στο γνωστό, σε όλους τους Αιθίοπες, αιθιοπικό εστιατόριο της περιοχής (2-3/13)
- δικτύου γνωριμιών
- στις εγκαταστάσεις του Κέντρου Εκπαιδευτικής Κατάρτισης «ΑΚΜΩΝ» που υλοποιούσε πρόγραμμα κατάρτισης σε ομάδα μεταναστών από διάφορες χώρες (4-5/13).

Η πρόσβαση σε όλους τους παραπάνω χώρους έγινε ευκολότερη λόγω της συνδρομής και της βοήθειας των κατάλληλων ατόμων από κάθε χώρο. Η επικοινωνία πραγματοποιήθηκε με την χρήση της ελληνικής ή της αγγλικής γλώσσας, ενώ στις περιπτώσεις που οι μετανάστες επικοινωνούσαν μόνο την μητρική τους γλώσσα (η οποία δεν ήταν η αγγλική), χρέη διερμηνέα αναλάμβανε το άτομο/μετανάστης που είχε μεσολαβήσει για την αρχική επικοινωνία.

Το στατιστικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων είναι το panel, καθώς η έρευνά μας διαθέτει δυο παραμέτρους/οδηγούς: πολλοί μετανάστες (N=126) και πολλά χρόνια (2009-2011). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης του στατιστικού προγράμματος **Stata (ver. 11)**.

4.3. Στατιστική περιγραφή δεδομένων

Το μοντέλο μας αποτελείται από την εξαρτημένη μεταβλητή y και δεκατρείς ανεξάρτητες μεταβλητές x_s . Αναλυτικότερα οι μεταβλητές του μοντέλου είναι οι ακόλουθες:

Η **εξαρτημένη μεταβλητή y** η οποία περιγράφει την *ευχαρίστηση ή όχι των μεταναστών από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν στο διάστημα της τριετίας 2009-2011 (satisfaction)*. Η εξαρτημένη μεταβλητή, εκτιμάται στο μοντέλο μας ως εξής: Όχι=0, Ναι=1.

Και οι **ανεξάρτητες μεταβλητές**:

X_1 , η οποία αποτυπώνει το *φύλο (gender)* των συμμετεχόντων. Η μεταβλητή του φύλου εκτιμάται στο μοντέλο μας ως εξής: άνδρας=0 και γυναίκα=1.

X_2 , η οποία περιγράφει την *ηλικία (age)* των συμμετεχόντων και εκτιμάται στο μοντέλο μας ως εξής: 0-29 ετών=1, 30-65 ετών=2 και 65+ετών=3.

X_3 , η οποία περιγράφει την *χώρα καταγωγή (country)* του δείγματος της έρευνας. Στην μελέτη καταγράφονται 22 χώρες καταγωγής μεταναστών.

X_4 , η οποία καταγράφει το *διάστημα διαμονής στην Ελλάδα (residence)* των μεταναστών του δείγματός μας.

X_5 , η οποία καταγράφει την *ικανότητα κατανόησης της ελληνικής γλώσσας (understanding)*, των μεταναστών που μετείχαν στην έρευνα. Η εν λόγω μεταβλητή εκτιμάται ως εξής: Πολύ Κακή=0, Κακή=1, Μέτρια=2, Καλή=3, Πολύ Καλή=4.

X_6 , η οποία καταγράφει το *εκπαιδευτικό επίπεδο (education)* των ερωτηθέντων και εκτιμάται ως εξής: Αναλφάβητος=0, Δημοτικό (περίπου 6 χρόνια σχολείο)=1, Γυμνάσιο-Λύκειο (περίπου 9-12 χρόνια σχολείο)=2, Κολέγιο-Σχολή (13-15 χρόνια σχολείο)=3, Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση=4, Μεταπτυχιακές Σπουδές=5.

X_7 , η οποία καταγράφει το *επάγγελμα (job)* των ερωτηθέντων και εκτιμάται ως εξής: Άνεργος=0, Ιδιωτικός Υπάλληλος=1, Ελεύθερος Επαγγελματίας=2, Συνταξιούχος=3, Σπουδαστής=4.

X_8 , η οποία καταγράφει τα *χρόνια ασφάλισης των μεταναστών κατά στην τριετία 2009-2011 (insurance)*.

X_9 , η οποία καταγράφει το *ατομικό εισόδημα (income)* των ερωτηθέντων.

X₁₀, η οποία καταγράφει την συμμετοχή ή όχι σε κάποια κοινωνική-πολιτιστική-θρησκευτική οργάνωση/ομάδα της χώρας καταγωγής (**community**) του δείγματος της έρευνά μας.

X₁₁, η οποία καταγράφει αν πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, κατά την τριετία 2009-2011 και για το λόγο αυτό χρειάστηκε να λάβουν ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες σε τακτά χρονικά διαστήματα (**disease**). Η μεταβλητή εκτιμάται ως εξής: Όχι=0, Ναι=1.

X₁₂, η οποία καταγράφει αν τους ζητήθηκε να πληρώσουν επιπλέον χρήματα για τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν σε κάποιο Νοσοκομείο κατά την τριετία 2009-2011 (**payment**) και εκτιμάται ως εξής: Όχι=0, Ναι=1.

X₁₃, η οποία καταγράφει το αν εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας (Γιατρούς, Νοσηλευτές) των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων ή του Ασφαλιστικού τους Φορέα (**trust**). Η μεταβλητή εκτιμάται ως εξής: Καθόλου=0, Λίγο=1, Μέτρια=2, Πολύ=3, Πάρα Πολύ=4.

4.3.1. Χαρακτηριστικά δείγματος

Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται οι χώρες προέλευσης των μεταναστών του δείγματός μας, ο αριθμός και το ποσοστό των συμμετεχόντων ανά χώρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Χώρες προέλευσης μεταναστών

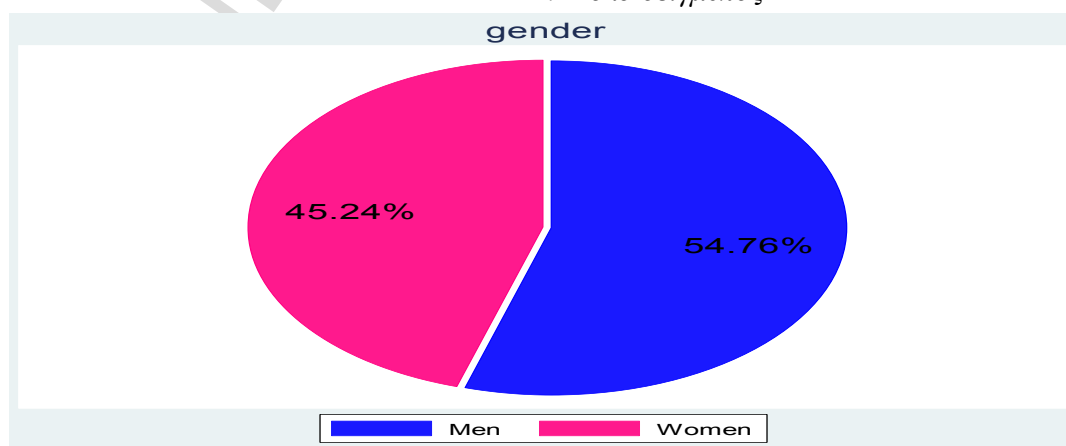
A/A	Χώρες	Συμμετέχοντες	Ποσοστό %
1	Αφγανιστάν	2	1.59 %
2	Αλβανία	14	11.11 %
3	Μπαγκλαντές	1	0.79 %
4	Κίνα	1	0.79 %
5	Κούβα	1	0.79 %
6	Γεωργία	14	11.11 %
7	Γκάνα	4	3.17 %
8	Αίγυπτος	3	2.38 %
9	Ερέτρια	2	1.59 %
10	Αιθιοπία	25	19.84 %

11	Ινδία	4	3.17 %
12	Ιράν	2	1.59 %
13	Ιράκ	1	0.79 %
14	Κένυα	4	3.17 %
15	Μολδαβία	1	0.79 %
16	Μαρόκο	1	0.79 %
17	Νιγηρία	16	12.70 %
18	Πακιστάν	20	15.87 %
19	Σιέρα Λεόνε	1	0.79 %
20	Συρία	3	2.38 %
21	Τουρκία	1	0.79 %
22	Ουκρανία	5	3.97 %
Σύνολο		126 άτομα	100 %

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνά μας προέρχονταν από την *Αιθιοπία* σε ποσοστό περίπου 20%, ακολουθούν οι *Πακιστανοί* σε ποσοστό περίπου 16%, οι *Νιγηριανοί* σε ποσοστό περίπου 13% και οι *Γεωργιανοί* και οι *Αλβανοί* με ποσοστό 11%.

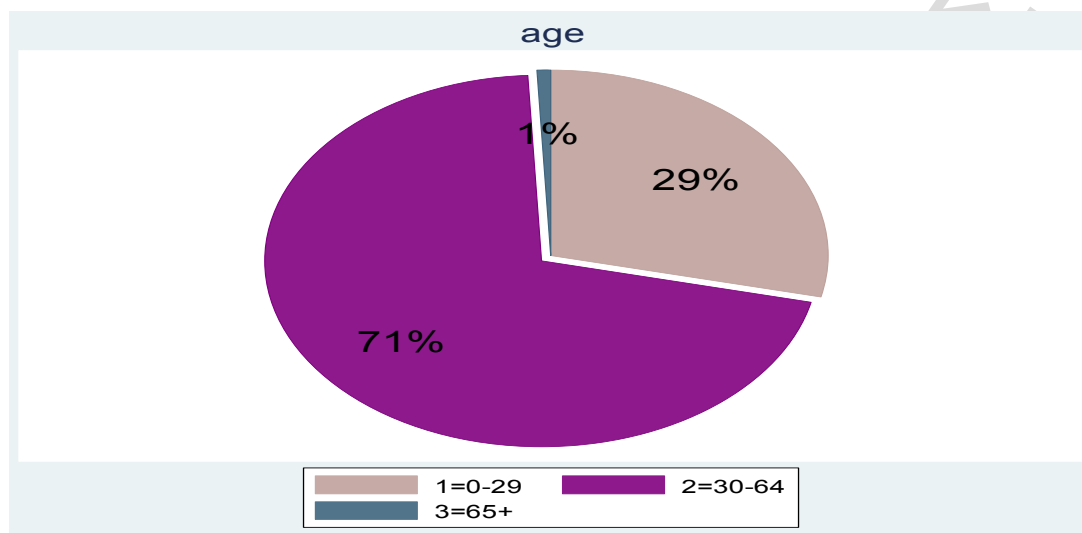
Στον Διάγραμμα 1, παρουσιάζεται το φύλο του δείγματος της έρευνας. Όπως προκύπτει από τα δεδομένα, παρατηρείται μία σχετικά ισόρροπη συμμετοχή μεταξύ των δυο φύλων, με τους άντρες ερωτηθέντες να συμμετέχουν στο δείγμα μας σε ποσοστό περίπου 55% και τις γυναίκες σε ποσοστό 45%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Φύλο δείγματος



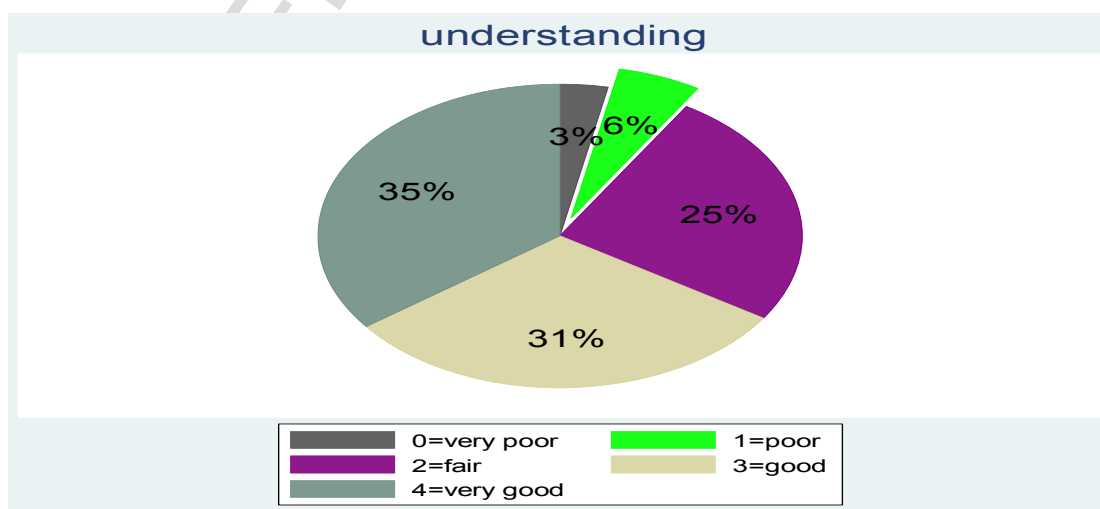
Στο Διάγραμμα 2, παρουσιάζεται η ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου μας «age». Όπως παρατηρούμε, στο δείγμα της έρευνάς μας παρουσιάζεται η μεγαλύτερη συγκέντρωση 71% στην τιμή 2, δηλαδή στις ηλικίες 30-64, ενώ αμέσως μετά ακολουθεί η τιμή 1 σε ποσοστό 29%, δηλαδή οι ηλικίες 0-29. Στο δείγμα της έρευνάς μας οι ηλικίες άνω των 65 συμμετέχουν σε ποσοστό 1%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ηλικία του δείγματος



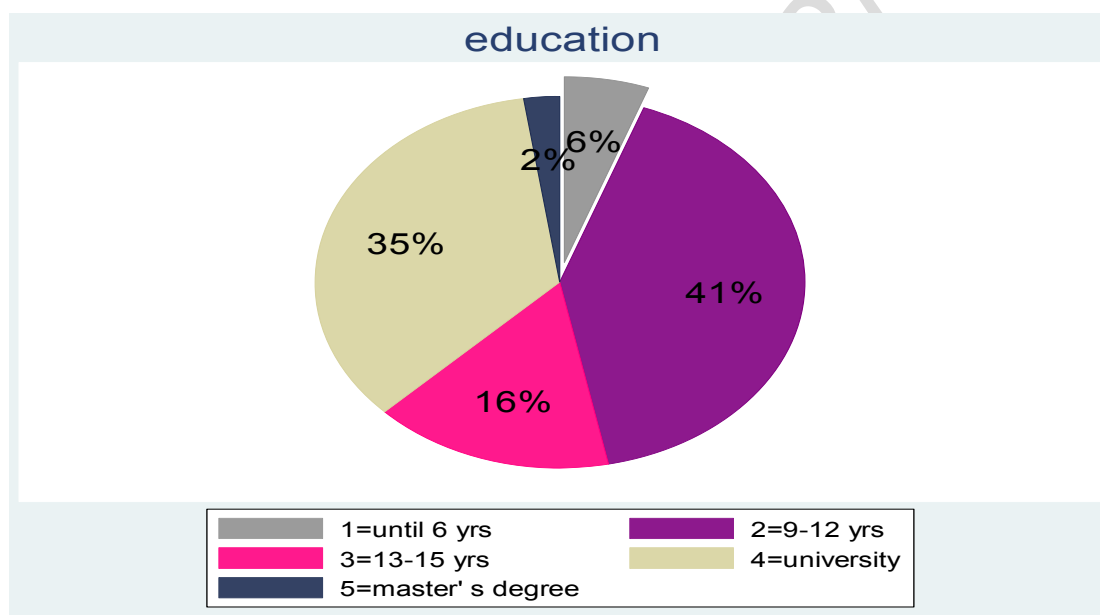
Στο Διάγραμμα 3, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «understanding», δηλ. της ικανότητας των μεταναστών του δείγματός μας να κατανοούν την ελληνική γλώσσα. Όπως προκύπτει από το διάγραμμα, το 35% των ερωτηθέντων κατανοεί σε πολύ καλό βαθμό την ελληνική γλώσσα, το 31% σε καλό βαθμό, το 25% κατανοεί σε μέτριο βαθμό της ελληνική γλώσσα, το 6% διαθέτει κακό βαθμό κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, ενώ μόλις το 3% δεν μιλάει καθόλου ελληνικά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Κατανόηση ελληνικής γλώσσας



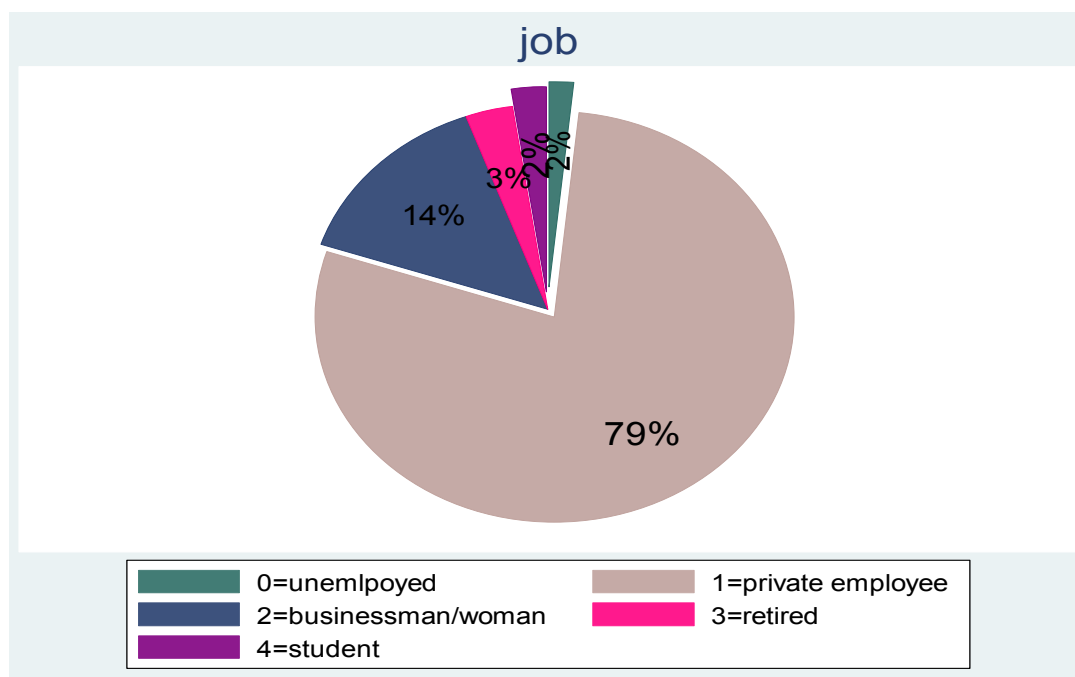
Στο Διάγραμμα 4, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «education», δηλ. του εκπαιδευτικού επιπέδου των μεταναστών του δείγματός μας. Από το παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το δείγμα των μεταναστών της έρευνάς μας διαθέτει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης (τιμή 1) σε ποσοστό 6%, το 41% των ερωτηθέντων διαθέτουν δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (τιμή 2= 9-12 χρόνια εκπαίδευσης) το 16% διαθέτει μετα-δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (τιμή 3= 13-15 χρόνια εκπαίδευσης), το 35%, έχει λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση (τιμή 4), ενώ σε ποσοστό 2% έχουν λάβει μεταπτυχιακή εκπαίδευση-masters (τιμή 5). Στο δείγμα της έρευνας μας δεν υπήρξε κανένας αναλφάβητος (τιμή 0).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων



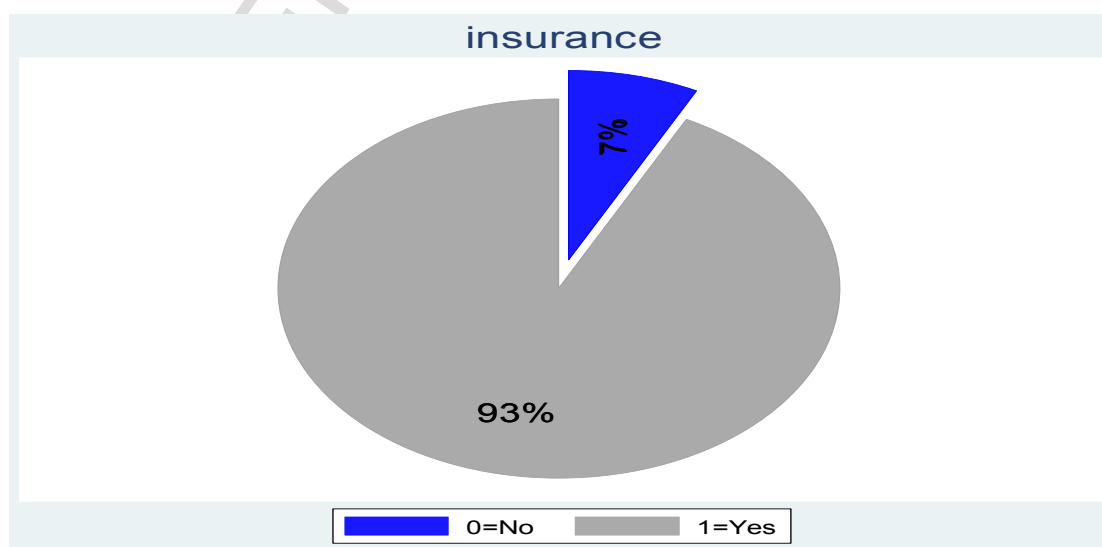
Στο Διάγραμμα 5, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «job» που δείχνει την κατηγορία επαγγέλματος των συμμετεχόντων στην έρευνα. Από το παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 79% των συμμετεχόντων στην έρευνα απασχολούνταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (τιμή 1). Σε ποσοστό 14% απασχολούνταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες (τιμή 2). Σε ποσοστό 3% οι μετανάστες του δείγματός μας ήταν συνταξιούχοι (τιμή 3), σε ποσοστό 2% ήταν σπουδαστές-φοιτητές (τιμή 4) και τέλος το 2% του δείγματός μας αποτελούνταν από άνεργους μετανάστες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Επαγγελματική κατηγορία ερωτηθέντων



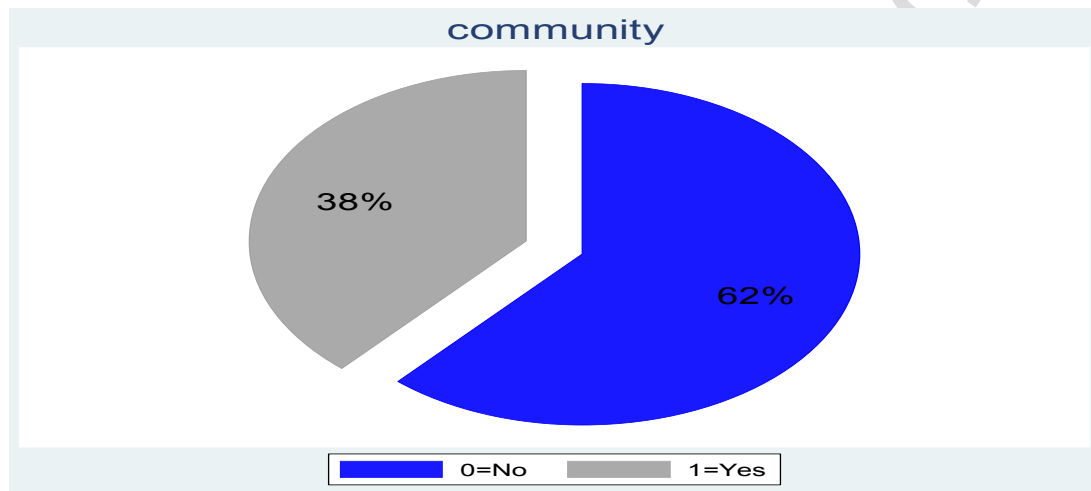
Στο Διάγραμμα 6, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «insurance» που αποτυπώνει τα χρόνια ασφάλισης των μεταναστών του δείγματός μας, μέσα στο χρόνο μελέτης (2009-2011). Από το διάγραμμα διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματός μας και συγκεκριμένα σε ποσοστό 93%, ήταν ασφαλισμένο σε όλη την περίοδο της μελέτης μας. Αυτό οφείλεται στην υποχρέωσή τους να έχουν πάντα ασφάλιση, προκειμένου να μπορούν να ανανεώνουν τις άδειες παραμονής τους στην Ελλάδα. Όπως ήδη έχουμε αναφέρει η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε σε δείγμα μεταναστών που διέμεναν νόμιμα στην χώρα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Ασφάλιση μεταναστών στο χρόνο της μελέτης



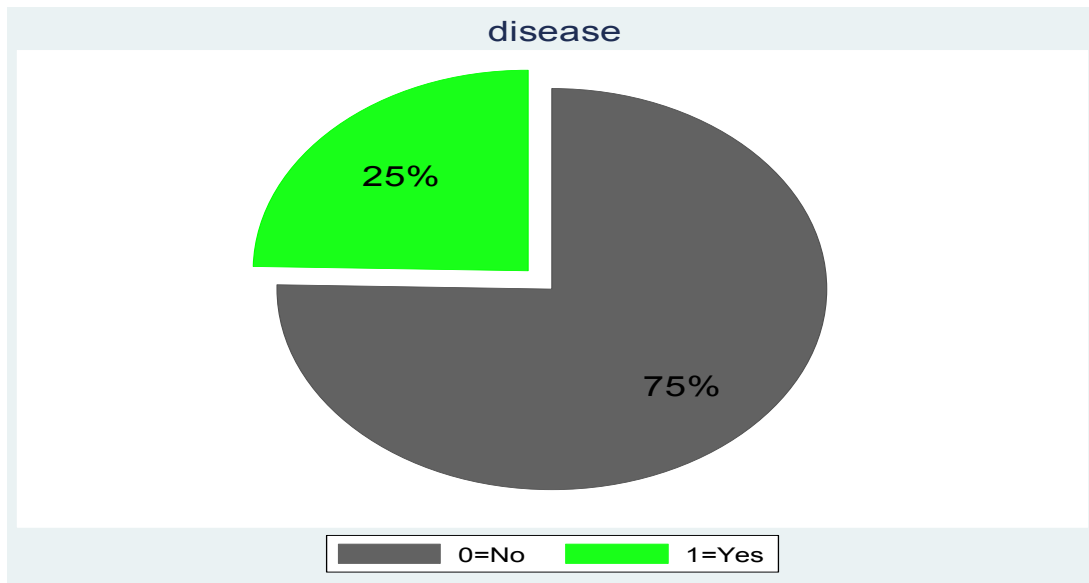
Στο Διάγραμμα 7, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «community», δηλαδή της συμμετοχής ή όχι του δείγματος σε κοινότητα (θρησκευτική, κοινωνική, πολιτιστική) της χώρας καταγωγής. Από το διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 62% του δείγματος της έρευνας δεν συμμετείχε σε κοινότητα της χώρας καταγωγής του, ενώ το 38% ήταν μέλος κάποιας κοινότητας. Κατά κύριο λόγο, η κοινότητα αυτή ήταν θρησκευτική.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Συμμετοχή σε κοινότητα της χώρας καταγωγής



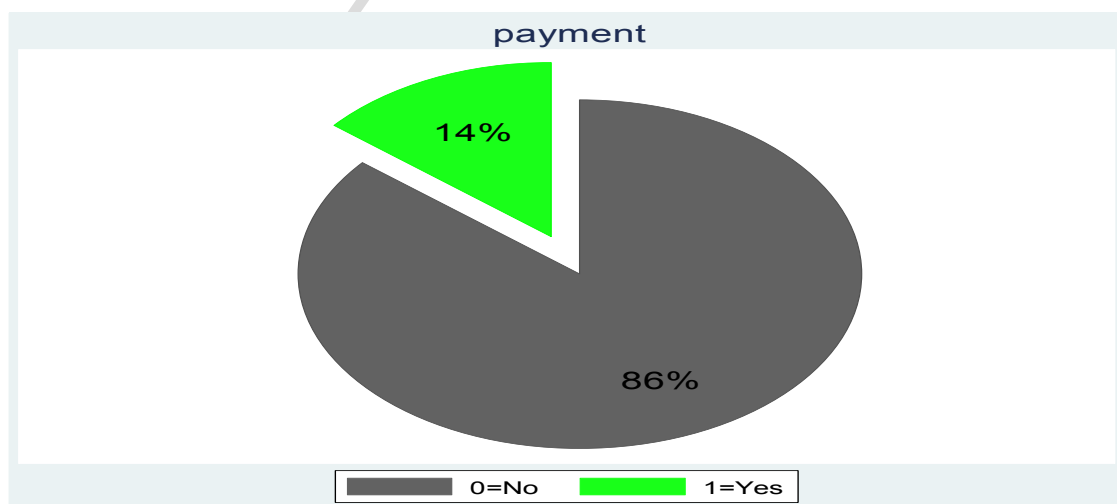
Στο Διάγραμμα 8, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «disease», η οποία αποτυπώνει αν οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας έπασχαν από κάποιο χρόνια νόσημα, κατά το χρόνο διεξαγωγής της μελέτης, γεγονός που θα τους υποχρέωνε να επισκέπτονται τακτικά κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Παρατηρούμε ότι το 75% των μεταναστών της έρευνας, δεν έπασχε από χρόνια νόσημα κατά τη τριετία 2009-2011.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Χρόνιο νόσημα



Στο Διάγραμμα 9, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «**payment**». Η εν λόγω μεταβλητή καταγράφει την πληροφορία αν ζητήθηκε ή όχι από το δείγμα των μεταναστών της έρευνας να πληρώσουν χρήματα για τις υπηρεσίες που έλαβαν από το/τα νοσοκομείο/α στο χρόνο μελέτης μας (2009-2011). Στο διάγραμμα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα σε ποσοστό 86%, απάντησε ότι δεν ζητήθηκε η καταβολή χρημάτων για τις υπηρεσίες που έλαβαν στο δημόσιο νοσοκομείο.

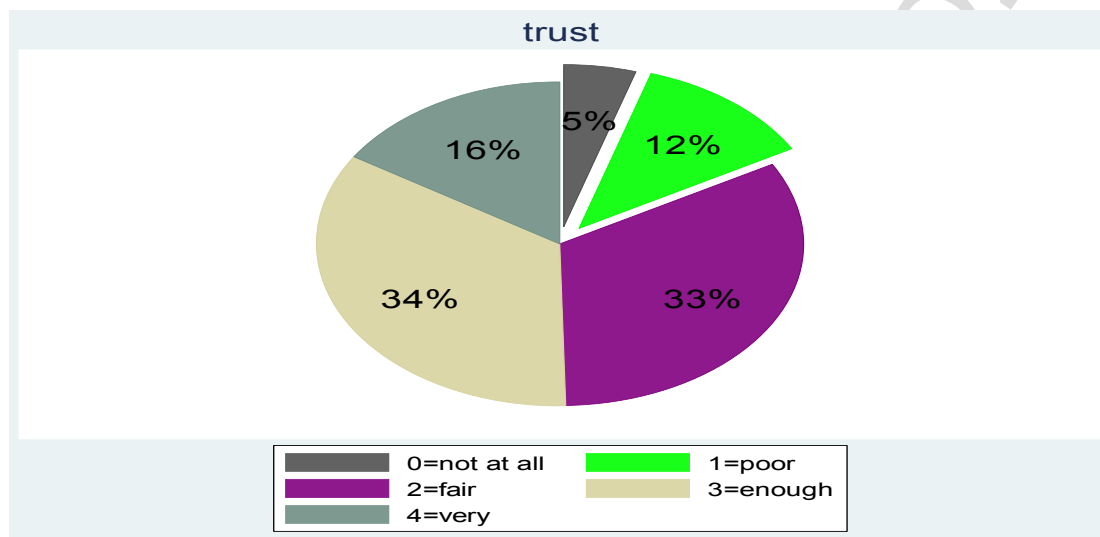
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Πληρωμή προσφερομένων υπηρεσιών



Στο Διάγραμμα 10, παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «**trust**». Η εν λόγω μεταβλητή καταγράφει σε μία κλίμακα από το 0 έως το 4, τον βαθμό εμπιστοσύνης των μεταναστών του δείγματος απέναντι στους επαγγελματίες υγείας

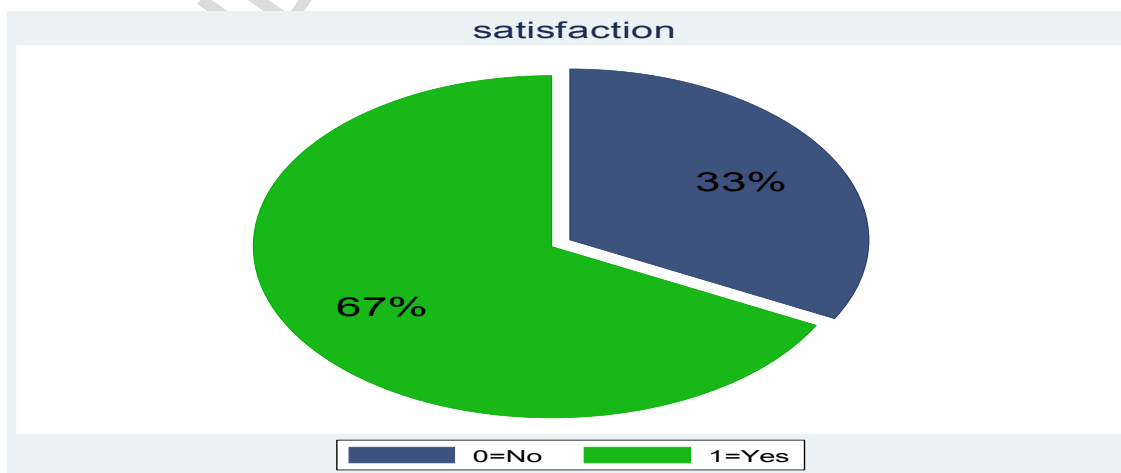
και συγκεκριμένα στους γιατρούς και νοσηλευτές των δημοσίων νοσοκομείων. Στο διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 5% του δείγματος δεν εμπιστεύεται καθόλου τους επαγγελματίες υγείας των δημοσίων νοσοκομείων, το 12% εμπιστεύεται λίγο, το 33% δηλώνει ότι εμπιστεύεται μέτρια τους γιατρούς-νοσηλευτές, το 34% εμπιστεύεται πολύ και τέλος το 16% του δείγματος δήλωσε ότι εμπιστεύεται πάρα πολύ τους επαγγελματίες υγείας των δημοσίων νοσοκομείων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας



Τέλος, στο Διάγραμμα 11, παρουσιάζεται η κατανομή της εξαρτημένης μεταβλητής **satisfaction** του δείγματος της έρευνας. Ειδικότερα, από το Διάγραμμα 10, προκύπτει ότι το **67%** των ερωτηθέντων έχουν μείνει ευχαριστημένοι από την πρόσβασή τους στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, ενώ το **33%** εξέφρασε αντίθετη άποψη από την επαφή του με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Βαθμός ικανοποίησης μεταναστών από το ελληνικό σύστημα υγείας



Ακολουθώς δίνουμε στο stata την εντολή `sum` με την y και όλες τις X_s , για να έχουμε την πρώτη περιγραφή των δεδομένων μας. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Στατιστική περιγραφή δεδομένων

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
satisfaction	141	.6737589	.4705081	0	1
gender	378	.452381	.4983869	0	1
age	378	1.722222	.4659019	1	3
country	378	11.51058	5.982835	1	22
residence	378	13.43254	8.028056	0	38
understand~g	378	2.891534	1.051149	0	4
education	378	2.873016	1.032502	1	5
job	378	1.261905	.6576855	0	4
insuranse	378	.9206349	.2657208	0	1
income	378	707.4153	483.1436	0	4000
community	375	.384	.4870077	0	1
disease	378	.2460317	.4312681	0	1
payment	143	.1398601	.348061	0	1
trust	375	2.448	1.047962	0	4

Στα παραπάνω αποτελέσματα, καταγράφονται τα ακόλουθα:

- Στην πρώτη στήλη παρουσιάζονται οι μεταβλητές (αρχικά η εξαρτημένη και ακολούθως οι ανεξάρτητες)
- Στη δεύτερη στήλη υπάρχει ο αριθμός των καταγεγραμμένων παρατηρήσεων (obs) ανά μεταβλητή.
- Ακολουθεί ο Μέσος Όρος (Mean) των παρατηρήσεων ανά μεταβλητή
- Η στήλη της Τυπικής Απόκλισης (Std. Dev.) μας δείχνει τις τελικές τιμές που μπορεί να πάρει κάθε μεταβλητή. Για παράδειγμα η εξαρτημένη μπορεί να έχει τιμές από 0,674 (Mean) συν / πλην (+/-) 0,471 (Std. Dev.). Ο μέσος όρος πρέπει να είναι μεγαλύτερος από την τυπική απόκλιση, προκειμένου να έχουμε μία κανονική-σφικτή κατανομή. Στην περίπτωση του μοντέλου μας, διαπιστώνουμε ότι τρεις μεταβλητές (community, disease και payment) παρουσιάζουν τυπική απόκλιση μεγαλύτερη του μέσου όρου.
- Η στήλη με την ένδειξη Min καταγράφει τις μικρότερες τιμές κάθε μεταβλητής, ενώ
- Η στήλη με την ένδειξη Max καταγράφει τις μεγαλύτερες τιμές κάθε μεταβλητής.

Ειδικότερα από τα αποτελέσματα του Πίνακα 2 προκύπτουν τα ακόλουθα:

- ⇒ Οι μετανάστες του δείγματος, κατά μέσο όρο, τείνουν να είναι ευχαριστημένοι από την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας, αφού ο μέσος όρος του βαθμού ικανοποίησης είναι 0.67 και η μέγιστη τιμή ικανοποίησης είναι 1.
- ⇒ Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα, είναι κάτω από 65 ετών –και συγκεκριμένα μεταξύ 30 και 64- αφού ο μέσος όρος της ηλικίας των ερωτηθέντων είναι περίπου 2 και η μέγιστη ηλικιακή κατηγορία είναι 3.
- ⇒ Οι ερωτηθέντες, κατά μέσο όρο, διαμένουν στην Ελλάδα περίπου 13 χρόνια. Ως εξαίρεση, καταγράφεται περίπτωση ερωτηθέντα που διέμενε στην Ελλάδα 38 έτη.
- ⇒ Οι μετανάστες, κατά μέσο όρο διαθέτουν καλό επίπεδο (=3) κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- ⇒ Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων ήταν, κατά μέσο όρο, Δευτεροβάθμιας (9-12 χρόνια σχολείο) και μετα-Δευτεροβάθμιας (13-15 χρόνια σχολείο) εκπαίδευσης.
- ⇒ Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, κατά μέσο όρο, απασχολούνταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι.
- ⇒ Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι ασφαλισμένοι, γεγονός που ήταν αναμενόμενο, δεδομένου ότι στην έρευνα συμμετείχαν νόμιμοι μετανάστες και όπως ήδη έχει αναφερθεί η εξασφάλιση του νόμιμου καθεστώτος παραμονής στην Ελλάδα απαιτεί/προϋποθέτει νόμιμη απασχόληση και το αντίστροφο.
- ⇒ Οι μετανάστες, κατά μέσο όρο, διαθέτουν ατομικό εισόδημα περίπου 707 €. Ως εξαίρεση, καταγράφεται περίπτωση μετανάστη, ο οποίος διέθετε μηνιαίο ατομικό εισόδημα 4.000 €. Ο συγκεκριμένος μετανάστης εργάζονταν ως ελεύθερος επαγγελματίας και διέθετε κατάστημα όπου εμπορευόταν εισαγόμενα χαλιά από το Ιράν.
- ⇒ Ο μέσος όρος των ερωτηθέντων δεν ανήκει/συμμετέχει σε κάποια κοινότητα/πολιτιστική οργάνωση της χώρας καταγωγής του.
- ⇒ Οι μετανάστες, κατά μέσο όρο, δεν έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα κατά την τριετία της έρευνας (2009-2011), έτσι ώστε να ήταν

απαραίτητη η τακτική επίσκεψή τους (τουλάχιστον 1 φορά το τρίμηνο) σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα.

⇒ Κατά μέσο όρο, δεν ζητήθηκε από τους μετανάστες του δείγματός μας, να πληρώσουν επιπλέον χρήματα για ιατρικές υπηρεσίες που έλαβαν από Δημόσιο Νοσοκομείο, κατά την τριετία της έρευνας.

⇒ Τέλος, κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στην έρευνα εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς και νοσηλευτές) των δημοσίων νοσοκομείων και του ασφαλιστικού τους φορέα, μέτρια (=2)

Τέλος, δίνουμε στο stata την εντολή xtsum μαζί με όλες τις μεταβλητές (εξαρτημένη+ανεξάρτητες) για να δούμε πως συμπεριφέρονται οι μετανάστες μας between, within και overall. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Αναλυτικότερη στατιστική περιγραφή των δεδομένων

variable		Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
satisf-n	overall	.6737589	.4705081	0	1	N = 141
	between	.4761362		0	1	n = 96
	within	.0690066	.0070922	1.007092		T-bar = 1.46875
gender	overall	.452381	.4983869	0	1	N = 378
	between	.4997142		0	1	n = 126
	within	0	.452381	.452381		T = 3
age	overall	1.722222	.4659019	1	3	N = 378
	between	.4516636		1	3	n = 126
	within	.1189402	1.055556	2.388889		T = 3
country	overall	11.51058	5.982835	1	22	N = 378
	between	5.99862		1	22	n = 126
	within	.0420517	11.17725	12.17725		T = 3
reside-e	overall	13.43254	8.028056	0	38	N = 378
	between	8.007585		1	37	n = 126
	within	.8175788	12.43254	14.43254		T = 3
unders-g	overall	2.891534	1.051149	0	4	N = 378
	between	1.053105		0	4	n = 126
	within	.0420517	2.558201	3.558201		T = 3
educat-n	overall	2.873016	1.032502	1	5	N = 378
	between	1.035252		1	5	n = 126
	within	0	2.873016	2.873016		T = 3
job	overall	1.261905	.6576855	0	4	N = 378
	between	.659437		0	4	n = 126
	within	0	1.261905	1.261905		T = 3
insura-e	overall	.9206349	.2657208	0	1	N = 378
	between	.2316264		0	1	n = 126
	within	.1313064	.2539683	1.587302		T = 3
income	overall	707.4153	483.1436	0	4000	N = 378
	between	455.9635		0	3500	n = 126
	within	163.1807	107.4153	1240.749		T = 3
commun-y	overall	.384	.4870077	0	1	N = 375
	between	.4883151		0	1	n = 125
	within	0	.384	.384		T = 3
disease	overall	.2460317	.4312681	0	1	N = 378
	between	.4324166		0	1	n = 126
	within	0	.2460317	.2460317		T = 3
payment	overall	.1398601	.348061	0	1	N = 143
	between	.3634386		0	1	n = 97
	within	0	.1398601	.1398601		T-bar = 1.47423
trust	overall	2.448	1.047962	0	4	N = 375
	between	1.050775		0	4	n = 125
	within	0	2.448	2.448		T = 3

Στα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα εξετάζω τις τιμές του between και του within, αναζητώ δηλαδή που οι τιμές είναι μεγαλύτερες ή μικρότερες, στο between ή στο within. Από τα αποτελέσματα του xtsum διαπιστώνω ότι στο σύνολο των μεταβλητών του μοντέλου μας, οι τιμές στο between είναι μεγαλύτερες από τις τιμές στο within, γεγονός που σημαίνει ότι η μεταβλητότητα μεταξύ των μεταναστών (between) είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την μεταβλητότητα μέσα στους ίδιους τους μετανάστες (within), στην διάρκεια του χρόνου του δείγματός μας.

Αναλυτικότερη στατιστική περιγραφή των δεδομένων (ιστόγραμμα-histograms, διερεύνηση ιδιάζουσων παρατηρήσεων-box plot και διαγράμματα συσχετίσεων-scatters) παρουσιάζονται στο Παράρτημα (σελ. 74-85).

4.4. Υπόδειγμα (Model)

Το Μοντέλο μας έχει μία εξαρτημένη μεταβλητή και δεκατρείς ανεξάρτητες. Το μαθηματικό Υπόδειγμα που θα εκτιμηθεί είναι το παρακάτω:

$y_{it} = f(\mathbf{X}, \mathbf{Z}, \mathbf{H}, \mathbf{T})$ όπου:

\mathbf{X} είναι ένα σύνολο που εμπεριέχει δημογραφικές-κοινωνικές μεταβλητές. Συγκεκριμένα:

1) x_1 (gender), 2) x_2 (age), 3) x_3 (country), 4) x_4 (residence), 5) x_5 (understanding), 6) x_6 (education), 7) x_7 (job), 8) x_8 (insurance) και 9) x_{10} (community)

\mathbf{Z} είναι ένα σύνολο που εμπεριέχει οικονομικές μεταβλητές και συγκεκριμένα:

10) x_9 (income), 11) x_{12} (payment)

\mathbf{H} είναι η μεταβλητή που αφορά στην κατάσταση υγείας των ερωτηθέντων μεταναστών. Συγκεκριμένα:

12) x_{11} (disease)

\mathbf{T} είναι η μεταβλητή που δηλώνει το επίπεδο εμπιστοσύνης των μεταναστών του δείγματός μας, στο ελληνικό σύστημα Υγείας. Συγκεκριμένα:

13) x_{13} (trust)

Το παραπάνω προς εκτίμηση Μοντέλο, είναι γραμμικό.

4.5. Οικονομετρική Τεχνική

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η έρευνά μας διαθέτει δυο διαστάσεις, τα δεδομένα (unit), δηλαδή τους μετανάστες και τη διάσταση του χρόνου (2009-2011), επομένως τα δεδομένα της έρευνας είναι panel. Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι διακριτή και

παίρνει τιμές 0 και 1. Άρα το μοντέλο που χρησιμοποιήσαμε για την επεξεργασία και την στατιστική ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων είναι ένα μοντέλο **probit** και θα εκτιμηθεί αντιστοίχως.

Στη στατιστική, το μοντέλο probit είναι ένα είδος παλινδρόμησης, όπου η εξαρτημένη μεταβλητή μπορεί να πάρει μόνο δυο τιμές, για παράδειγμα «είμαι ευχαριστημένος με κάτι» ή «δεν είμαι ευχαριστημένος με κάτι». Η ονομασία probit προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων **probability** (πιθανότητα) και **unit** (δεδομένο). Σκοπός του μοντέλου είναι να εκτιμήσει τη πιθανότητα μιας παρατήρησης, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, η οποία και ανήκει σε μία συγκεκριμένη κατηγορία. Επιπλέον, εάν οι εκτιμώμενες πιθανότητες είναι μεγαλύτερες από το 1/2 (50%), αντιμετωπίζονται σα να ταξινομείται μία παρατήρηση εντός μίας προβλεπόμενης κατηγορίας. Το μοντέλο probit αποτελεί ένα μοντέλο δυαδικής ταξινόμησης (binary classification), δηλαδή τα αποτελέσματα της εξαρτημένης μεταβλητής παίρνουν τις τιμές 0 ή 1.

Ένα probit μοντέλο αποτελεί ένα πολύ γνωστό χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός τακτικού ή ενός δυαδικού μοντέλου. Τα ίδια ακριβώς προβλήματα αντιμετωπίζουμε και στο μοντέλο logist ή λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression) το οποίο χρησιμοποιεί ανάλογες τεχνικές με το μοντέλο probit. Το μοντέλο probit, εκτιμάται με βάση τη διαδικασία της μέγιστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood procedure).

Τα Μοντέλα probit εισήχθησαν από τον Bliss Chester το 1934. Αποτελούν μία γρήγορη μέθοδο υπολογισμού της μέγιστης πιθανοφάνειας, που εκτιμά όσα προτάθηκαν από τον Ronald Fisher ως παράρτημα στο έργο του Bliss το 1935.

Ας υποθέσουμε ότι η εξαρτημένη μεταβλητή Y είναι *δυαδική*, δηλαδή παίρνει μόνο δυο τιμές, 0 και 1. Για παράδειγμα, η Y μπορεί να αντιπροσωπεύει την παρουσία/ απουσία μιας συγκεκριμένης κατάστασης, την επιτυχία/αποτυχία κάποιας ηλεκτρικής συσκευής, την θετική/αρνητική απάντηση σε μία έρευνα κλπ. Επιπλέον έχουμε ένα vector των παλιδρομητών X , οι οποίοι θεωρούνται ότι επηρεάζουν το αποτέλεσμα της εξαρτημένης Y . Ειδικότερα, υποθέτουμε ότι το μοντέλο παίρνει τη μορφή:

$$\Pr(Y = 1 | X) = \Phi(X'\beta),$$

όπου \Pr είναι η πιθανότητα η εξαρτημένη μεταβλητή του μοντέλου να πάρει την τιμή 1, και Φ είναι η αθροιστική συνάρτηση κατανομής (Cumulative Distribution Function) της κανονικής κατανομής. Οι παράμετροι β , συνήθως εκτιμώνται από τη συνάρτηση της μέγιστης πιθανοφάνειας.

- ✓ x_{11} (disease)
- ✓ x_{13} (trust)

είναι στατιστικά σημαντικές στο μοντέλο μας.

Στη συνέχεια εξετάζουμε αν το εκτιμηθέν μοντέλο είναι «κοντά» (κατά την έκφραση των οικονομετρών) στην πραγματικότητα, δηλαδή αν \hat{y} ή y_hat (εκτιμηθέν μοντέλο) $\sim y$. Για να διαπιστώσουμε τη συγκεκριμένη σχέση, δίνουμε την εντολή συσχέτισης \hat{y} και y στο stata και τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συσχέτιση \hat{y} & y

```
. pwcorr satisfaction y_hat
```

	satisf-n	y_hat
satisfaction	1.0000	
y_hat	0.6143	1.0000

Από τον Πίνακα 5 διαπιστώνουμε ότι οι 2 μεταβλητές, δηλαδή η εξαρτημένη μεταβλητή της έρευνας και η εκτιμώμενη εξαρτημένη \hat{y} (ή y_hat) παρουσιάζουν ομοιότητα περίπου κατά 61,5%. Βάσει του συγκεκριμένου βαθμού συσχέτισης καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το εκτιμηθέν μοντέλο εξηγεί ικανοποιητικά τα πραγματικά δεδομένα.

Στη συνέχεια εκφράζουμε τους συντελεστές (coefficients) του Πίνακα 4 σε πιθανότητες (odds ratio).

του y να είναι $y=1$ κατά **8%**. Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλώνουν οι μετανάστες και από την 1^η ηλικιακή κατηγορία (0-29 ετών) περνάνε στην 2^η (30-65 ετών) ή στην 3^η (65+), τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να είναι ικανοποιημένοι από την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας της Ελλάδας σε ποσοστό 8%.

- Μεταβλητή των χρόνων παραμονής στην Ελλάδα (residence): $1.04-1=0.04 \rightarrow 4\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή των χρόνων παραμονής στην Ελλάδα αλλάξει, τότε **αυξάνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$ κατά **4%**. Πιο συγκεκριμένα, όταν η παραμονή των μεταναστών στην Ελλάδα, από 1 χρόνο γίνει 2, από 2 χρόνια γίνει 3, από 3 χρόνια γίνει 4 κ.ο.κ., δηλαδή για κάθε επιπλέον έτος παραμονής των μεταναστών στην Ελλάδα, αυξάνονται κατά 4% οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι από την πρόσβασή τους στο ελληνικό σύστημα υγείας.
- Μεταβλητή κατανόησης της ελληνικής γλώσσας (understanding): $1.19-1=0.19 \rightarrow 19\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει το επίπεδο κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, αλλάξει status, τότε **αυξάνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$ κατά **19%**. Δηλαδή όταν οι μετανάστες αλλάζουν επίπεδο κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, και από το πρώτο επίπεδο της μη κατανόησης της ελληνικής γλώσσας (0=πολύ κακή γνώση) περάσουν στο επόμενο επίπεδο (1=κακή γνώση), στη συνέχεια στο επόμενο επίπεδο (2=μέτρια γνώση), ακολούθως στο επόμενο που χαρακτηρίζει την καλή γνώση της ελληνικής (=3) και τέλος στο επίπεδο της πολύ καλής γνώσης (=4), βάσει της διαβάθμισης του ερωτηματολογίου της έρευνάς μας, τότε η μετάβασή τους αυτή από το ένα επίπεδο κατανόησης της ελληνικής γλώσσας στο επόμενο αυξάνει τις πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι από την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας της Ελλάδας κατά 19%. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, το επίπεδο κατανόησης της γλώσσας της χώρας υποδοχής, εν προκειμένω της Ελλάδας, για ένα μετανάστη, αποτελεί καθοριστική παράμετρο της κοινωνικής του ένταξης. Έτσι, αφ ενός περιορίζονται οι πιθανότητες του κοινωνικού αποκλεισμού του από το κοινωνικό σύνολο και αφετέρου είναι σε θέση να χειριστεί καλύτερα μία σειρά ζητημάτων με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος στην καθημερινότητά του, μεταξύ άλλων και η επαφή του με τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

- Μεταβλητή εκπαίδευσης (education): $1.44-1=0.44 \rightarrow 44\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει το εκπαιδευτικό επίπεδο των μεταναστών του δείγματός μας, αλλάξει status, τότε **αυξάνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$ κατά **44%**. Δηλαδή όταν το εκπαιδευτικό επίπεδο του μετανάστη διαφοροποιηθεί υπό την έννοια ότι από το επίπεδο 0=αναλφάβητος, περάσει στο επόμενο επίπεδο 1=Δημοτικό (περίπου 6 χρόνια σχολείο), στη συνέχεια στο 2=Γυμνάσιο-Λύκειο (9-12 χρόνια σχολείο), στη συνέχεια στο 3=Κολλέγιο-Σχολή (13-15 χρόνια σχολείο), στη συνέχεια στο 4=Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση και τέλος στο εκπαιδευτικό επίπεδο 5=Μεταπτυχιακές Σπουδές (βάσει της κατηγοριοποίησης της μεταβλητής της εκπαίδευσης στο πλαίσιο της έρευνάς μας), τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένος από την πρόσβασή του στο σύστημα υγείας σε ποσοστό 44%. Το αποτέλεσμα αυτό αναδεικνύει τη σημαντική επιρροή του εκπαιδευτικού επιπέδου του μετανάστη, στην πρόσβασή του στις υπηρεσίες υγείας και στο βαθμό ικανοποίησής του από αυτές.
- Μεταβλητή εργασίας (job): $1-0.94=0.06 \rightarrow 6\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει την κατηγορία επαγγέλματος (ιδιωτικός υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, συνταξιούχος, σπουδαστής/φοιτητής, άνεργος) των μεταναστών του δείγματός μας, αλλάξει status, τότε **μειώνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$ κατά 6%. Παρατηρούμε ότι η κατηγορία του επαγγέλματος των μεταναστών, συμβάλλει σε μικρό βαθμό, μόλις 6% στον βαθμό ευχαρίστησης και ικανοποίησής τους από το σύστημα υγείας της χώρας μας.
- Μεταβλητή χρόνων ασφάλισης (insurance): $1.8-1=0.8 \rightarrow 80\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει τα χρόνια ασφάλισης των μεταναστών του δείγματός μας, αλλάξει status, τότε **αυξάνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$, δηλαδή οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι οι μετανάστες από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν στο χρόνο εξέτασης της μελέτης (2009-2011), κατά **80%**. Δηλαδή όταν οι ανασφάλιστοι μετανάστες γίνουν ασφαλισμένοι, τότε αυξάνονται κατά 80% οι πιθανότητες ικανοποίησής τους από το ελληνικό σύστημα υγείας.
- Μεταβλητή του προσωπικού εισοδήματος (income): $1.00-1=0 \rightarrow 0\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει το ατομικό

εισοδήμα των μεταναστών του δείγματός μας, αλλάξει, μειωθεί ή αυξηθεί, τότε οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$, δηλαδή οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι οι μετανάστες από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν στο χρόνο εξέτασης της μελέτης (2009-2011), παραμένουν **0%**. Προκύπτει ότι το εισόδημα δεν συμβάλει στο βαθμό ικανοποίησης από το ΕΣΥ. Δηλαδή δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος του μετανάστη και του βαθμού ικανοποίησης του από το σύστημα υγείας. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα μπορεί να φαίνεται ότι αντίκειται με αντίστοιχα αποτελέσματα προγενέστερων συναφών μελετών, αλλά εξηγείται πλήρως από το γεγονός ότι το δείγμα της έρευνάς μας ήταν αποκλειστικά νόμιμοι μετανάστες, και βάσει της κείμενης νομοθεσίας έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της χώρας μας, με την χρήση βιβλιαρίου υγείας, ακριβώς όπως και οι έλληνες πολίτες. Δεν προσδιορίζεται, δηλαδή, η πρόσβαση στην υγεία βάσει του εισοδήματός τους, αλλά βάσει του καθεστώσ διαμονής και εργασίας τους.

- Μεταβλητή συμμετοχής σε κοινότητα (community): $1-0.28 = 0.72 \rightarrow 72\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει τη συμμετοχή των μεταναστών του δείγματός μας σε κοινότητες των χωρών καταγωγής τους, αλλάξει status, τότε **μειώνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$, δηλαδή οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι οι μετανάστες από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν στο χρόνο εξέτασης της μελέτης (2009-2011), κατά **72%**. Δηλαδή όταν ο μετανάστης από την κατάσταση του δεν συμμετέχει σε κοινότητα της χώρας καταγωγής του (0= Όχι) περάσει στην κατάσταση να συμμετέχει (1=Ναι), τότε μειώνονται οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένος από το σύστημα υγείας της Ελλάδας κατά 72%. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η συμμετοχή μεταναστών σε κοινότητες των χωρών καταγωγής τους, δημιουργεί ένα προστατευόμενο περιβάλλον για τους συμμετέχοντες, οι οποίοι καλύπτουν τις ανάγκες τους εντός κοινότητας και εμποδίζεται έτσι, ή δυσκολεύεται, η ένταξή τους στην ευρύτερη ελληνική κοινωνία.
- Μεταβλητή αντιμετώπισης χρόνιου νοσήματος (disease): $3.88-1 = 2.88 \rightarrow 288\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει αν οι μετανάστες του δείγματός μας πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, αλλάξει status, τότε **αυξάνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$, δηλαδή οι

πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι οι μετανάστες από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν στο χρόνο εξέτασης της μελέτης (2009-2011), κατά **288%**. Δηλαδή όταν ο μετανάστης από την κατάσταση που δεν αντιμετωπίζει χρόνιο νόσημα (0=Όχι) περάσει στην κατάσταση που αντιμετωπίζει χρόνιο νόσημα (1=Ναι) και πρέπει να επισκέπτεται τακτικά κάποιο νοσοκομείο, τότε αυξάνονται κατά 288% οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένος από την πρόσβασή του στο ΕΣΥ και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η συχνότητα λήψης υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών-μεταναστών.

- Μεταβλητή που αποτυπώνει αν τους ζητήθηκε να πληρώσουν επιπλέον χρήματα (payment): $1.17-1 = 0.17 \rightarrow 17\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει αν ζητήθηκε από τους μετανάστες του δείγματός μας να πληρώσουν επιπλέον χρήματα για τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν από το δημόσιο Νοσοκομείο την τριετία 2009-2011, αλλάζει status, τότε **αυξάνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$, δηλαδή οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι οι μετανάστες από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν στο χρόνο εξέτασης της μελέτης (2009-2011), κατά **17%**. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται, όπως καταγράφηκε και στις συνεντεύξεις, στο γεγονός ότι α) όταν πληρώσουν οι μετανάστες έχουν εξυπηρετηθεί καλύτερα και β) ότι τα ποσά που τους ζητήθηκε να πληρώσουν επιπλέον και αφορούσαν σε ιατρικές εξετάσεις που δεν κάλυπτε ο ασφαλιστικός τους φορέας (πχ μαγνητική τομογραφία), ήταν της τάξης των 20 έως 100 €.
- Μεταβλητή που αποτυπώνει τον βαθμό εμπιστοσύνης των μεταναστών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας (trust): $4.14-1 = 3.14 \rightarrow 314\%$. Ερμηνεία: Όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή που αποτυπώνει το βαθμό εμπιστοσύνης των μεταναστών του δείγματός μας απέναντι στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς-νοσηλευτές) των δημοσίων Νοσοκομείων ή του Ασφαλιστικού φορέα τους, αλλάζει status, δηλαδή από το καθόλου περάσει στο λίγο ή από το λίγο στο μέτρια ή από το μέτρια στο πολύ ή από το πολύ στο πάρα πολύ, τότε **αυξάνονται** οι πιθανότητες του y να είναι $y=1$, δηλαδή οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένοι οι μετανάστες από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που

αντιμετώπισαν στο χρόνο εξέτασης της μελέτης (2009-2011), κατά **314%**. Προκύπτει λοιπόν, ότι όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη δείχνουν οι μετανάστες στους επαγγελματίες υγείας, τόσο αυξάνει και ο βαθμός ικανοποίησής τους από το ελληνικό σύστημα υγείας.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, καταλήγουμε ότι από τα τέσσερα σύνολα μεταβλητών του Μοντέλου μας:

i) Οι δημογραφικές-κοινωνικές μεταβλητές και συγκεκριμένα η μεταβλητή του φύλου (gender), η μεταβλητή της κατανόησης της ελληνικής γλώσσας (understanding), η μεταβλητή της εκπαίδευσης (education), η μεταβλητή της συμμετοχής σε κοινότητα της χώρας καταγωγής (community) και η μεταβλητή της ασφάλισης (insurance), οι μεταβλητές υγείας και συγκεκριμένα οι χρόνιες παθήσεις (disease) και η μεταβλητή εμπιστοσύνης (trust) επηρεάζουν στο μεγαλύτερο ποσοστό, τον βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών από το σύστημα υγείας.

ii) Τη μέγιστη επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών από το σύστημα υγείας, ασκεί η μεταβλητή trust.

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας», η οποία - όπως και κάθε άλλη μέθοδος δειγματοληψίας- παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ειδικότερα, η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας» περιορίζει σημαντικά το κόστος και το χρόνο συλλογής των ερωτηματολογίων, αλλά αυξάνεται η πιθανότητα σφάλματος εξαιτίας κυρίως του ότι δεν λαμβάνεται ένα τυχαίο δείγμα του μελετώμενου πληθυσμού. Η επιλογή τυχαίου δείγματος από τον μελετώμενο πληθυσμό των μεταναστών, ήταν πρακτικά ανέφικτη, καθώς δεν ήταν δυνατή η απογραφή όλων των μεταναστών. Για τον λόγο αυτόν, επιλέχθηκε η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας».

Ο δεύτερος περιορισμός αφορά στον καθορισμό του μελετώμενου πληθυσμού, που έχει μεγάλη σημασία γιατί ισοδυναμεί με τη χάραξη των ορίων των επιτρεπομένων γενικεύσεων. Στην παρούσα μελέτη, ο πληθυσμός που μελετήθηκε ήταν μετανάστες, άνω των 17 ετών, πρώτης γενιάς, που διέμεναν νόμιμα στη χώρα και συγκεκριμένα στον Νομό Αττικής. Πρόκειται, λοιπόν, για έναν πληθυσμό με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Επομένως, η γενίκευση των συμπερασμάτων απαιτεί

ιδιαίτερη προσοχή και επιφυλακτικότητα. Ιδιαίτερα χρήσιμη για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων θα ήταν η πραγματοποίηση παρόμοιων μελετών σε διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως π.χ. ημιαστικών και αγροτικών περιοχών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή και η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης και ευχαρίστησης των μεταναστών που διαμένουν νόμιμα στην χώρα μας, σε ότι αφορά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Στο παραπάνω πλαίσιο, εξετάσαμε μια σειρά δημογραφικών-κοινωνικών-οικονομικών παραμέτρων και παραμέτρων υγείας που προσδιορίζουν την τελική διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των μεταναστών σε ότι αφορά την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία από τις ελάχιστες αντίστοιχες μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, πάνω στο συγκεκριμένο θέμα και παρ'ότι δεν είχαμε τη δυνατότητα να προσδιορίσουμε τυχαίο δείγμα από το σύνολο του μεταναστευτικού πληθυσμού που ζει σε νόμιμο καθεστώς στην χώρα μας, θεωρούμε ότι τα τελικά αποτελέσματα μπορεί να είναι σε ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσωπευτικά του γενικότερου μεταναστευτικού πληθυσμού που διαθέτει νόμιμο καθεστώς διαμονής στην Ελλάδα και χρησιμοποιεί καθημερινά το ελληνικό σύστημα υγείας.

Βασικός στόχος ήταν να αξιολογήσουν οι ίδιοι ο μετανάστες την πρόσβασή τους στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), δεδομένου ότι όπως έχει αναφερθεί στο δεύτερο κεφάλαιο, η πρόσβαση στην υγεία αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, κατοχυρωμένο τόσο από την ελληνική, όσο και από την ευρωπαϊκή και διεθνή νομοθεσία.

Η επιλογή μας να επικεντρωθούμε στους νόμιμα διαμένοντες μετανάστες, αφήνοντας έξω από την έρευνά μας την πολύ μεγάλη πληθυσμιακά και ευάλωτη κοινωνικά, ομάδα των άτυπων μεταναστών, οφειλόταν, πρώτον στο ότι ο εντοπισμός ικανοποιητικού δείγματος άτυπων μεταναστών αποτελούσε πολύ δύσκολο και αμφιβόλου αποτελέσματος εγχείρημα, γεγονός που επρόκειτο να θέσει υπό σοβαρή αμφισβήτηση όλη την ερευνητική προσπάθεια και δεύτερον στο ότι εξ αρχής θέλαμε να καταγράψουμε αν όντως παρατηρούνται ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, μεταναστών που πληρούν όλες τις τυπικές προϋποθέσεις που ορίζει ο έλληνας νομοθέτης, προκειμένου να απολαμβάνουν την πρόσβασή τους στο αγαθό που λέγεται υγεία.

Στα συμπεράσματά μας αναδεικνύεται ο πολύ σημαντικός ρόλος που ασκούν στην πρόσβαση των μεταναστών στο ΕΣΥ και ακολούθως στον βαθμό ικανοποίησής τους, δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα οποία διευκολύνουν ή εμποδίζουν την ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Ειδικότερα:

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Το μορφωτικό επίπεδο του μετανάστη φαίνεται να επηρεάζει τόσο την πρόσβασή του στο ΕΣΥ, όσο και τον βαθμό ικανοποίησης και ευχαρίστησής του από την λήψη των παρεχομένων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα όσο υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο διαθέτει ένας μετανάστης, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένος από την πρόσβασή του στο σύστημα υγείας σε ποσοστό 44%. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την συμβολή της εκπαίδευσης στην κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής.

Ασφάλιση

Η ασφάλιση υγείας και συγκεκριμένα η ύπαρξη βιβλιαρίου υγείας σε ισχύ, αυξάνει κατά 80% τις πιθανότητες του μετανάστη να είναι ευχαριστημένος από την πρόσβασή του στο ΕΣΥ. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό και παρουσιάστηκε και στο κεφάλαιο δυο, η ύπαρξη βιβλιαρίου υγείας, η οποία βέβαια προϋποθέτει νόμιμο καθεστώς παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα, διασφαλίζει – κατ' αρχάς- την απρόσκοπτη πρόσβαση του μετανάστη στο ΕΣΥ.

Εισόδημα

Το ύψος του ατομικού εισοδήματος του μετανάστη, δεν φαίνεται να επηρεάζει καθόλου το βαθμό ικανοποίησής του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Από τα ευρήματα της μελέτης μας προκύπτει ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος του μετανάστη και του βαθμού ικανοποίησής του από το σύστημα υγείας. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι μετανάστες που διαμένουν με νόμιμο καθεστώς παραμονής στην Ελλάδα και διαθέτουν ασφάλιση, έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ, ανεξαρτήτως του ατομικού τους εισοδήματος.

Διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα

Η διάρκεια παραμονής των μεταναστών στην Ελλάδα, αυξάνει τις πιθανότητες ικανοποίησής τους από το ΕΣΥ κατά 4% ανά έτος παραμονής τους στην χώρα. Το εύρημα αυτό συνάδει απόλυτα τόσο με τις αρχικές μας υποθέσεις, όσο και με τα ευρήματα άλλων μελετών (Γαλάνη κ.α. 2012), διότι όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η αυξανόμενη διαμονή στην χώρα υποδοχής, αυξάνει τις πιθανότητες κοινωνικής ένταξης, μέσα από την εκμάθηση της γλώσσας, της καλύτερης γνώσης των θεσμών

και της λειτουργίας του κοινωνικού συστήματος, άρα αυξάνει και τις πιθανότητες ικανοποίησης των μεταναστών από την πρόσβασή τους στο ΕΣΥ.

Ικανότητα κατανόησης ελληνικής γλώσσας

Η αύξηση του επιπέδου κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, αποτελεί δείκτη ένταξης των μεταναστών ο οποίος με την σειρά του αυξάνει τις πιθανότητες ικανοποίησής τους από ο ΕΣΥ σε ποσοστό 19%.

Συμμετοχή σε κοινότητα της χώρας καταγωγής

Η συμμετοχή των μεταναστών σε κοινότητα της χώρας καταγωγής τους, φαίνεται να ασκεί αρνητική επιρροή στο βαθμό ικανοποίησής τους από το ΕΣΥ. Δηλαδή, σύμφωνα με τα ευρήματά μας, όταν ο μετανάστης είναι ενταγμένος σε κοινότητα της χώρας καταγωγής του, μειώνονται κατά 72% οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένος από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνει από το ΕΣΥ. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η συμμετοχή μεταναστών σε κοινότητες των χωρών καταγωγής τους, δημιουργεί ένα προστατευμένο περιβάλλον για τους συμμετέχοντες, καλύπτοντας τις ανάγκες τους εντός κοινότητας, με αποτέλεσμα να μην αναπτύσσουν/ενισχύουν επαρκώς δεξιότητες, όπως είναι η εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας, εμποδίζοντας έτσι την ένταξή τους στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Έτσι όταν χρειάζεται να έρθουν σε επαφή με φορείς της ελληνικής κοινωνίας, όπως είναι τα ελληνικά νοσοκομεία, αντιμετωπίζουν πρόβλημα επικοινωνίας, έλλειψη γνώσεων για το που πρέπει να πάνε προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια για το πρόβλημα υγείας τους, και να παρουσιάζονται εξαρτώμενοι, σε μεγάλο βαθμό, από άλλα μέλη της κοινότητας τους τα οποία αναλαμβάνουν ρόλο διαμεσολαβητή ή διερμηνέα ή συνοδού στις υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι όπως καταγράφεται από άλλες μελέτες (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν 2005), η παντελής έλλειψη διερμηνέων και διαμεσολαβητών στα δημόσια νοσοκομεία, περιορίζει τη διασφάλιση της λήψης ποιοτικών υπηρεσιών από τους μετανάστες.

Χρόνιο Νόσημα

Οι μετανάστες της έρευνάς μας που πάσχουν από χρόνιο νόσημα, έχουν 288% περισσότερες πιθανότητες να είναι ικανοποιημένοι από το ΕΣΥ από εκείνους που δεν πάσχουν από χρόνιο νόσημα. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την μεγάλη συμβολή, στο βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών από το σύστημα υγείας, που ασκεί η συχνότητα

στη λήψη των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή όσες περισσότερες φορές έρθουν σε επαφή με το ελληνικό σύστημα υγείας οι μετανάστες, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το εύρημα αυτό αιτιολογεί απόλυτα τις επισημάνσεις που έκαναν πολλοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, περιγράφοντας την αρνητική εμπειρία τους από ένα νοσοκομείο, η οποία όμως δεν επανελήφθη στον μεγάλο αριθμό των επισκέψεων τους σε άλλα ή ακόμα και στο ίδιο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα η τελική τους αίσθηση για το πόσο ευχαριστημένοι νοιώθουν από την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, να αποτιμάται θετικά από τους ίδιους.

Εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας προκύπτει ότι την μεγαλύτερη επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών από τις ελληνικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας, την ασκεί το επίπεδο εμπιστοσύνης, όπως το αξιολογούν οι ίδιοι οι μετανάστες προς τους γιατρούς και τους νοσηλευτές των δημοσίων ελληνικών νοσοκομείων. Συγκεκριμένα όσο περισσότερο εμπιστεύεται ένας μετανάστης το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, τόσο αυξάνονται κατά 314% οι πιθανότητες να είναι ευχαριστημένος από τις υπηρεσίες που λαμβάνει από τα νοσοκομεία.

Προτάσεις Πολιτικής

Από όσα παρουσιάστηκαν στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, προκύπτει ότι οι μετανάστες είναι μια ευπαθής πληθυσμιακή ομάδα που χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης στις σύγχρονες συνταγματικές δημοκρατίες, καθώς τελούν σε καθεστώς περιορισμένης προσβασιμότητας σε επιμέρους δικαιώματα, εξαιτίας διαφόρων κατηγοριών προσκομμάτων διοικητικού, γεωγραφικού, επικοινωνιακού ή κοινωνικο-πολιτισμικού τύπου³⁵.

Η αποτύπωση και η καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών Υγείας στους μετανάστες³⁶, αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες, που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια, μας έδειξε ότι όσοι διαθέτουν νομιμοποιητικό

³⁵ Ν. Σαρρής (2008), Θεσμικό Πλαίσιο της Μετανάστευσης σε Εθνικό Και Ευρωπαϊκό Επίπεδο, ΕΚΚΕ, Αθήνα

³⁶ Τα πράγματα για τους μετανάστες είναι πιο δύσκολα, διότι δεν αρκεί μονάχα το νόμιμο καθεστώς, όπως ήδη έχει αναφερθεί, αλλά θα πρέπει να είναι και νόμιμα εργαζόμενοι, σε περιόδους όπου όλες οι έρευνες κρατικών και μη φορέων, αναδεικνύουν τα υψηλά ποσοστά της αδήλωτης εργασίας, στην ελληνική αγορά εργασίας.

καθεστώς εξασφαλίζουν την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η κατάσταση περιπλέκεται πλήρως για τα άτομα εκείνα που δεν είναι κάτοχοι κάποιας κάρτας διαμονής, δηλαδή κάτοχοι νομιμοποιητικού καθεστώτος και κατ'επέκταση στερούνται της δυνατότητάς τους να έχουν πρόσβαση σε μία σειρά δικαιωμάτων, όπως είναι και το δικαίωμα στην υγεία.

Για τα άτομα αυτά, τους λεγόμενους άτυπους μετανάστες, δηλαδή όλους όσους δεν διαθέτουν απαραίτητα έγγραφα, παρ'ότι αποτελούν μία πραγματικότητα για το ελληνικό κράτος, το τελευταίο έχει επιλέξει να τους αντιμετωπίζει σα να ήταν αόρατοι, αποκλείοντάς τους με ιδιαίτερη σαφήνεια από κάθε νομοθέτημα σχετικό με την προσβασιμότητα των αλλοδαπών στο ανθρώπινο δικαίωμα της υγείας. Το σοβαρό έλλειμμα που δημιουργείται είναι αυταπόδεικτο και νομοτελειακά οδηγεί στην περιθωριοποίηση των συγκεκριμένων ατόμων και τον κοινωνικό τους αποκλεισμό, ενώ επιφέρει προβλήματα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η περιθωριοποίηση ατόμων και ομάδων συμβάλλει στην αποσύνθεση του κοινωνικού ιστού, ενώ παράλληλα καταστρατηγεί βασικά ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, όπως αυτά έχουν θεσπιστεί στο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνικών δημοκρατικών κρατών.

Από όσα παρουσιάστηκαν έως τώρα, καταλήγουμε στις ακόλουθες διαπιστώσεις και προτάσεις:

- Αναδεικνύεται επιτακτικά η ανάγκη λήψης συγκεκριμένων μέτρων για τους μετανάστες που στερούνται των απαραίτητων νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής στην Ελλάδα, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η πρόσβασή τους σε δημόσιους φορείς υγείας και κατ'επέκταση στο δικαίωμα τους στην υγεία.
- Άμεση λήψη μέτρων για την υγειονομική αντιμετώπιση των μεταναστών που κρατούνται στα Κέντρα διοικητικής Κράτησης στα σημεία εισόδου της χώρας και ανάληψη ειδικής μέριμνας για τα ασυνόδευτα ανήλικα.
- Περιορισμός των καθυστερήσεων που παρατηρούνται από πλευράς Ελληνικής Διοίκησης στις διαδικασίες έκδοσης και ανανέωσης αδειών παραμονής για τους μετανάστες ή της έκδοσης των ειδικών δελτίων αιτούντος άσυλο, γεγονός που συμβάλλει στην παρεμπόδιση της πρόσβασης πολλών μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα.
- Άρση των εμποδίων στην επικοινωνία μεταξύ ασθενών-μεταναστών και προσωπικού που απασχολείται σε φορείς υγείας, λόγω της ελλιπούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας αλλά και της ελλιπούς ενημέρωσής τους σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, στοιχεία που επηρεάζουν σημαντικά

την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και στην ποιοτική χρήση τους. Η συμμετοχή διερμηνέων και πολιτισμικών διαμεσολαβητών στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά και στα κέντρα διοικητικής κράτησης και σε άλλες δομές που απευθύνονται σε μετανάστες θα ενισχύσει τη δυνατότητα του ιατρικού προσωπικού να διασφαλίσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει σε αλλοδαπούς.

- Η ενημέρωση των μεταναστών σε γλώσσα που καταλαβαίνουν, μέσα από φυλλάδια, για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους θα πρέπει να λαμβάνει χώρα από τη πρώτη στιγμή που εισέρχονται του ελληνικού εδάφους και να έχει ενιαίο και καθολικό χαρακτήρα.
- Καλή υγεία των μεταναστών συνεπάγεται καλή υγεία για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, αναπόσπαστο μέρος του οποίου αποτελούν και οι μετανάστες.

Συμπερασματικά καταλήγουμε ότι αποτελεί πράγματι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι τα ζητήματα που άπτονται της μετανάστευσης είναι πολύπλοκα. Πολλές είναι οι πτυχές που θα πρέπει να προσμετρηθούν στην προσπάθεια χάραξης κοινής μεταναστευτικής πολιτικής: η υποδοχή των προσφύγων, η χορήγηση ασύλου, η είσοδος για λόγους οικογενειακής επανένωσης, η οικονομική μετανάστευση, η προσωρινή παραμονή εργατικού δυναμικού, η καταπολέμηση της άτυπης μετανάστευσης, η καταπολέμηση της παράνομης διακίνησης και της εμπορίας ανθρώπων κ.α.. **Εκείνο όμως που παραμένει υπεράνω ορισμών και ερμηνειών είναι το γεγονός ότι οι μετανάστες είναι πρωτίστως άνθρωποι, τους οποίους κάθε δημοκρατικό σύγχρονο κράτος έχει υποχρέωση να σεβαστεί και να αφογκραστεί τις ανάγκες τους, αναζητώντας λύσεις, ακόμα και αν η συγκεκριμένη διαδικασία φαντάζει άλυτος γρίφος στο πλαίσιο μιας επιβαρυνμένης οικονομικής συγκυρίας, όπως αυτή που ζούμε σήμερα.**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

Ερωτηματολόγιο Μελέτης για την Πρόσβαση Μεταναστών στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Μάρτιος 2012- Μάιος 2013

Α. Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Σε ποιον Δήμο κατοικείτε;

4. Από ποια χώρα κατάγεστε/Που γεννηθήκατε:/.....

5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση σήμερα:

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Σε διάσταση

Χήρος/α

6. Στην Ελλάδα ζείτε μόνος/η σας;

Ναι

Όχι

7. Αν ζείτε με άλλους, παρακαλώ προσδιορίστε τα άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι με σας (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα):

Σύζυγος/Σύντροφος

Τα Παιδιά μου

Άλλοι συγγενείς

Φίλοι-Ομοεθνείς μου

Άλλο (προσδιορίστε)



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

8. Αριθμός παιδιών στην Ελλάδα που ζουν μαζί σας (εξαρτημένα μέλη):

9. Πόσα χρόνια ζείτε στην Ελλάδα: έτη και ...μήνες

Πως θα περιγράφατε την ικανότητά σας:

	<u>Πολύ Κακή</u>	<u>Κακή</u>	<u>Μέτρια</u>	<u>Καλή</u>	<u>Πολύ Καλή</u>
	▼	▼	▼	▼	▼
10. α) Να διαβάσετε στη γλώσσα σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Να γράψετε στη γλώσσα σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. α) Να καταλάβετε ελληνικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Να μιλάτε ελληνικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Να γράφετε ελληνικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Να διαβάζετε ελληνικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. α) Να καταλάβετε αγγλικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Να μιλάτε αγγλικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Να γράφετε αγγλικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Να διαβάζετε αγγλικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ποια είναι η ανώτερη Εκπαίδευσή σας:

- Αναλφάβητος/Καθόλου σχολείο
- Δημοτικό (περίπου 6 χρόνια σχολείο)
- Γυμνάσιο-Λύκειο (9-12 χρόνια σχολείο)
- Κολλέγιο-Σχολή (13-15 χρόνια)
- Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακός τίτλος



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

14. Ποιο είναι το επάγγελμα σας στην Ελλάδα:

- Εργάτης /τρια
- Ιδιωτικός /ή υπάλληλος
- Δημόσιος υπάλληλος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Ανεργος /η
- Μαθητής /τρια

15. Έχετε βιβλιάριο ασθενείας που να ισχύει την τελευταία Τριετία (2009-2011);

- Ναι. Παρακαλώ προσδιορίστε:
- Όχι

16. Πόσα χρόνια περίπου δουλέψατε κατά την τελευταία τριετία (2009-2011):

.....

17. Πόσα χρόνια είχατε ασφάλιση κατά την τελευταία τριετία (2009-2011):

.....

18. Ποιο είναι το μηνιαίο ατομικό σας εισόδημα κατά την τελευταία τριετία;

2009	2010	2011
.....

19. Ποιο είναι το μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα, κατά την τελευταία τριετία;

2009	2010	2011
.....



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

20. Είστε μέλος σε κάποια κοινωνική/πολιτιστική/θρησκευτική Οργάνωση της χώρας σας, στην Ελλάδα;

Ναι Όχι

B. Χαρακτηριστικά αναφορικά με την Γενική Κατάσταση Υγείας και την Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

21. Πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, κατά την τελευταία τριετία (2009-2011):

Πολύ Κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ Καλή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα, κατά την τελευταία τριετία (2009-2011) και για τον λόγο αυτό χρειάζεται να λαμβάνετε ιατρικονοσηλευτικές υπηρεσίες σε τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. 1 φορά το τρίμηνο);

Ναι Όχι (εάν όχι, τότε συνεχίστε στην ερώτηση 25)

23. Λαμβάνετε φάρμακα για χρόνιο νόσημα, κατά την τελευταία τριετία (2009-2011);

Ναι Όχι

24. Πως λαμβάνετε τις παραπάνω ιατρικές υπηρεσίες ή/και τα φάρμακά σας, κατά την τελευταία τριετία (2009-2011);

- α) Μέσω του ασφαλιστικού μου φορέα
- β) Μέσω κάποιου Δημόσιου Νοσοκομείου
- γ) Μέσω του φαρμακείου του Νοσοκομείου
- δ) Με βοηθούν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
- ε) Με βοηθούν φίλοι/συγγενείς/ομοεθνείς
- ζ) Με βοηθούν Έλληνες
- η) Άλλο (προσδιορίστε)



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

25. Ποια είναι η πρώτη σας ενέργεια όταν αρρωστήσετε στην Ελλάδα;

- α) Επισκέπτομαι κάποιο δημόσιο Νοσοκομείο
- β) Επισκέπτομαι τον Ασφαλιστικό μου φορέα
- γ) Επισκέπτομαι κάποιο Φαρμακοποιό
- δ) Επισκέπτομαι κάποια Μη Κυβερνητική Οργάνωση
- ε) Επισκέπτομαι ιδιώτη γιατρό
- ζ) Ζητάω βοήθεια από μέλη της οικογένειάς μου
- η) Ζητάω βοήθεια από φίλο/ομοεθνή μου
- θ) Ζητάω βοήθεια από την Κοινότητα/Σύλλογο/Οργάνωση που ανήκω
- ι) Συμβουλευόμαι τον εργοδότη μου
- κ) Δεν κάνω τίποτα/αδιαφορώ
- λ) Άλλο (προσδιορίστε)

26. Έχετε επισκεφτεί Δημόσιο Νοσοκομείο στην Ελλάδα, κατά την τελευταία τριετία (2009-2011);

Ναι. Πότε..... Όχι (εάν η απάντηση είναι όχι, συνεχίστε στην ερώτηση 35)

27. Αντιμετωπίσατε κάποιο πρόβλημα στην προσπάθειά σας να ζητήσετε υπηρεσίες υγείας από ένα δημόσιο Νοσοκομείο;

Ναι Όχι

28. Αν ναι, ποιες ήταν οι σημαντικότερες δυσκολίες/προβλήματα που αντιμετώπισατε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- α) Ήταν δύσκολο να κλείσω ραντεβού
- β) Δεν ήξερα που να πάω
- γ) Μου ζητήθηκαν χρήματα για εξετάσεις/νοσηλεία και δεν είχα
- δ) Μεγάλος χρόνος αναμονής
- ε) Πρόβλημά στη γλωσσική επικοινωνία
- ζ) Αδυναμία να κατανοήσω/συμπληρώσω τα διοικητικά έγγραφα που απαιτούνταν
- η) Απότομη συμπεριφορά από το διοικητικό προσωπικό ή/και τους επαγγελματίες υγείας
- θ) Το βιβλιάριο υγείας μου δεν ήταν σε ισχύ
- ι) Έλλειψη χρόνου/ο εργοδότης μου δεν μου έδινε άδεια
- κ) Άλλο (προσδιορίστε)



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

29. Για ποιο λόγο επισκεφτήκατε το Δημόσιο Νοσοκομείο στην Ελλάδα, κατά την τελευταία τριετία (2009-2011);

- α) Ήμουν άρρωστος
- β) Ήταν άρρωστος κάποιος συγγενής μου
- γ) Για να κάνω εξετάσεις
- δ) Για να κάνει εξετάσεις κάποιος συγγενής μου
- ε) Για να επισκεφτώ κάποιον άλλο (φίλο/συνεργάτη/συγγενή)

30. Σας ζητήθηκε να πληρώσετε επιπλέον χρήματα για τις υπηρεσίες που λάβατε, κατά την τελευταία τριετία (2009-2011);

- Ναι Όχι

31. Είσαστε ευχαριστημένος/η από την ανταπόκριση του προσωπικού του Νοσοκομείου στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζατε, κατά το διάστημα της τελευταίας τριετίας (2009-2011);

- Ναι Όχι

32. Αν όχι. Για ποιο λόγο;

- α) Μεγάλος χρόνος αναμονής, μέχρι να έρθει η σειρά μου
- β) Μου ζητήθηκαν χρήματα και δεν είχα
- γ) Πρόβλημα στην γλωσσική επικοινωνία/συνεννόηση
- δ) Αδυναμία να κατανοήσω/συμπληρώσω τα διοικητικά έγγραφα που απαιτούνταν
- ε) Ανάρμοστη συμπεριφορά από το διοικητικό προσωπικό ή/και τους επαγγελματίες υγείας
- ζ) Το πρόβλημα υγείας μου δεν καλύπτονταν από το βιβλιάριο υγείας μου
- η) Έπρεπε να αγοράσω τα φάρμακά μου και μου ήταν δύσκολο
- θ) Έλλειψη κατανόησης στις διατροφικές μου συνήθειες λόγω θρησκευματος
- ι) Ο γιατρός δεν ήρθε στο προγραμματισμένο ραντεβού
- κ) Άλλο (προσδιορίστε)

33. Επισκεφτήκατε μόνος/η σας το Νοσοκομείο ή σας συνόδευε και άλλο άτομο, στο διάστημα της τελευταίας τριετίας (2009-2011);

- Ναι Όχι. Προσδιορίστε



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

34. Για ποιο λόγο στην επίσκεψη στο Νοσοκομείο, σας συνόδεψε άλλο άτομο, στο διάστημα της τελευταίας τριετίας (2009-2011);

- α) Για να με βοηθήσει στην επικοινωνία
- β) Για να με βοηθήσει οικονομικά
- γ) Για να με βοηθήσει στην μετακίνηση
- δ) Άλλο (προσδιορίστε)

Γ. Χαρακτηριστικά αναφορικά με τη γνώση και τη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας

35. Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας σχετικά με τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, στο διάστημα των τελευταίων τριών χρόνων (2009-2011):

Πολύ Κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ Καλή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Τι πιστεύετε ότι θα έπρεπε να γίνει ώστε να αποκτήσετε καλύτερη γνώση για τις Ελληνικές Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας;

- α) Ενημέρωση (σε γλώσσα που κατανοώ) για το που μπορώ να απευθυνθώ όταν αντιμετωπίζω πρόβλημα υγείας (όνομα νοσοκομείου, δ/νση, τρόπος μετακίνησής μου)
- β) Ενημέρωση (σε γλώσσα που κατανοώ) των δικαιωμάτων μου για χρήση των υπηρεσιών υγείας
- γ) Δυνατότητα να μπορώ να αναφέρω προβλήματα που αντιμετωπίζω σε ένα, Κρατικό Φορέα π.χ. Συνήγορος για θέματα Υγείας του Μετανάστη
- δ) Άλλο (προσδιορίστε).....

37. Εμπιστεύεστε τις Ελληνικές Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Τμήμα: Οικονομικής
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

«Διοίκηση της Υγείας»



Τμήμα: Διοίκησης
Επιχειρήσεων

38. Εμπιστεύεστε του επαγγελματίες υγείας (δηλ. Γιατρούς, Νοσηλευτές) των Δημόσιων Νοσοκομείων ή του Ασφαλιστικού σας Φορέα, στην Ελλάδα;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Αν χρειάζοταν να κάνετε εσείς ο/η ίδιος/α ή το παιδί σας, μία πολύ σοβαρή χειρουργική επέμβαση, και είχατε χρόνο να το σκεφτείτε, τι θα επιλέγατε:

Δημόσιο Νοσοκομείο στην Ελλάδα

Ιδιωτικό Νοσοκομείο στην Ελλάδα.....

Νοσοκομείο στην πατρίδα μου

40. Είναι εύκολο για σας να πληρώσετε οικονομικό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε στην Ελλάδα;

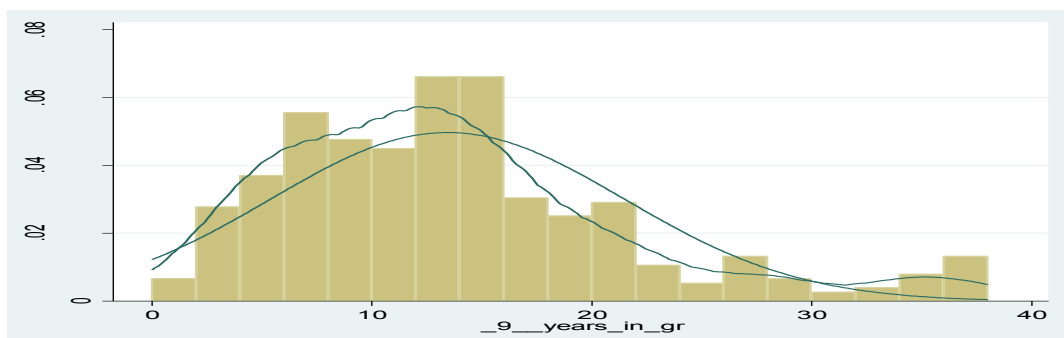
Πάρα Πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν η απάντησή σας είναι Πάρα Πολύ ή Πολύ, μήπως εννοείτε τις ασφαλιστικές σας εισφορές; Ναι..... Όχι.....

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας

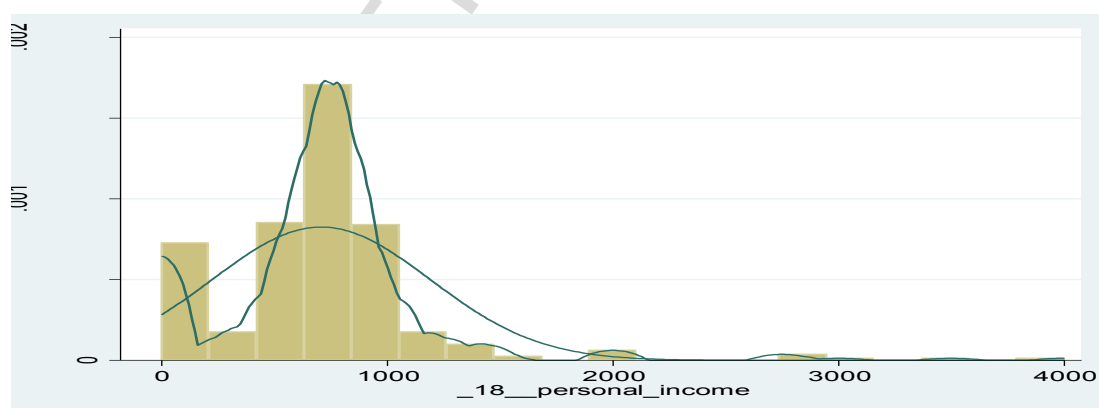
Ακολουθούν τα διαγράμματα της αναλυτικότερης στατιστικής περιγραφής των δεδομένων (ιστόγραμμα-histograms, διερεύνηση ιδιάζουσων παρατηρήσεων-box plot και διαγράμματα συσχετίσεων-scatters).

Ιστόγραμμα 1



Στο *Ιστόγραμμα 1* παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «**residence**» (years in Greece), δηλ. τα χρόνια διαμονής στην Ελλάδα των συμμετεχόντων στην έρευνά μας. Στο ιστόγραμμα 1, η μεταβλητή παρουσιάζεται σε σχέση με την κανονική κατανομή. Παρατηρούμε ότι η κατανομή της μεταβλητής του μοντέλου μας, ακολουθεί-σχετικά καλά-την κανονική κατανομή. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι μετανάστες που συμμετέχουν στην έρευνάς μας και διαμένουν στη χώρα μας μέσα σε μία διάρκεια χρόνου από μηδέν έως σαράντα χρόνων, παρουσιάζουν κανονική κατανομή με την μεγαλύτερη ομάδα εξ αυτών, το 65% περίπου του δείγματός μας, να διαμένουν στην Ελλάδα από 13 έως 16 χρόνια.

Ιστόγραμμα 2



Στο *Ιστόγραμμα 2* παρουσιάζεται η κατανομή της ανεξάρτητης μεταβλητής «**income**», που αποτυπώνει το προσωπικό εισόδημα των συμμετεχόντων στο χρόνο μελέτης μας (2009-2011), σε σχέση με την κανονική κατανομή. Από το διάγραμμα διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματός μας διαθέτουν μηνιαίο προσωπικό εισόδημα 700-800 €.

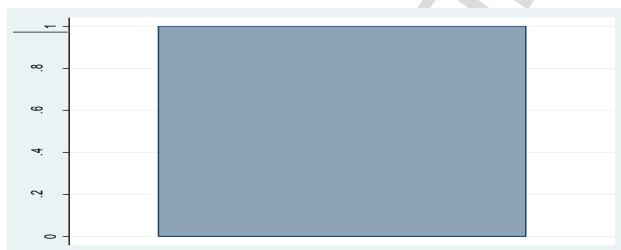
BOX PLOT: Για τον έλεγχο των ακραίων τιμών (outliers) των μεταβλητών χρησιμοποιούμε τα διαγράμματα Box plot.

Box plot 1



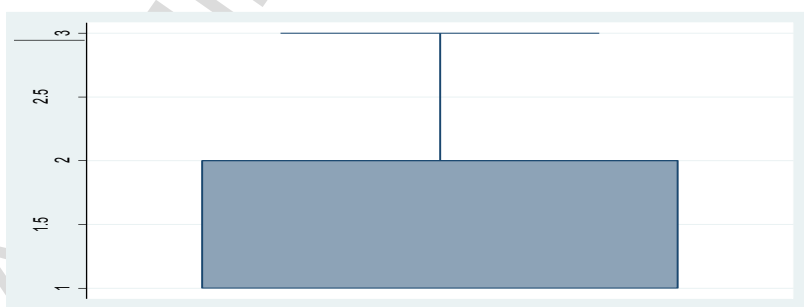
Στο *Box plot 1* παρουσιάζεται η εξαρτημένη μεταβλητή **satisfaction** (**Are you satisfied with the response of staff?**), η οποία παίρνει τιμές 0 και 1 και ως εκ τούτου δεν υπάρχει καμία ακραία τιμή.

Box plot 2



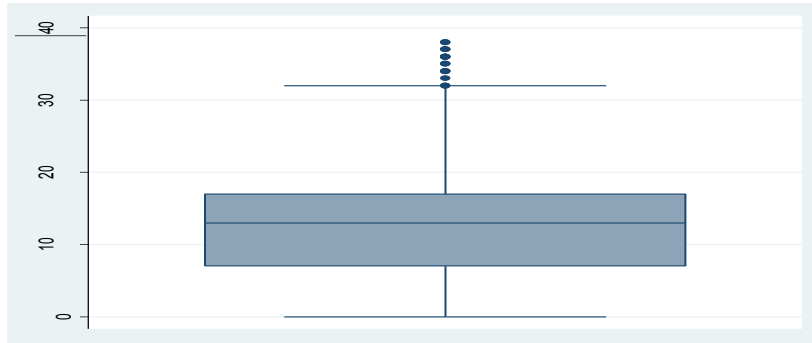
Στο *Box plot 2* παρουσιάζεται η ανεξάρτητη μεταβλητή του φύλου **gender**, όπου και πάλι οι παρατηρήσεις έχουν δυο τιμές, 0 και 1 και ως εκ τούτου δεν καταγράφεται καμία ακραία τιμή της μεταβλητής.

Box plot 3



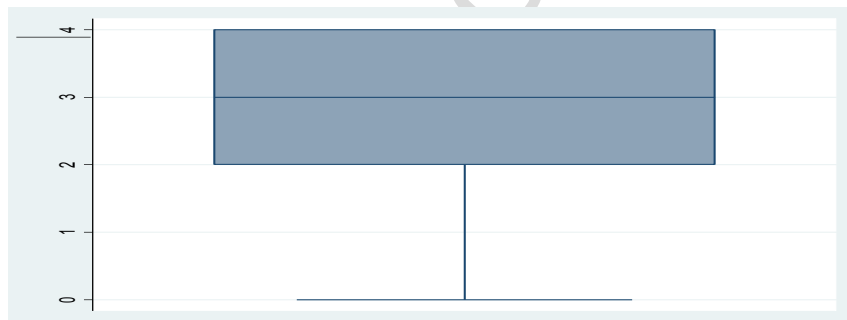
Στο *Box plot 3* παρουσιάζονται οι τιμές της ανεξάρτητης μεταβλητής **age**, οι οποίες κυμαίνονται από 1 έως 3. Παρατηρούμε ότι ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων βρίσκεται μεταξύ του 1 και του 2, δηλ. αφορά σε άτομα μέχρι 65 χρόνων. Οι παρατηρήσεις με ηλικία άνω των 65 χρόνων είναι πολύ λιγότερες. Δεν καταγράφονται ακραίες τιμές.

Box plot 4



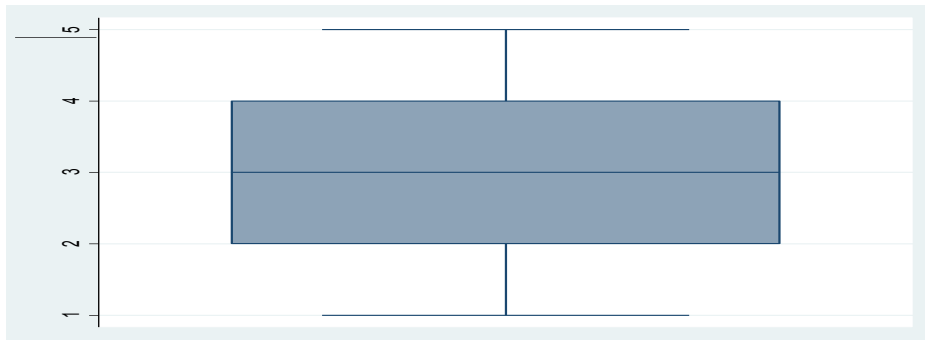
Στο *Box plot 4* παρουσιάζεται η ανεξάρτητη μεταβλητή residence (**year in Greece**) όπου οι συνολικές παρατηρήσεις της καταγράφονται μεταξύ των τιμών μηδέν και 32 ετών. Ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων καταγράφονται μεταξύ 8 και 18 ετών, ενώ παρατηρούνται και ακραίες παρατηρήσεις οι οποίες θα δημιουργήσουν πιθανό πρόβλημα στην επεξεργασία του μοντέλου μας. Οι παρατηρήσεις αυτές πρέπει να εντοπιστούν και ίσως να απομακρυνθούν από το μοντέλο.

Box plot 5



Στο *Box plot 5* καταγράφονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **understanding**. Οι τιμές της κυμαίνονται από 0 έως 4, ενώ ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων συγκεντρώνεται μεταξύ των τιμών 2 (=μέτρια) και 4 (=πολύ καλά). Η διάμεσος των παρατηρήσεων είναι στο 3 (=καλά). Δεν καταγράφονται ακραίες παρατηρήσεις.

Box plot 6



Στο *Box plot 6* παρουσιάζονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **education**. Το σύνολο των παρατηρήσεων βρίσκονται μεταξύ των τιμών 1 (=περίπου 6 χρόνια σχολείο) και 5 (=μεταπτυχιακές σπουδές). Ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων παίρνει τιμές από το 2 (=9-12 χρόνια σχολείο) έως το 4 (=ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση), ενώ στην τιμή 3 (=13-15 χρόνια) βρίσκεται η διάμεσος. Παρατηρήσεις στην τιμή 0 (=αναλφάβητος) δεν υπάρχουν. Δεν καταγράφονται ακραίες παρατηρήσεις.

Box plot 7



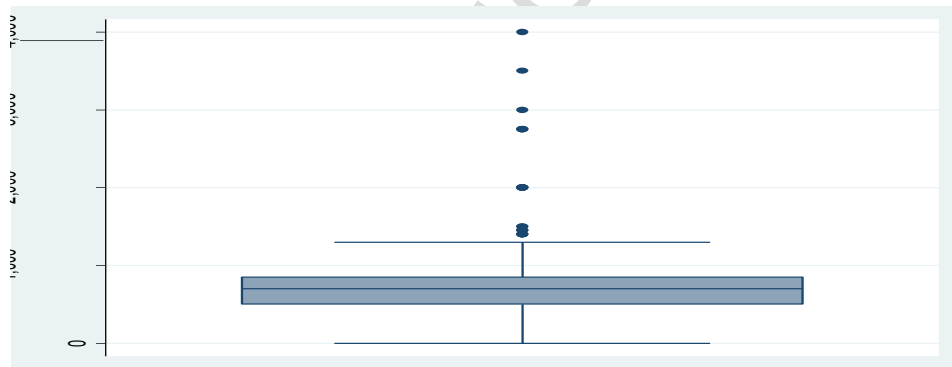
Στο *Box plot 7* παρουσιάζονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **job**. Παρατηρούμε ότι ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων παίρνουν την τιμή 1 (=ιδιωτικοί υπάλληλοι), ενώ σε όλες τις άλλες κατηγορίες (άνεργοι, ελεύθεροι επαγγελματίες, συνταξιούχοι και σπουδαστές-φοιτητές) οι παρατηρήσεις είναι τόσο λίγες που παρουσιάζονται ως «ακραίες».

Box plot 8



Στο *Box plot 8* καταγράφονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **year of insurance**. Ο κύριος όγκος των παρατηρήσεων έχουν την τιμή 1, δηλαδή σε κάθε χρόνο από τα 3 χρόνια της μελέτης (2009-2011) το πλήθος των μεταναστών είχαν ασφάλεια. Ωστόσο καταγράφονται ως «ακραίες» παρατηρήσεις κάποιες τιμές στο 0 και στο 0,5. Οι «ακραίες» αυτές παρατηρήσεις δηλώνουν ότι πολύ λίγα άτομα του δείγματός μας είχαν ασφάλιση είτε για μισό έτος, μέσα στο χρονικό διάστημα της μελέτης, είτε και καθόλου.

Box plot 9



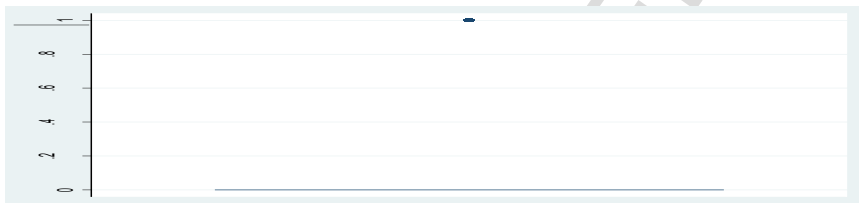
Στο *Box plot 9* παρουσιάζονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **personal income**. Το σύνολο των παρατηρήσεων καταγράφονται μεταξύ των τιμών 0 και 1.200 € περίπου. Ο μεγαλύτερος όγκος των παρατηρήσεων βρίσκεται μεταξύ των 700 € και 800 € και η διάμεσος των παρατηρήσεων στα 750 €. Επιπλέον παρατηρούνται «ακραίες» παρατηρήσεις για εισοδήματα της τάξης από 1500 € έως 4000 €, που σημαίνει ότι κάποιοι από τους συμμετέχοντες στην έρευνά μας είχαν πολύ υψηλό εισόδημα, αλλά αυτές οι τιμές είναι πολύ περιορισμένες στο σύνολο του δείγματός μας και καταγράφονται ως «ακραίες».

Box plot 10



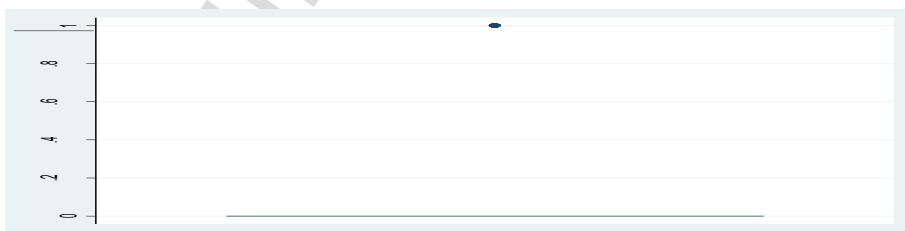
Στο *Box plot 10* καταγράφονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **community**. Οι παρατηρήσεις της συγκεκριμένης μεταβλητής παίρνουν δυο τιμές, 0 (=όχι) και 1 (=ναι) και ως εκ τούτου δεν παρουσιάζουν ακραίες τιμές.

Box plot 11



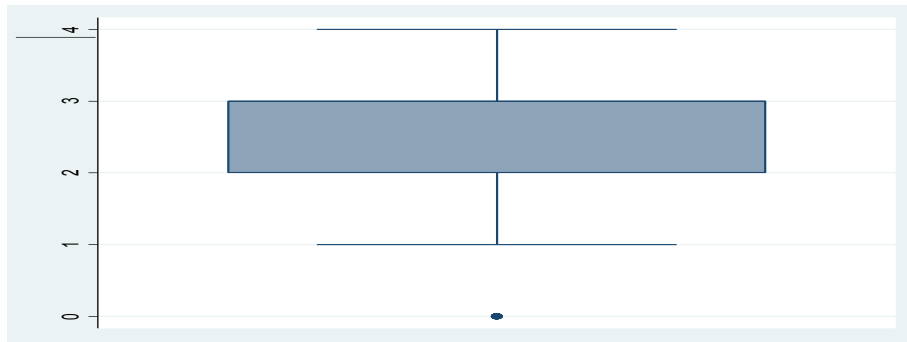
Στο *Box plot 11* καταγράφονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **chronic disease**. Όπως προκύπτει από το διάγραμμα, οι περισσότερες παρατηρήσεις παίρνουν την τιμή 0 (=όχι), ενώ υπάρχουν και παρατηρήσεις στην τιμή 1 (=ναι), αλλά είναι τόσο λίγες στο σύνολο του δείγματος που καταγράφονται ως «ακραίες».

Box plot 12



Στο *Box plot 12* καταγράφονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **payment (you were asked to pay more money)**. Από το παραπάνω διάγραμμα φαίνεται ότι οι περισσότερες παρατηρήσεις παίρνουν την τιμή 0 (=όχι), ενώ υπάρχουν και παρατηρήσεις στην τιμή 1 (=ναι), αλλά είναι τόσο λίγες στο σύνολο του δείγματος που καταγράφονται ως «ακραίες».

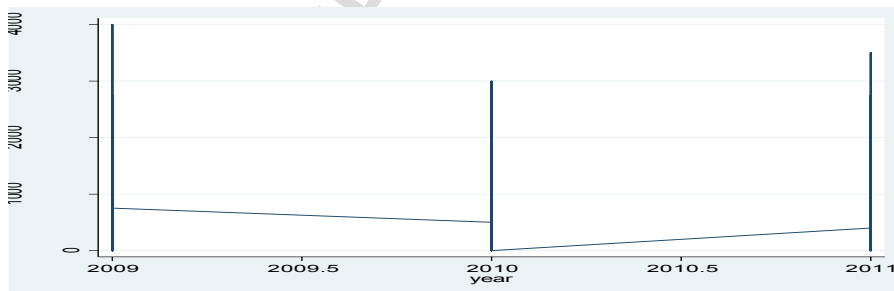
Box plot 13



Στο *Box plot 13* καταγράφονται οι παρατηρήσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής **trust**, οι οποίες παίρνουν τιμές από 1 (=λίγο) έως 4 (=πάρα πολύ). Οι περισσότερες παρατηρήσεις καταγράφονται μεταξύ των τιμών 2 (=μέτρια) και 3 (=πολύ), ενώ υπάρχουν και παρατηρήσεις στην τιμή 0 (=καθόλου), αλλά επειδή είναι πάρα πολύ λίγες στο σύνολο του δείγματος καταγράφονται ως «ακραίες» παρατηρήσεις.

Time Series Plot: Χρησιμοποιείται για να ελέγξουμε πως διαμορφώνονται τα δεδομένα μας στο χρόνο. Η μεταβλητή που παρουσιάζει ενδιαφέρον να εξετάσουμε την τάση της στο χρόνο, είναι η μεταβλητή **personal income**.

Time Series Plot 1



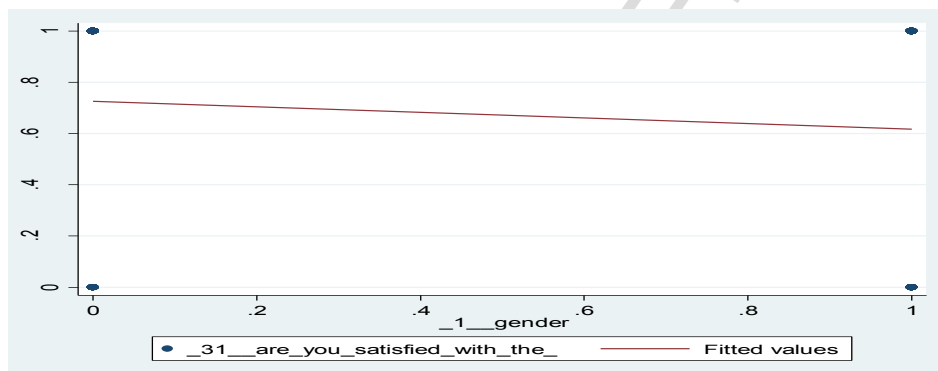
Στο *Time Series Plot 1* καταγράφονται τα δεδομένα της ανεξάρτητης μεταβλητής **personal income**, όπως διαμορφώνονται στον χρόνο της μελέτης μας (2009-2011).

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το μέσο ατομικό εισόδημα των μεταναστών της μελέτης μας ήταν γύρω στα 800 € και παρέμεινε σχεδόν σταθερό στη διάρκεια του 2009, καταγράφοντας μία μικρή κάμψη προς το τέλος του έτους. Ακολούθως το 2010 το μέσο ατομικό εισόδημα των μεταναστών του δείγματός μας ξεκίνησε από πολύ χαμηλά επίπεδα, χαμηλότερα του 2009, της τάξεως των 0 € και ακολούθησε ανοδική πορεία προς το τέλος του έτους, περίπου στα 700 €. Από το

παραπάνω διάγραμμα φαίνεται ότι το 2009 οι μετανάστες είχαν μεγαλύτερο ατομικό εισόδημα (μέχρι και 4000€) σε σχέση με το 2010 (3000 €) και το 2011 (3500 €).

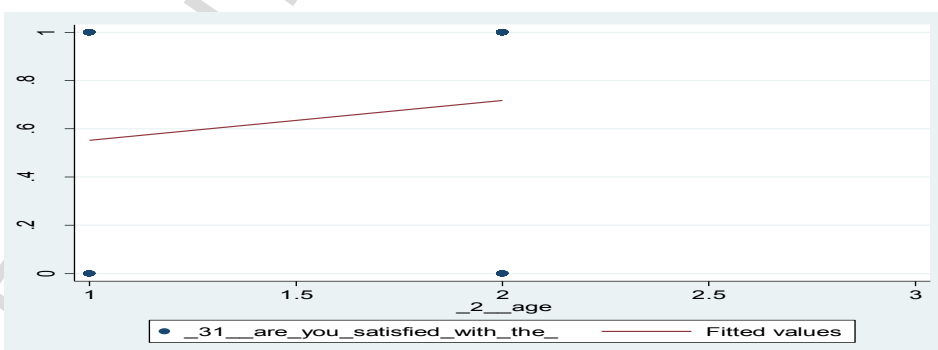
Scatter Plot: Στα παρακάτω διαγράμματα εξετάζουμε την εξαρτημένη μεταβλητή με κάθε μία ανεξάρτητη χωριστά και τις ανεξάρτητες μεταβλητές μεταξύ τους, προκειμένου να ελέγξουμε και να καταγράψουμε την μεταξύ τους σχέση. Δηλαδή το αν επηρεάζονται και πως οι μεταβλητές μεταξύ τους και ποια είναι η σχέση τους (θετική, αρνητική, σφικτή, γραμμική), προκειμένου να συμπεράνουμε αν έχει νόημα η ένταξή τους στο μοντέλο. Επιπλέον για να μπορούμε να εξηγήσουμε καλύτερα τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών σε κάθε scatter plot παρουσιάζεται και το διάγραμμα της αντίστοιχης line.

scatter plot 1 και line 1



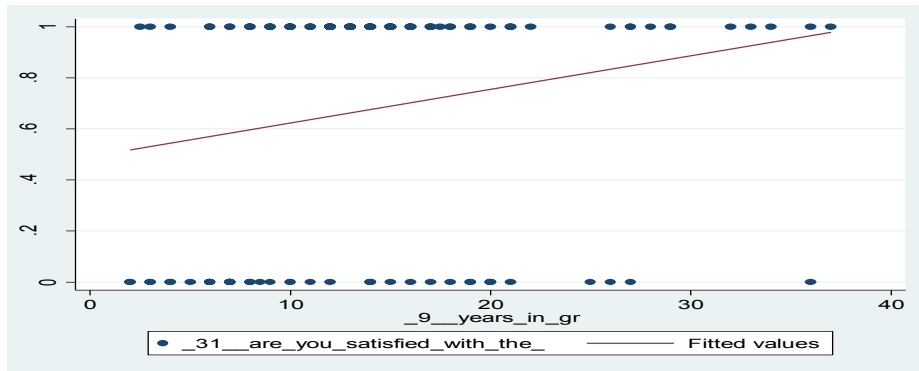
Στο *scatter plot 1 και line 1* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **satisfaction** (are you satisfied with the response of staff?) και της ανεξάρτητης **gender**.

scatter plot 2 και line 2



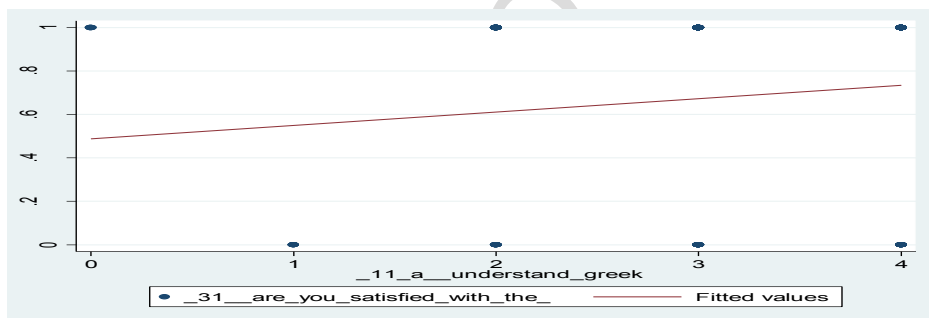
Στο *scatter plot 2 και line 2* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **satisfaction** και της ανεξάρτητης **age**.

scatter plot 3 και line 3



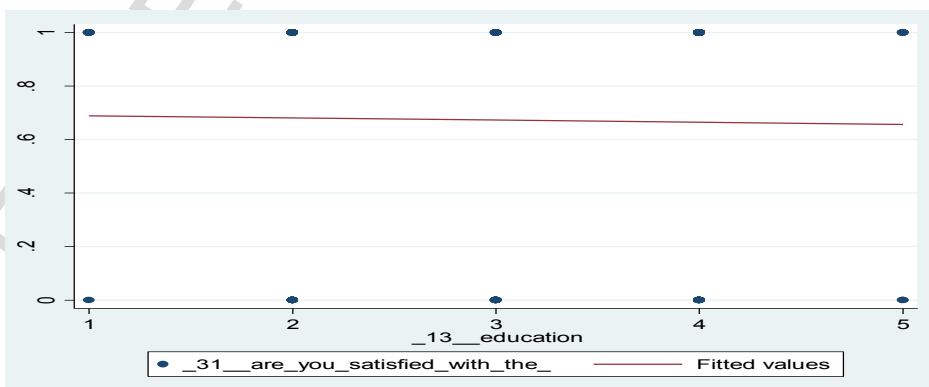
Στο scatter plot 3 και line 3 παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **satisfaction** και της ανεξάρτητης **residence** (year in Greece). Από τα παραπάνω διαγράμματα προκύπτει ότι μεταξύ των μεταβλητών υπάρχει σχέση θετική, όσο περισσότερα χρόνια μένει ένας μετανάστης στην Ελλάδα, τόσο περισσότερο ευχαριστημένος είναι από την ανταπόκριση του προσωπικού των νοσοκομείων.

scatter plot 4 και line 4



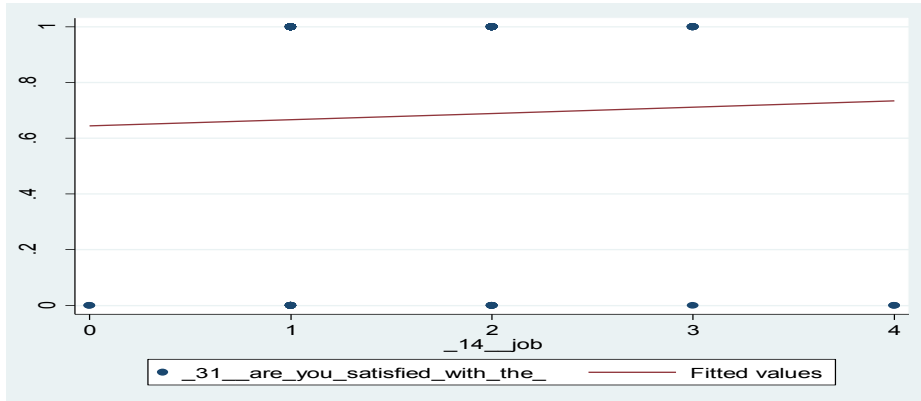
Στο scatter plot 4 και line 4 παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **satisfaction** και της ανεξάρτητης **understanding** (understand greek).

scatter plot 5 και line 5



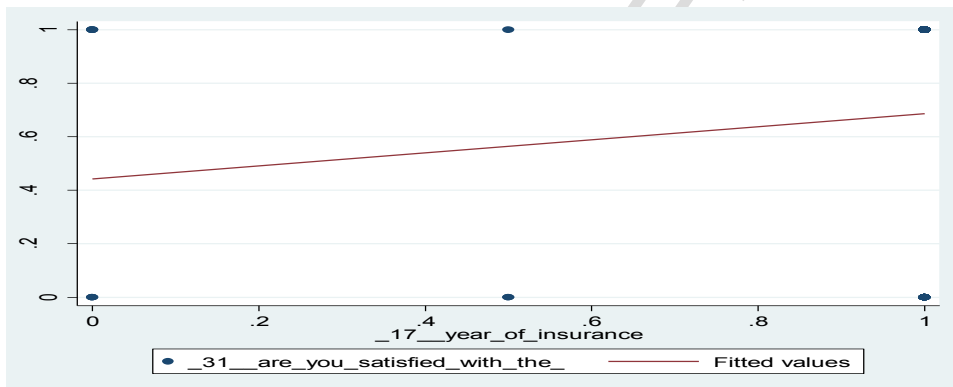
Στο scatter plot 5 και line 5 παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **satisfaction** και της ανεξάρτητης **education**.

scatter plot 6 και line 6



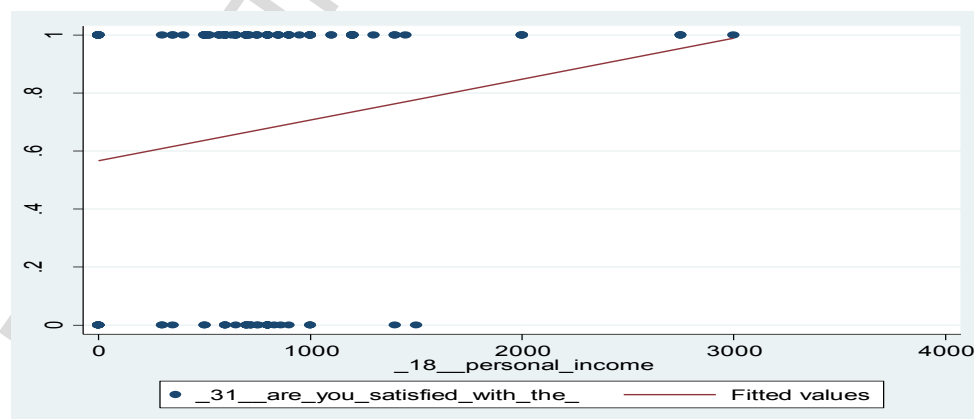
Στο *scatter plot 6 και line 6* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **satisfaction** και της ανεξάρτητης **job**.

Scatter plot 7 και line 7



Στο *Scatter plot 7 και line 7* παρουσιάζεται η σχέση (τάση) μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ανεξάρτητης **insurance**.

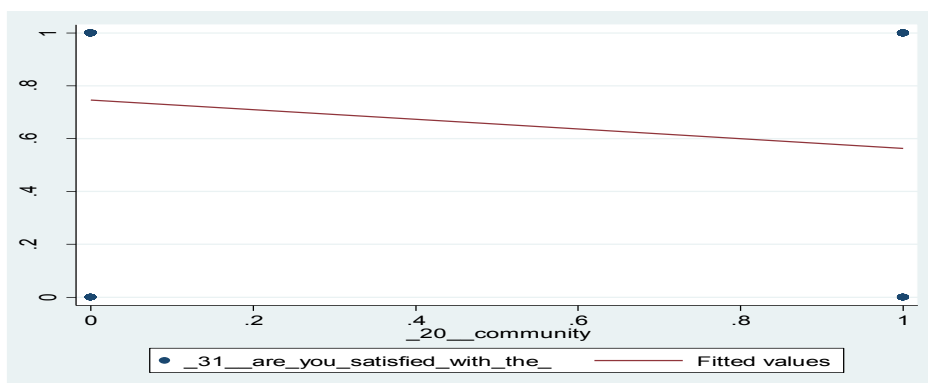
Scatter plot 8 και line 8



Στο *Scatter plot 8 και line 8* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ανεξάρτητης (personal) **income**. Από τα διαγράμματα φαίνεται να υπάρχει μία θετική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών, όσο αυξάνει το ατομικό

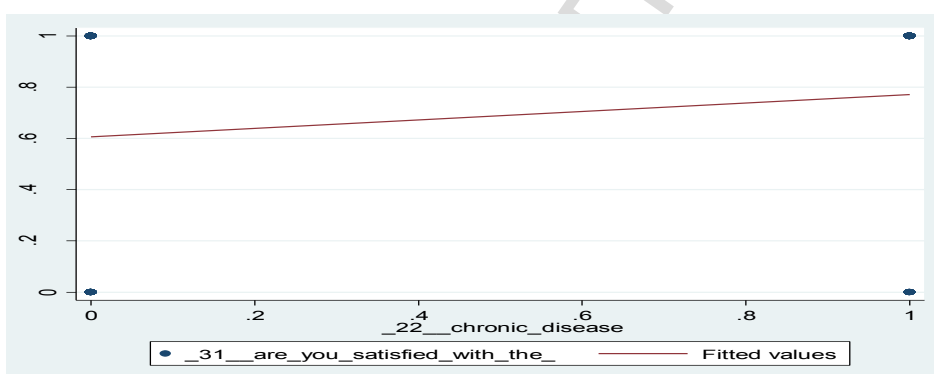
εισόδημα των μεταναστών, τόσο πιο ευχαριστημένοι είναι από την ανταπόκριση των προσωπικού των νοσοκομείων.

Scatter plot 9 και line 9



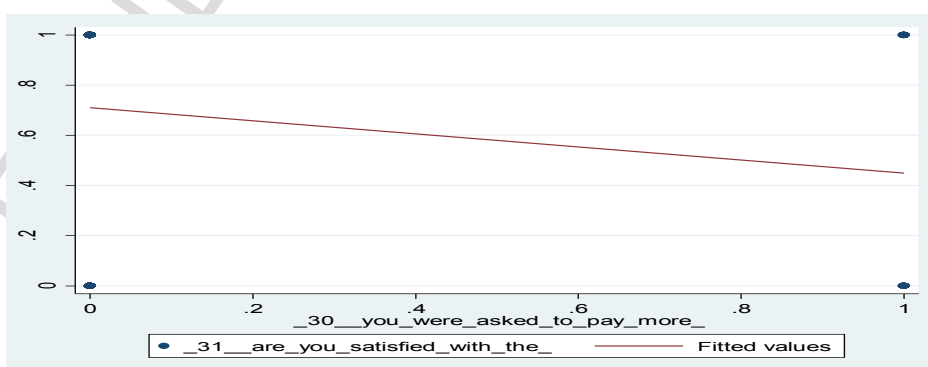
Στο *Scatter plot 9 και line 9* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ανεξάρτητης **community**.

Scatter plot 10 και line 10



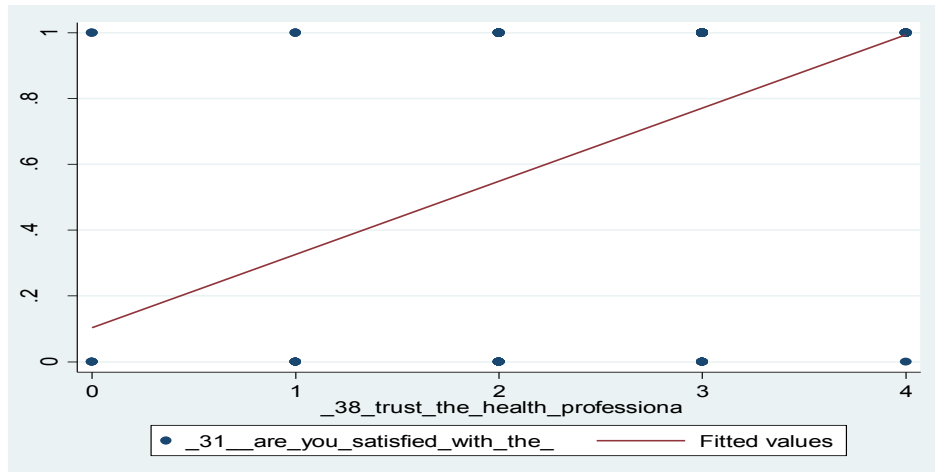
Στο *Scatter plot 10 και line 10* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ανεξάρτητης (chronic) **disease**.

Scatter plot 11 και line 11



Στο *Scatter plot 11 και line 11* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ανεξάρτητης **payment** (you were asked to pay more money?).

Scatter plot 12 και line 12



Στο *Scatter plot 12 και line 12* παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ανεξάρτητης **trust** (trust the health professional of public hospitals/health insurance provider?). Από τα διαγράμματα διαφαίνεται μία θετική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών, δεδομένου ότι όσο περισσότερο οι μετανάστες του δείγματός μας, εμπιστεύονται το προσωπικό των νοσοκομείων, τόσο πιο ευχαριστημένοι νοιώθουν από την ανταπόκρισή του.

Συνεχίζουμε εξετάζοντας την σχέση ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές. Πέρα από την διαπίστωση της σχέσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών, μας ενδιαφέρει να εξετάσουμε αν εμφανίζεται και η ασθένεια της πολυσυγραμμικότητας. Αν δηλαδή μεταξύ των 13 ανεξάρτητων x_s υπάρχουν πχ δυο μεταβλητές που είναι τόσο όμοιες μεταξύ τους, έτσι ώστε το μοντέλο μας τις θεωρήσει ως μία και δημιουργηθεί πρόβλημα στην ανάλυση των δεδομένων μας. Όλα τα διαγράμματα που εξετάζουν την πολυσυγραμμικότητα μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών, παραθέτονται στο Παράρτημα II, το οποίο δεν αποτελεί τμήμα της παρούσας εργασίας.

Παρακάτω συνεχίζουμε την εξέταση της πολυσυγραμμικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων με την εντολή `pwcorr` όλες τις x_s και `star (0.05) sig`, έτσι ώστε να διερευνήσουμε την πολυσυγραμμικότητα μεταξύ των ανεξάρτητων και την μεταξύ τους σημαντικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Πίνακας συσχετίσεων (με στατιστική σημαντικότητα)

	satisf-n	gender	age	country	reside-e	educat-n	job
satisfaction	1.0000						
gender	-0.1155 0.1726	1.0000					
age	0.1569 0.0631	-0.0743 0.1496	1.0000				
country	-0.2765* 0.0009	-0.1088* 0.0345	-0.0575 0.2651	1.0000			
residence	0.2074* 0.0136	-0.1534* 0.0028	0.2751* 0.0000	0.1572* 0.0022	1.0000		
education	-0.0183 0.8293	0.0655 0.2036	0.0754 0.1436	0.0213 0.6803	-0.0870 0.0914	1.0000	
job	0.0313 0.7122	-0.2168* 0.0000	0.0909 0.0776	0.1621* 0.0016	0.1631* 0.0015	0.0374 0.4686	1.0000
insurance	0.1107 0.1913	0.2117* 0.0000	0.1536* 0.0028	-0.1096* 0.0332	0.1293* 0.0119	-0.0707 0.1703	-0.1995* 0.0001
income	0.1587 0.0601	-0.1071* 0.0373	0.0991 0.0543	-0.0933 0.0700	0.0175 0.7350	-0.1085* 0.0349	-0.0560 0.2778
community	-0.1915* 0.0245	-0.0167 0.7476	0.0038 0.9421	0.3579* 0.0000	-0.1471* 0.0043	0.0440 0.3958	0.0082 0.8744
disease	0.1725* 0.0408	-0.0379 0.4625	0.1694* 0.0009	-0.0797 0.1221	0.1473* 0.0041	0.0882 0.0867	0.1369* 0.0077
payment	-0.1940* 0.0211	-0.1932* 0.0208	0.0600 0.4765	0.0710 0.3993	-0.0835 0.3215	0.0712 0.3979	-0.0668 0.4281
trust	0.4777* 0.0000	-0.0236 0.6491	0.2515* 0.0000	-0.1366* 0.0081	0.1431* 0.0055	-0.1095* 0.0340	-0.0671 0.1949
		insura-e	income	commun-y	disease	payment	trust
insurance		1.0000					
income		0.2174* 0.0000	1.0000				
community		0.0313 0.5458	-0.0205 0.6930	1.0000			
disease		0.0320 0.5356	-0.0841 0.1024	0.1340* 0.0094	1.0000		
payment		-0.2344* 0.0048	-0.0924 0.2723	0.2149* 0.0108	-0.0400 0.6350	1.0000	
trust		-0.1487* 0.0039	0.2500* 0.0000	-0.1084* 0.0366	-0.0157 0.7616	-0.3504* 0.0000	1.0000

Εξετάζοντας προσεκτικά τις παραπάνω τιμές όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών, διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει πολυσυγραμμικότητα μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών x_s . Επιπλέον ο παραπάνω πίνακας καταγράφει και τον βαθμό σημαντικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ανακοίνωση της Επιτροπής «Το δημογραφικό μέλλον της Ευρώπης, μετατροπή μιας πρόκλησης σε ευκαιρία», Βρυξέλλες 12.10.2006, COM (2006) 571
- Γαλάνης Π., Καϊτελίδου Δ., Σουρτζή Π., Μπελλάλη Θ., Σίσκου Ο., Τσαβαλιάς Κ., Καραμήτρη Ι., Βελονάκης Εμ. (2012), Ερευνητική Εργασία για τη Γνώση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από Μετανάστες, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 2012
- Γιατροί του Κόσμου -Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο (2007), *Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία;* Έκδοση των Γιατρών του Κόσμου
- Δαγτόγλου Π. Δ. (1990), *Το Σύνταγμα-Αναθεωρημένο*, Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή
- Δρεττάκης, Μ. Γ. (2005), *Αλληλένδετα ασφαλιστικό και δημογραφικό*, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 5 Ιουνίου 2005, <http://news.kathimerini.gr>
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007), *Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής*. Απόφαση ΕΕΔΑ, Αθήνα
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ιατρική Σχολή (2009), *Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα*, στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού προγράμματος MIGHEALTHNET: Information network on good practice in health care for migrants and minorities
- ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ (2007), *Αναλογιστική Μελέτη για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ*, Αθήνα
- Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (2008), *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες-Πολιτικές-Προοπτικές*, Τόμος Α', Αθήνα
- Καψάλης Α. (2003), *Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε Θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών*, Εθνική Έκθεση Ελλάδας
- Κοτσώνη Ι. (2011), *Πρόσβαση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας από τους Μετανάστες*, Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική σχολή Αθηνών, Αθήνα

- Λιανός Θ. (2003), *Σύγχρονη μετανάστευση στην Ελλάδα: οικονομική διερεύνηση*, εκδόσεις ΚΕΠΕ, Αθήνα
- Μπάκαβος Χρ., Παπαδοπούλου Δ., Συμεωνάκη Μ. (2006), *Μετανάστευση και παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες στην Ελλάδα*, Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ, Αθήνα
- Μπάγκαβος Χ. και Παπαδοπούλου Δ. (2006), άρθρο που συγκαταλέγεται στον συνολικό τόμο *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Αθήνα
- Μπουρίκος Δημήτρης (2006), *Ζητήματα κοινωνικοασφαλιστικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, Επισημάνσεις και προτεινόμενη βιβλιογραφία*, Αθήνα
- Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Γκαζόν, Ε. (2005β), *Μετανάστευση και υγεία πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης. Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, ΕΚΚΕ, Αθήνα
- Νικολόπουλος, Κ. (2006), *Η οικονομική της ενδογενεακής Αναδιανομής*, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Τομέας Διοικητικής Επιστήμης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Σακελλαρόπουλος Θ.- Στεργίου Α. (2010), «*Η ασφαλιστική Μεταρρύθμιση, Πορίσματα-Εισηγήσεις-Άρθρα*», Αθήνα
- Σακελλαρόπουλου Θ. (2011), σημειώσεις στο μάθημα *Ασφαλιστικά Συστήματα στην Ελλάδα και Ασφαλιστικοί Οργανισμοί*, ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας»
- Σαρρής Ν. (2008), *Θεσμικό Πλαίσιο της Μετανάστευσης σε Εθνικό Και Ευρωπαϊκό Επίπεδο*, ΕΚΚΕ, Αθήνα
- Σύμβαση ΟΗΕ για το καθεστώς του Πρόσφυγες (1951), Γενεύη
- Τμήμα Γεωγραφίας-Πανεπιστημίου Αιγαίου (2007), «*Αναλυτική Μελέτη για τις επιπτώσεις του Μεταναστευτικού Φαινομένου στην Κοινωνική Ασφάλιση*»
- Χλέτσος, Μ. (2003), *Οικονομική Ανάλυση της Κοινωνικής Προστασίας*, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Παν/μιο Ιωαννίνων

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Blake, D. & Mayhew, L. (2004), *Immigration or Bust? Options for securing the future viability of the UK state pension system*
- Böhning, W.R. (1996), *Employing Foreign Workers*, Geneva: International Labour Office
- Cichon, M., Léger, F & Knop, R., 2003, *White or Prosperous: How much migration does the ageing European Union need to maintain its standard of living in the twenty-first century?*, 4th International Research Conference on Social Security ‘Social security in a long life society’, Antwerp, 5-7 May 2003
- Clark, G.L., 2002, *European Pensions and Global Finance: Continuity or Convergence?*, *New Political Economy*, 7(1), 2002:67-91
- Coleman, D., 2002, *Replacement migration, or why everyone is going to have to live in Korea: A fable for our times from the United Nations*, *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 357, 583 – 598
- Commission of the European Communities (2002), *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*, Joint report by the Commission and the Council on Adequate and sustainable pensions
- Derose K. P., Bahney B. W., Lurie N., Escarce J., Review: *Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost*, *Med Care Research Review* 2009
- Human Rights Watch (2008). *Left to Survive: Systematic Failure to Protect Unaccompanied Migrant Children in Greece*. HRW Report, N.Y
- European Commission (2008a). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Edition of Directorate- General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, E.C.
- European Commission (2006b). *Equality in Health: Greek National Report*. Edition of Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities
- United Nations, 2000, *Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations?* New York: UN Population Division.