
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Βογιατζή Αικατερίνη-Στεφανία

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

Πειραιάς, 2015

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση της Υγείας»**

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Βογιατζή Αικατερίνη-Στεφανία, Α.Μ.:ΔΥ/1204

Επιβλέπων: Παντελίδης Παντελής/Καθηγητής και Αναπληρωτής Πρύτανης
Ακαδημαϊκών Υποθέσεων και Προσωπικού/Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2015

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

M.Sc. in Health Management

Vogiatzi Aikaterini-Stefania

Supervisor: Pantelidis Pantelis / Professor and Associate Dean for Academic
Affairs and Personnel / University of Piraeus

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Science in Health Management

Piraeus, Greece, 2015

*Στους γονείς μου,
Νικόλαο και Σιμιώνα*

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σημαντικοί όροι: Μετανάστευση, υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ελληνικές υπηρεσίες υγείας, οικονομικές επιπτώσεις, βαθμός ικανοποίησης, δημόσια νοσοκομεία

Περίληψη

Μετανάστευση και διασπορά πληθυσμού : πολυάριθμες προσωπικές ιστορίες κρύβονται πίσω από αυτές τις λέξεις. Συσχετίζονται με το θάρος, την νοσταλγία, την ετοιμότητα να ρισκάρει κανείς καθώς και την ελπίδα στην αναζήτηση ευκαιριών. Οι μετανάστες χαρακτηρίζονται από την προθυμία του να ζούν και να εργάζονται μακριά από την χώρα γέννησης και καταγωγής τους, αναζητώντας πόρτες για έναν νέο τρόπο ζωής, μία νέα ταυτότητα, έναν δρόμο στη διαπολιτισμικότητα.

Υγεία : Θεωρείται το σημαντικότερο συνταγματικά κατοχυρωμένο κοινωνικό δικαίωμα, αφού αποτελεί τη βάση της άσκησης των υπολοίπων ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων. Δικαίωμα στην δημόσια παρεχόμενη υγεία έχει ο κάθε άνθρωπος της γής, ανεξαρτήτως φύλου, χώρας καταγωγής ή οικονομικής κατάστασης.

Σκοπός της μελέτης αυτής, είναι ένωση των δύο όρων μαζί, η σχέση δηλαδή μετανάστευσης και υγείας μεταναστών σε συνάρτηση με τις οικονομικές επιπτώσεις που προκαλούνται στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας καθώς επίσης και η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των μεταναστών από τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας.

Η μελέτη διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα, Νοέμβριος 2014 με Μάϊος 2015, με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου 40 ερωτήσεων. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείτο από 80 μετανάστες «πρώτης γενιάς», νόμιμου καθεστώτος παραμονής στον Νομό Αττικής. Η στατιστική ανάλυση του δείγματος πληθυσμού πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος STATA.

Η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών, για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους καθώς επίσης και για την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Οι παράγοντες αυτοί, μπορούν να

συμβάλουν σημαντικά στην καλύτερη ενσωμάτωση των μεταναστών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

MIGRATION AND ECONOMIC IMPACT ON HEALTH

Keywords: Immigration, health, NHS, Greek health services, economic impact, satisfaction, public hospitals

Abstract

Migration and population dispersion: many personal stories behind these words. Associated with courage, nostalgia, readiness to risk one and hope in search of opportunities. Migrants are characterized by the willingness to live and work away from their country of birth and origin, looking for doors to a new life, a new identity, a street in interculturalism.

Health: It is considered the most important constitutionally guaranteed social right, since it is the basis of the exercise of other civil and political rights. Right to public health has every person on earth, regardless of gender, country of origin or economic status.

The purpose of this study, is an association of the two terms together, the relationship that migration and migrant health in light of the economic effects caused to the Greek Health System as well as to evaluate the degree of satisfaction of Greek immigrants from health services.

The study was conducted during the period November 2014 to May 2015, using an anonymous questionnaire of 40 questions. The population studied were composed of 80 immigrants 'first generation' legal residence status in the prefecture Attikis. Statistical analysis of the sample population was performed using the statistical program STATA.

Access to and use of health services by immigrants is essential to effectively address the health problems of immigrants, to improve their quality of life as well as to ensure public health in Greece. These factors can significantly contribute to better integration of immigrants into the Greek Health System.

Περιεχόμενα

Περίληψη	ix
Abstract.....	xi
Περιεχόμενα	xiii
Κατάλογος πινάκων.....	xv
Κατάλογος διαγραμμάτων.....	xvi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ	1
1.1 Εισαγωγή	3
1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	3
1.3 Αίτια μετανάστευσης.....	5
1.4 Είδη μεταναστευτικής κίνησης.....	7
1.4.1 Πρόσφυγες	9
1.4.2 Πρώτη και «Δεύτερη γενιά» μεταναστών.....	12
1.4.3 Παλιννοστούντες.....	14
1.5 Ιστορική αναδρομή	14
1.6 Θεωρίες μετανάστευσης	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ	
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ	19
2.1 Μετανάστευση σε Ευρώπη και Ελλάδα	21
2.1.1 Ευρώπη-ο «πολυπόθητος» προορισμός των μεταναστών.....	21
2.1.2 Μετανάστευση στην Ελλάδα-χώρα αποστολής και υποδοχής μεταναστών..	22
2.2 Αίτια μετανάστευσης προς την Ελλάδα και λόγοι διατήρησής της.....	24
2.3 Χαρακτηριστικά μεταναστών στην Ελλάδα	27
2.3.1 Χωροταξική τοποθέτηση του μεταναστευτικού πληθυσμού	33
2.4 Οργάνωση της Ελληνικής Κοινωνίας.....	34
2.5 Μεταναστευτική πολιτική-Νομοθεσία στην Ελλάδα	37
2.6 Θεσμικό πλαίσιο ενσωμάτωσης μεταναστών στην Ελλάδα.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	
ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	43

3.1 Υγεία.....	44
3.1.1 Η Υγεία ως κοινωνικό αγαθό – εννοιολογικός προσδιορισμός.....	44
3.1.2 Η Υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα.....	45
3.2 Δικαίωμα χρήσης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας από τους μετανάστες.....	46
3.3 Πρόσβαση των μεταναστών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	47
3.4 Παράνομοι μετανάστες και υπηρεσίες υγείας.....	50
3.5 Η πραγματικότητα σήμερα.....	52
3.6 Συσχέτιση του ρόλου της μετανάστευσης με το ασφαλιστικό σύστημα.....	53
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	59
4.1 Σκοπός μελέτης.....	61
4.2 Δεδομένα.....	61
4.3 Συλλογή δεδομένων.....	62
4.4 Στατιστική περιγραφή δεδομένων.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	101
5.1 Συμπεράσματα.....	103
5.2 Προτάσεις.....	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117
Α) Ελληνική.....	117
Β) Ξένα.....	119
Γ) Διαδικτυακές πηγές.....	121

Κατάλογος πινάκων

2.1 Αρθμοί και αναλογία των αλλοδαπών σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό	34
2.2 Συμβολή της φυσικής αύξησης του πληθυσμού και των μεταναστευτικών ρευμάτων στην αύξηση του πραγματικού πληθυσμού	40
2.3 Πληθυσμός της Ελλάδας κατά υπηκοότητα	41
3.1 Δικαίωμα πρόσβασης στο ΕΣΥ των διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών	64

Κατάλογος διαγραμμάτων

2.1 Εθνικότητες μεταναστών στην Ελλάδα σε ποσοστά	42
2.2 Ποσοστά Ανδρών-Γυναικών κατά υπηκοότητα	43
2.3 Οικογενειακή κατάσταση μεταναστών % στο σύνολο	44
2.4 Ηλικιακή κατανομή εργατικού δυναμικού-αλλοδαπών	45
2.5 Επίπεδο εκπαίδευσης μεταναστών	46
2.6 Ασφαλιστικός φορέας μεταναστών	47
2.7 Περιφερειακή ποσοστιαία κατανομή μεταναστευτικού πληθυσμού	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

1.1 Εισαγωγή

Ο homo sapiens είναι από την φύση του μετανάστης και μιγάδας. Ανήκε στο μοναδικό ζωντανό είδος που δεν έπαψε από την αρχή της ύπαρξής του να επιμειγνύεται, όπως δεν έπαψε και να μετακινείται (Κασιμάτη, Κ., 2003) . Οι μετακινήσεις ατόμων, ομάδων , πληθυσμών παρατηρούνται σε όλες τις φάσεις της ιστορίας.

Η μετανάστευση αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία, από τόπο σε τόπο , από εποχή σε εποχή.

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην κοινωνία, έχουν εντείνει το πρόβλημα της μετανάστευσης , ένα διαχρονικό ζήτημα, που οδήγησε σε έντονες ανακατατάξεις και μεταβολές της κοινωνικής δομής.

Τα αίτια της μετανάστευσης, όπως θα δούμε παρακάτω, είναι ποικίλα και πολύμορφα. Ως προς αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης , οι άνθρωποι μεταναστεύουν, επιθυμώντας κοινωνική ανεξαρτησία. Οι λόγοι που οδηγούν έναν μετανάστη στην μεταβολή του τόπου εγκατάστασής του, είναι οικονομικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί και θρησκευτικοί.

Την εποχή που διανύουμε, το θέμα της μετανάστευσης έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις , αποτέλεσμα σημαντικών κοινωνικών και πολιτικών αλλαγών που έλαβαν χώρα παγκοσμίως και κυρίως στην Ανατολική Ευρώπη και στα Βαλκάνια. Στην Ελλάδα, το πρόβλημα της μετανάστευσης ανετράπη και από χώρα αποστολής μεταναστών τις δεκαετίες του 20' έως 50' , έγινε χώρα αποδοχής τους, με αποτέλεσμα, τα φαινόμενα ρατσισμού και η ξеноφοβία να είναι κυρίαρχα. Είναι φανερό ότι η συνύπαρξη πολλών κουλτουρών απειλείται και είναι δύσκολο να διατηρηθεί εξαιτίας των μεταναστών.

1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Ο ορισμός της μετανάστευσης αποτελεί σύνθετο θέμα καθώς επηρεάζεται από ποικίλους πολιτικούς-ιδεολογικούς-κοινωνικούς παράγοντες.

Ως **μετανάστευση** ορίζεται **η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου** . Ως συνεχής ροή προσώπων από και προς μία περιοχή η μετανάστευση είναι μία από τις τρεις βασικές δημογραφικές διαδικασίες. Είναι η διαδικασία εκείνη που συνεπάγεται τη μηχανική (ή τεχνητή) ανανέωση και φθορά ενός πληθυσμού, σε αντίθεση με τις άλλες δύο διαδικασίες

(γεννητικότητα, θνησιμότητα), που έχουν σχέση με τη φυσική ανανέωση και τη φθορά ενός πληθυσμού. (Τσαούσης, Δ.Γ. , 1996)

Από την παράθεση του ορισμού καταδεικνύεται ότι μπορεί μεν το βασικό χαρακτηριστικό της μετανάστευσης να είναι η γεωγραφική κινητικότητα αλλά αυτό που κάθε φορά ορίζεται ως μετανάστευση εξαρτάται από τις κοινωνικές-οικονομικές-πολιτισμικές συνθήκες.

Η μετανάστευση, με βάση το καθεστώς εισόδου και παραμονής στη χώρα υποδοχής, διακρίνεται σε Νόμιμη και Παράνομη Μετανάστευση.

Νόμιμη Μετανάστευση

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

- Όσοι προέρχονται από κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίοι έχουν δικαίωμα ελεύθερης εγκατάστασης.
- Οι υπήκοοι τρίτων χωρών, για την είσοδο και παραμονή των οποίων στη χώρα απαιτείται διαδικασία προέγκρισης.

Παράνομη Μετανάστευση

Πρόκειται για τους αλλοδαπούς οι οποίοι, είτε εισήλθαν στη χώρα εξ αρχής, χωρίς νόμιμα ταξιδιωτικά έγγραφα, οπότε χαρακτηρίζονται «**λαθρομετανάστες**» είτε εισήλθαν νόμιμα μεν, υπό κάποια ιδιότητα (τουρισμός, σπουδές, νόμιμη εργασία κ.λ.π.) αλλά στη συνέχεια παραμένουν παράνομα στη χώρα, ως αντικανονικοί μετανάστες. (Καρύδης, Β. Χ. ,1996) Στην σύγχρονη εποχή μετανάστευση και λαθρομετανάστευση αποτελούν ένα ενιαίο φαινόμενο. Ειδικότερα η λαθρομετανάστευση θα μπορούσε να θεωρηθεί το «νόθο» παιδί της μετανάστευσης αφού στην ουσία εμφανίζεται όπου οι χώρες “υποδοχής” μεταναστών εξαντλούν κατά ένα τρόπο τις δυνατότητες τους να δεχθούν νομίμους μετανάστες.

Ιστορικά η «λαθρομετανάστευση», σαν κοινωνικό φαινόμενο, συμπίπτει με την εμφάνιση της νομικής υπόστασης του «κράτους» και των συναφών εννοιών της κυριαρχίας των συνόρων των πολιτών, που περιόρισαν και έθεσαν υπό τον έλεγχο της

κρατικής εξουσίας, την ελεύθερη είσοδο και παραμονή εντός των ορίων της κρατικής κυριαρχίας, ξένων προς το κράτος ατόμων ή των ομάδων.

Κοινωνιολογικά η λαθρομετανάστευση αποτελεί μια μη νόμιμη μορφή της λεγόμενης “εξωτερικής” μετανάστευσης δηλαδή της μετακίνησης ατόμων ή ομάδων από τη χώρα προέλευσης τους προς μια άλλη χώρα-κράτος με εθνολογική οντότητα, κοινωνική δομή και ίδιο πολιτισμό.

Το κύριο αίτιο που προκύπτει το φαινόμενο της μετανάστευσης και κατ’ επέκταση της λαθρομετανάστευσης υπήρξε, ανέκαθεν, η αναζήτηση καλύτερων “όρων ζωής” που δημιουργεί μια ισχυρότατη “δυναμική” μετακίνησης ατόμων ή ομάδων από χώρες χαμηλού βιοτικού επιπέδου σε χώρες οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά προηγμένες. (Τσαούσης, Δ.Γ. , 1996)

1.3 Αίτια μετανάστευσης

Φημισμένο «ζεύγος» των μεταναστευτικών σπουδών, το **push** και το **pull** , (απόθεση-έλξη), υπήρξε το αντικείμενο πολλών ερευνών και ισάριθμων λόγων ανησυχίας. Αφού χρησιμοποιήθηκαν αρχικά από τους οικονομολόγους για να αναλυθούν τα οικονομικά αίτια και αποτελέσματα του μεταναστευτικού φαινομένου, οι έννοιες της «**απόθησης**» και της «**έλξης**» περιορίστηκαν μερικές φορές να υπολογιστεί το κόστος και τα οφέλη της μετανάστευσης. Κατά κάποιο γενικότερο τρόπο, οικονομολόγοι, ιστορικοί και κοινωνιολόγοι, (νέο)-κλασικοί ή μαρξιστές, όλοι τους προσπάθησαν να προσδιορίσουν τη σχετική σημασία των παραγόντων μετανάστευσης από ή απόθησης σε σχέση με τους παράγοντες μετανάστευσης προς ή έλξης στις μεταναστευτικές κινήσεις. Για τις κλασικές αναλύσεις, αυτά τα δύο στοιχεία πρέπει να επιτρέπουν μια μετέπειτα ισορροπία. Όμως μπορούμε να ταξινομήσουμε τις μεγάλες μεταναστευτικές εποχές ανάλογα με τη σημασία που αποδίδεται στον έναν ή στον άλλο παράγοντα. Έτσι οι μεταναστεύσεις του 19^{ου} αιώνα ήταν το αποτέλεσμα δημογραφικών πιέσεων (**push**), ενώ οι νέες μεταναστεύσεις του 20^{ου} αιώνα οφείλονταν στο **pull** της εκβιομηχάνισης. Νεώτερες έρευνες επιμένουν περισσότερο στους παράγοντες του pull και στην ανάγκη για μετανάστες από πλευράς των χωρών- εισαγωγέων(GREEN,NANCY L.,2004). Για τους μετανάστες που έρχονται στην Ελλάδα συνυπάρχουν τόσο οι παράγοντες έλξης όσο και οι παράγοντες απόθησης, με αυτούς της απόθησης να υπερτερούν (Georgios

A. Antonopoulos The Smuggling of Migrants in Greece An Examination of its Social Organization, δημοσιευμένο στο European Journal of Criminology). Η προσπάθεια θεωρητικής διάκρισης των παραγόντων που προκαλούν τη μετανάστευση, σε παράγοντες **έλξης προς** έναν τόπο και σε παράγοντες **απόθησης από** έναν τόπο κρίνεται από μερίδα ερευνητών ως αδόκιμη. Και τούτο διότι προσπαθεί να χαρακτηρίσει το είδος των παραγόντων με βάση τις αντιδράσεις που προκαλούν και όχι ανάλογα με τα κύρια χαρακτηριστικά τους. (Τσαούσης Δ. Γ. ,1996)

Οι αντιδράσεις όμως δεν είναι ποτέ σταθερές κι αυτό σημαίνει ότι παράγοντες σταθεροί μπορούν να αλλάζουν χαρακτηρισμό, επειδή άλλαξε ο τρόπος που αντιδρούν οι άνθρωποι σ' αυτούς.

Γι' αυτό το λόγο ορθότερη είναι η κατάταξη των παραγόντων που προκαλούν τη μετανάστευση ανάλογα με τα εξωτερικά και αναντίρρητα αναγνωρίσιμα χαρακτηριστικά τους. Μπορούμε λοιπόν να διακρίνουμε τις ακόλουθες ενδεικτικές γενικές κατηγορίες:

Φυσικοί παράγοντες:

Μεταβολές στο φυσικό περιβάλλον που καθιστούν δύσκολη την επιβίωση, όπως ξηρασία, πλημμύρες, σεισμοί κ.λπ. Η σημασία των παραγόντων αυτών είναι μεγαλύτερη όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της τεχνολογίας και επομένως η εξάρτηση ενός πληθυσμού από τη φύση και την επιτόπια παραγωγή.

Οικονομικοί παράγοντες :

Σαν τέτοιοι θα μπορούσαν να αναφερθούν η έλλειψη επαρκών δυνατοτήτων απασχόλησης, η υποαπασχόληση, το χαμηλό εισόδημα σε συνδυασμό πολλές φορές με την υπέρμετρη χρονικά εργασιακή απασχόληση, η αναγκαστική μετακίνηση σαν αναπόσπαστο στοιχείο για την άσκηση συγκεκριμένης επαγγελματικής δραστηριότητας κ.λπ.

Πολιτικοί παράγοντες :

Σ' αυτή την κατηγορία εντάσσονται οι διώξεις λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, καθώς και η διακριτική μεταχείριση που πολλές φορές ακολουθείται από το καθεστώς μίας χώρας σε βάρος μεμονωμένων ατόμων ή και συγκεκριμένης κατηγορίας ενός πληθυσμού. Είναι δυνατόν

πολλές φορές ταυτόχρονα πολιτικοί και οικονομικοί παράγοντες να ωθούν στη φυγή και τη μετανάστευση πολίτες μίας χώρας.

Κοινωνικοί παράγοντες :

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί η αξία της μετανάστευσης ως προϋπόθεση κοινωνικής προκοπής ή ανόδου στον συγκεκριμένο κοινωνικό ιστό μίας "εθνικής" κοινωνίας και τα οφέλη που σε ατομικό επίπεδο συνοδεύουν μία τέτοια ανέλιξη.

Ψυχολογικοί παράγοντες :

Πολλές φορές άνθρωποι ωθούνται στη μετανάστευση από τυχοδιωκτισμό ή φιλαποδημία ή τέλος μιμητικά, ακολουθώντας την κρατούσα τάση μίας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου και τους γνωστούς, φίλους, συγγενείς, ομοπατριούς κ.λπ. που προηγήθηκαν.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι σημαντική επίδραση ασκούν οι προσδοκίες από τον τόπο προορισμού, οι οποίες πολλές φορές είναι υπερμεγέθεις λόγω εσφαλμένης (πολύ συχνά σκόπιμης) πληροφόρησης.

1.4 Είδη μεταναστευτικής κίνησης

«Μπορούν να γίνουν κάποιες διακρίσεις της μετανάστευσης, χρησιμοποιώντας ορισμένα κριτήρια» (Τσαούσης, Δ.Γ.,1985)

- Με κριτήριο το Κράτος διακρίνεται σε Εξωτερική και Εσωτερική όπου η «μετανάστευση γίνεται στα όρια ενός Κράτους ή πέρα από αυτό» (Τσαούσης, Δ.Γ.,1985)
- Με κριτήριο την πρόθεση μετανάστευσης διακρίνονται δύο μορφές , η *Εκούσια* ή *Αναγκαστική* «με σκοπό να μειωθούν οι στερήσεις και ν' αυξηθούν οι απαιτήσεις των μεταναστών. Συχνά όμως λόγω των πολιτικών, θρησκευτικών ή άλλων διώξεων, παρουσιάζεται το φαινόμενο της αναγκαστικής μετανάστευσης» (Τσαούσης, Δ.Γ.,1985).
- Με κριτήριο την προβλεπόμενη διάρκεια παραμονής διακρίνεται σε *Προσωρινή* ή *Μόνιμη* όταν η μετανάστευση γίνεται σε ορισμένο χρονικό διάστημα , ανάλογα με τον χρόνο που απαιτείται για την διευθέτηση των υποθέσεων, καθώς υπάρχει πάντα η πρόθεση τη επανόδου. Όταν η μετανάστευση είναι αδύνατον να καθοριστεί χρονικά ή είναι αβέβαιης διάρκειας και δεν υπάρχει πρόθεση επανόδου από τον

μετανάστη, τότε θεωρείται μόνιμη. Σχετικά, η «Εθνική Στατιστική Υπηρεσία» της χώρας ορίζει σαν προσωρινή την μετανάστευση σε μία χώρα του εξωτερικού για παραμονή μικρότερη από ένα έτος ή την αναχώρηση λόγω ναυτολόγησης και σαν μόνιμη την μετάβαση σε μία ξένη χώρα για εγκατάσταση που διαρκεί πάνω από ένα έτος» (Χλέτσος, 2002).

- Όταν χρησιμοποιείται ως κριτήριο ο τόπος προορισμού, διακρίνεται σε *Ηπειρωτική* ή *Υπερπόντια* ανάλογα, «με το αν στην μετακίνηση από χώρα σε χώρα παρεμβάλλεται ή όχι θάλασσα και η χώρα της μετανάστευσης ανήκει σε άλλη ήπειρο» (Μπαγκλαβός, Παπαδοπούλου, 2003).

- Με κριτήριο τη μεταβολή ή μή του τρόπου ζωής σε σχέση με πριν την αναχώρηση ή μετανάστευση, διακρίνεται σε *καινοτόμο*, όταν μεταβάλλεται ο τρόπος ζωής του μετανάστη (π.χ. αγρότης που γίνεται βιομηχανικός εργάτης) και *συντηρητική*, όταν αυτός δεν μεταβάλλεται (π.χ. μετανάστευση νομάδων).

- Με κριτήριο τον βαθμό εξάρτησης από τη φύση ως παράγοντα προσδιοριστικό της απόφασης φυγής, η μετανάστευση διακρίνεται σε *αρχαϊκή* λόγω εξάντλησης (εποχιακής ή μόνιμης) των φυσικών πόρων και *σύγχρονη*, αυτή που προκαλείται από οικονομικούς λόγους.

- Με κριτήριο τον βαθμό και το είδος εξάρτησης από τη χώρα προέλευσης, η μετανάστευση διακρίνεται σε *παροικία* και *αποικία*.

- Με κριτήριο το μέγεθος του μετακινούμενου πληθυσμού, η μετανάστευση διακρίνεται σε *ανεξάρτητη* (ατομική ή ομαδική), όταν είναι αποτέλεσμα απόφασης μεμονωμένων ατόμων ή ομάδων και σε *μαζική* όταν πρόκειται για μορφή μετακίνησης κατά μάζες (π.χ. ανταλλαγή πληθυσμών, μετακινήσεις φυλών κ.λπ.).

- Με κριτήριο την πρόθεση μετανάστευσης διακρίνονται σε τρεις επιμέρους μορφές αυτής, η *εκούσια*, η *αναγκαστική* και η *βίαιη*.

- *Εκούσια* είναι η μετανάστευση που είναι προϊόν ελεύθερης απόφασης του μετακινούμενου ατόμου ή συνόλου.

- *Αναγκαστική* είναι η μετανάστευση που προκαλείται από την ηθελημένη δημιουργία δυσμενών συνθηκών διαβίωσης σε βάρος ορισμένων κατηγοριών ατόμων ή μερίδας πληθυσμού.

➤ *Βίαη* μετανάστευση είναι μία μορφή μετακίνησης που επιβάλλεται συνήθως από τις δημόσιες αρχές ενός κράτους και δεν αφήνει περιθώρια επιλογής στους μετακινούμενους (π.χ. μετατοπίσεις πληθυσμών, αναγκαστικοί εποικισμοί, απελάσεις και ξενηλασίες, αναγκαστικές ανταλλαγές πληθυσμών κ.λπ.).

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα αυτής της κατηγορίας χαρακτηρίζονται ως πρόσφυγες, εκτοπισμένα πρόσωπα κ.λπ. (Τσαούσης, Δ.Γ.,1985) .

1.4.1 Πρόσφυγες

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται στην Συνθήκη της Γενεύης της 28^{ης} Ιουλίου 1951, όπως συμπληρώθηκε από το πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης της 31^{ης} Ιανουαρίου 1967 , πρόσφυγας είναι : «...κάθε πρόσωπο το οποίο επειδή έχει δικαιολογημένο φόβο διωγμού λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από τη χώρα της υπηκοότητάς του και δεν μπορεί, δεν θέλει να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής» (Καψάλης,2003).

«Το 2007, η Ελλάδα κατέγραψε 25.113 νέα αιτήματα ασύλου, 8 αναγνωρίσεις προσφυγικού καθεστώτος οι οποίες αντιστοιχούν σε ποσοστό αναγνώρισης 0,04% σε πρώτο βαθμό, ενώ η ιδιότητα του πρόσφυγα αναγνωρίστηκε σε 138 περιπτώσεις στο στάδιο της προσφυγής, αριθμός που αντιστοιχεί σε ποσοστό αναγνώρισης 2,05% σε β' βαθμό. Σε σύγκριση με άλλα Κράτη-Μέλη της Ε.Ε. με ανάλογους αριθμούς αιτήσεων, τα ποσοστά αναγνώρισης στην Ελλάδα παραμένουν ανησυχητικά χαμηλά. Το 2007, το Ηνωμένο Βασίλειο παρέλαβε 27.905 αιτήσεις ασύλου και χορήγησε καθεστώς σε ποσοστό 30% σε α' βαθμό και 24% σε β' βαθμό. Η Σουηδία παρέλαβε 36.370 αρχικά αιτήματα και χορήγησε καθεστώς σε ποσοστό 56% σε α' βαθμό και 14% σε β' βαθμό. Η Γερμανία παρέλαβε 19.164 αιτήσεις σε α' βαθμό το 2007 και αναγνώρισε το 20% σε α' βαθμό και 94% σε αιτήματα που επανεξετάστηκαν» (Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες,2008).

«Μία μελέτη που εκπονήθηκε από την Ύπατη Αρμοστεία το 2007 για την εφαρμογή της οδηγίας για τον Καθορισμό του καθεστώτος του πρόσφυγα σε επιλεγμένα Κράτη-Μέλη της Ε.Ε. , ρίχνει φώς σε κάποιες προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα το Ελληνικό Σύστημα Ασύλου. Διαπιστώθηκε ότι και οι 305 αποφάσεις σε α' βαθμό που εκδόθηκαν μεταξύ Οκτωβρίου 2006 και Απριλίου 2007 από το Υπουργείο Δημόσιας

Τάξης – επί αιτημάτων ασύλου αιτούντων από το Αφγανιστάν, το Ιράκ, τη Σομαλία, τη Σρι Λάνκα και το Σουδάν ήταν αρνητικές. Καμία από τις αποφάσεις αυτές δεν αναφερόταν στα πραγματικά δεδομένα ούτε περιείχε κάποιο νομικό σκεπτικό. Όλες περιείχαν μια τυποποιημένη παράγραφο που ανέφερε ότι ο αιτών έφυγε από τη χώρα του προκειμένου να αναζητήσει εργασία και γενικότερα να αναζητήσει καλύτερες συνθήκες ζωής. Με την συγκατάθεση του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης, εξετάστηκαν οι φακέλοι των υποθέσεων αυτών. Οι 294 (από τις 305) υποθέσεις που ερευνήθηκαν σε α' βαθμό δεν περιείχαν τις απαντήσεις των αιτούντων στις τυποποιημένες ερωτήσεις που φέρονται να διατυπώνουν οι αστυνομικοί που διενεργούν τη συνέντευξη. Καμία άλλη πληροφορία δεν περιέχεται σε αυτούς τους φακέλους όσον αφορά τα αιτήματα των αιτούντων άσυλο. Στην συντριπτική πλειοψηφία των υποθέσεων που εξετάστηκαν, οι αστυνομικοί που διενεργούν την συνέντευξη, καταγράφουν ως αιτίες για τη φυγή από την χώρα καταγωγής τους οικονομικούς λόγους» (Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, 2007).

«Ο μεγάλος αριθμός εκκρεμών αιτήσεων στο ελληνικό σύστημα ασύλου και οι μακροχρόνιες περίοδοι αναμονής για την εξέταση των υποθέσεων των αιτούντων άσυλο είναι επίσης ανησυχητικά. Στο τέλος του 2007, 19.015 πρόσφυγες εκκρεμούσαν για να παραπεμφθούν στην Γνωμοδοτική Επιτροπή Ασύλου. Οι περίοδοι αναμονής είναι από δύο μήνες μέχρι και τέσσερα χρόνια, ανάλογα με την εθνικότητα και τα ατομικά στοιχεία κάθε υπόθεσης. Η Υπατη Αρμοστεία δεν έχει πληροφόρηση για το πώς σκοπεύει η Ελλάδα να μειώσει την περίοδο αναμονής, αναβαθμίζοντας παράλληλα τις διαδικαστικές εγγυήσεις» (Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, 2008).

«Είναι σημαντικό να παρέχεται στους αιτούντες άσυλο η δυνατότητα να αυτοσυστηρούνται κατά την διάρκεια της διαδικασίας ασύλου, όχι μόνο από σεβασμό στα διακρίματά τους, αλλά και προκειμένου να διασφαλισθεί μια δίκαιη και αποτελεσματική διαδικασία ασύλου. Η Οδηγία για τις Συνθήκες Υποδοχής απαιτεί από τα κράτη-Μέλη να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας και διαβίωσης των αιτούντων» (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2003).

Στις 13 Νοεμβρίου 2007, η Ελλάδα εξέδωσε Προεδρικό Διάταγμα που ενσωματώνει στην ελληνική νομοθεσία τις διατάξεις της Οδηγίας για τις Συνθήκες Υποδοχής 25.

Σύμφωνα με το Διάταγμα αυτό, το Κράτος οφείλει να παρέχει στέγη στους αιτούντες άσυλο και ένα ημερήσιο οικονομικό βοήθημα που να ικανοποιεί τις βασικές τους ανάγκες (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2007).

Η παροχή στέγης στους αιτούντες άσυλο, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα. Στο τέλος του 2007, υπήρχαν δέκα κέντρα υποδοχής στην Ελλάδα που διοικούνται από το κράτος ή από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), χωρητικότητας 770 θέσεων. Με τρεις δομές να προβλέπονται αποκλειστικά για ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά, οι συνολικές εγκαταστάσεις που προβλεπονται για οικογένειες, γυναίκες ή άνδρες μόνους τους, είναι εξαιρετικά περιορισμένες. «Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται καθώς το μερήσιο οικονομικό βοήθημα που δικαιούνται, εκκρεμούσης της έκδοσης υπουργικής απόφασης, δεν διατίθεται ακόμα. Προσβαση στην εργασία υπάρχει μόνο εάν διαπιστωθεί ότι Έλληνες ή πολίτες της Ε.Ε. ή αναγνωρισμένοι πρόσφυγες ή ομογενείς δεν έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον για την προσφερόμενη θέση» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1998). Οι προβληματικές συνθήκες υποδοχής για τα ασυνόδευτα ανήλικα, και ιδιαίτερα όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και εκπαίδευσης κατά την διάρκεια της διαδικασίας ασύλου, έχουν, επίσης, διαπιστωθεί από την Ύπατη Αρμοστεία.

«Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες χαιρετίζει τα βήματα που έγιναν από την Ελληνική Κυβέρνηση για την ενδυνάμωση του συστήματος ασύλου σύμφωνα με τις επιταγές των διαθνών και ευρωπαϊκών προτύπων. Η ενδυνάμωση του ελληνικού συστήματος ασύλου ώστε να συμβαδίζει με τα διεθνή πρότυπα και το ευρωπαϊκό κεκτημένο στον τομέα αυτόν, είναι πρωταρχική ευθύνη της Ελληνικής Κυβέρνησης. Η Ύπατη Αρμοστεία, ενθαρρύνει τις κυβερνήσεις και την Ευρωπαϊκή επιτροπή να ενισχύσουν την υποστήριξή τους στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση των υπάρχοντων δομικών και ποιοτικών ελλειμμάτων στο σύστημα και στις πρακτικές του ασύλου» (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, 2008).

Η μετανάστευση αποτελεί μια μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου. Τα αίτια είναι οικονομικά, πολιτικά, θρησκευτικά και κοινωνικά. Η Ελλάδα, χώρα κατ' εξοχήν αποστολής μεταναστών στο παρελθόν, απέκτησε, στη δεκαετία του 1990, ένα σημαντικό αριθμό

μεταναστών (νόμιμων και μη) που υπολογίζεται περίπου στο 7%-10% του πληθυσμού της.

1.4.2 Πρώτη και «Δεύτερη γενιά» μεταναστών

Με τον όρο «Δεύτερη γενιά», αναφερόμαστε στους μετανάστες που διαδέχονται την πρώτη γενιά, δηλαδή στα παιδιά των μεταναστών που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στις χώρες μετανάστευσης των γονιών τους (Crul and Vermeulen , 2003; Portes and Zhou, 1993). Όσον αφορά στην Ελλάδα, η «Δεύτερη γενιά» μεταναστών θεωρούνται τα παιδιά των μεταναστών-πολιτών τρίτων χωρών εκτός ΕΕ, που είτε γεννήθηκαν στην χώρα μας, είτε ακολούθησαν τους γονείς τους, είτε μετανάστευσαν ως μονάδες, παιδιά μεταναστών που μεγάλωσαν και εκπαιδεύτηκαν εντός Ελληνικής Επικρατείας. Οι έφηβοι και νέοι έως 21 ετών, αναλόγως τον χρόνο και τον τρόπο εγκατάστασής τους στην Ελλάδα, μπορούν να καταταγούν σε διάφορες ομάδες. Εάν η μετανάστευσή τους ήταν νόμιμη ή παράνομη, με ή χωρίς τους γονείς τους, εάν μετανάστευσαν σε παιδική-εφηβική ηλικία ή γεννήθηκαν στην χώρα μας κ.ο.κ. Στην Ελλάδα δεν έχει ανδρωθεί μια «πραγματική» δεύτερη γενιά μεταναστών που να έχει γεννηθεί στην χώρα και θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε ως 1,5 γενιά μεταναστών (“generation and a half”) σύμφωνα με τους Warner και Strobe στην μελέτη τους , το 1945, για το Σύστημα των Εθνικών Σχέσεων στην Αμερική (Yankee City).

Σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία, η μεγαλύτερη πλειονότητα της μεταναστευτικής κοινότητας ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 15-45 ετών, ενώ στην ηλικία 15-19 ετών αποτελούν στους άνδρες το 15% περίπου του συνόλου (Τσίμπος, 2001). Το ποσοστό δέ των παιδιών μεταναστών στο σχολικό πληθυσμό αγγίζει το 10% του συνόλου, ενώ σε κάποιες περιοχές υπερβαίνει το 40% (Φακιολάς, 2002:261) και σε άλλες, κυρίως αυτές της Αθήνας, αγγίζει το 80% (ΚΕΕ, 2006).

Παρότι ο αριθμός των παιδιών που έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα και εμπίπτουν στο στενό ορισμό της κατηγορίας «Δεύτερη Γενιά», είναι μικρός προς το παρόν, ωστόσο είναι σωστό να σημειωθεί ότι διατηρείται αυξητική τάση από το 1998-99 (Δρεττάκης, 2001). Η τάση αυτή καταγράφεται και με την παρουσία των αλλοδαπών μαθητών στο Ελληνικό Εκπαιδευτικό Σύστημα. Προνομιακό χώρο μελέτης του ζητήματος της

«Δεύτερης Γενιάς» αποτελεί το σχολείο, βασικός παράγοντας κοινωνικής ένταξης (Κασίμη, 2006).

Οι μετανάστες, ερχόμενοι σε μία νέα χώρα, διαφέρουν κατά κανόνα από τα μέλη της «νέας» κοινωνίας στην οποία επιχειρούν να ενταχθούν λόγω διαφορετικών οικονομικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και νομικών ιδιαιτεροτήτων τους. Στην πλειονότητά τους βρίσκονται σε κατάσταση οικονομικής ανέχειας και επιζητούν συνήθως παράνομη εργασία. Η διαβίωσή τους, κατά συνέπεια, στην χώρα υποδοχής, καθιστά την παρουσία τους διακριτή και κοινωνικά ευάλωτη. Βρίσκονται σε μία μακροχρόνια διαλεκτική διαδικασία αποστασιοποίησης από την κοινωνία αποστολής-καταγωγής και προσέγγισης της κοινωνίας υποδοχής, με ενδιάμεσο σταθμό τη μεταναστευτική κοινότητα. Αυτή συγκροτεί τον οικείο κόσμο ζωής των μεταναστών και συμβολίζει την προσπάθεια μείωσης ταχύτητας και έντασης της ελεύθερης πτώσης των μεταναστών, στο άγνωστο για αυτούς περιβάλλον. Για τους περισσότερους από αυτούς η προοπτική αυτή έχει σύντομη χρονική διάρκεια, κατά την οποία θεωρούν ότι θα συγκεντρώσουν κάποια χρήματα για να λύσουν τα οικονομικά τους προβλήματα και να επιστρέψουν στη συνέχεια στην χώρα τους, οικονομικά και κοινωνικά αναβαθμισμένοι (Heckmann, 2003; Παπαϊωάννου, 2003).

Η κατάσταση όμως διαφοροποιείται για παιδιά μεταναστών που γεννήθηκαν στην χώρα μετανάστευσης των γονιών τους. Τα παιδιά αυτά έχουν μεγαλώσει και εκπαιδευτεί σε μία χώρα που δεν είναι η χώρα προέλευσής των γονιών τους, αλλά σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν αποκτήσει την υπηκοότητα της χώρας εγκατάστασης ακόμα και στην ηλικία των 18 ετών. Όσα από αυτά τα παιδιά προέρχονταν από χώρες της Αφρικής και της Ασίας, μετά την ηλικία των 18 ετών, ως μη προστατευόμενα μέλη πλέον, κινδυνεύουν με απέλαση. Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω χρονοβόρων διαδικασιών εγγραφής τους στα δημοτολόγια της χώρας των γονιών τους (μεταφράσεις ληξιαρχικής πράξης γέννησης κατά την αίτηση εγγραφής και στη συνέχεια της πράξεως εγγραφής συν το κόστος των 150 ευρώ για μετάφραση και μεταφορά πιστοποιητικών).

Ο Portes , υπήρξε ο πρώτος που ασχολήθηκε με το θέμα της «Δεύτερης Γενιάς», ο οποίος παρατήρησε μια κατάτμηση στη διαδικασία ενσωμάτωσης αυτής της γενιάς καθώς επίσης ότι η ενσωμάτωση εξαρτάται από την οικογενειακή δομή, το περιβάλλον και το ίδιο το άτομο. Σύμφωνα με αυτή την εκδοχή, η σημερινή δεύτερη γενιά μπορεί

να οριστεί ως μια γενιά που βρίσκεται σε μια διαδικασία τμηματικής αφομοίωσης της οποίας η εκβάσεις ποικίλλουν ανάλογα με την εθνικότητα των μεταναστών, ενώ η γρήγορη ένταξη και αποδοχή αντιπροσωπεύουν μόνο μια πιθανή εναλλακτική λύση. Η έννοια αυτή προέκυψε από προηγηθείσες μελέτες οι οποίες συνδέουν τους εναλλακτικούς τρόπους προσαρμογής με τους διάφορους παράγοντες, τέσσερις από τους οποίους θεωρούνται αποφασιστικοί :

- i. Η ιστορία της «Πρώτης Γενιάς»
- ii. Ο ρυθμός επιπολιτισμού των γονέων και παιδιών, δηλαδή, η σταδιακή υιοθέτηση των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας υποδοχής και η σχέση του με την κοινωνική ένταξη
- iii. Τα πολιτικά και οικονομικά εμπόδια, που αντιμετωπίζει η «Δεύτερης Γενιάς» νεολαία στην προσπάθειά της για επιτυχή προσαρμογή
- iv. Οι οικογενειακές και κοινοτικές διέξοδοι για την αντιμετώπιση αυτών των εμποδίων (Portes and Zhou, 1993; Rumbaut, 1994; Portes and Rumbaut, 2001, 2003:986).

Ερχόμαστε λοιπόν στο συμπέρασμα, ότι η διαδικασία ενσωμάτωσης της «Δεύτερης Γενιάς», διαφέρει από αυτή της πρώτης, ωστόσο ο τρόπος και ο βαθμός ενσωμάτωσης της πρώτης επηρεάζει τον τρόπο και τον βαθμό της δεύτερης.

1.4.3 Παλιννοστούντες

Με τον όρο «παλιννοστούντες», αναφερόμαστε στα άτομα τα οποία έχουν την ιθαγένεια ή την εθνικότητα της χώρας υποδοχής, αλλά δεν έχουν κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ημεδαπών διότι δεν έχουν ζήσει στην χώρα αυτή (Χλέτσος και Ναζάκης, 2003).

1.5 Ιστορική αναδρομή

Η Ελλάδα, όπως γνωρίζουμε, έχει μακρόχρονη παράδοση στην μετανάστευση τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό. Ήδη στην Αρχαία Ελλάδα βρίσκονται οι ρίζες των πρώτων μεταναστεύσεων. Ο πολυταξιδεμένος Ελληνικός λαός, από την αρχαιότητα, έδωσε σε πολλούς λαούς, την γλώσσα του και το πνεύμα του.

«Από τις πρώτες αποικίες είναι εκείνες στην Ταρσό και στην Αλ Μίνα κατά το 800 π.Χ. Στην πρώτη προηγήθηκαν οι Ρόδιοι και ακολούθησαν οι Ευβοείς, ενώ στη δεύτερη

συνέβη ακριβώς το αντίθετο. Η εγκατάσταση εκεί ελληνικών εμπορικών πρακτορείων οφείλεται στην έντονη ζήτηση σιδήρου από τα ελληνικά εργαστήρια.

Κατά το 770 με 760 π.Χ Ευβοείς άποικοι εγκαταστάθηκαν σε ένα νησί έξω από τον κόλπο της Νεάπολης , που σήμερα λέγεται Ίσκια , αλλά οι αρχαίοι Έλληνες του έδωσαν το όνομα Πιθηκούσσεσ. Κατά το τελευταίο τρίτο του Η΄ αιώνα π.Χ Ευβοείς, Ανδρίοι, Νάξιοι, Κορίνθιοι, Τενέδιοι, Κυμαίοι, καθώς και Αχαιοί της Πελοποννήσου απέστειλαν πολλές αποικίες με σχεδόν μοναδικό σκοπό την αποκατάσταση ενδεών πολιτών.

Έχουμε , επίσης , Μεγαρείς μετανάστες, που ακολούθησαν μια αποικία Χαλκιδέων στη Σικελία, από τους οποίους αποσπάστηκαν για να ιδρύσουν το 727 π.Χ τα Μέγαρα. Το 733 π.Χ οι Χαλκιδείς ίδρυσαν τη Νάξο, αρχαιότερη ελληνική αποικία σε σικελικό έδαφος. Κατά το τέλος του Η΄ αιώνα ιδρύθηκαν οι τρεις πρώτες ελληνικές αποικίες σε παράλια του κόλπου του Τάραντος: ο Κρότων , η Σύβαρις και ο Τάραντας. Ο Κρότων και η Σύβαρις κτίστηκαν από μετανάστες που εγκατέλειψαν την Αχαΐα της Πελοποννήσου, αφού παρουσιάστηκαν εκεί οι συνθήκες που απετέλεσαν το κυριότερο κίνητρο του ελληνικού αποικισμού.

Το 688 π.Χ Κρήτες και Ρόδιοι, έκτισαν την πρώτη ελληνική αποικία στα νότια παράλια της Σικελίας και την ονόμασαν Γέλα. Κατά τον Ζ΄ αιώνα π.Χ οι σπουδαιότερες από τις ελληνικές αποικίες της ανατολικής ακτής της Σικελίας ήταν η Κατάνη, οι Λεοντίνοι και οι Συρακούσες. Το ελληνικό τμήμα της ιταλικής χερσονήσου και της Σικελίας ονομάστηκε Μεγάλη Ελλάδα, ίσως από αποίκους που προέρχονταν από τη Στερεά Ελλάδα , σε μια εποχή που μόνη αυτή δηλωνόταν με το όνομα Ελλάδα.

Κατά το 560 π.Χ Φωκαείς ίδρυσαν την Αλαλία στην Κορσική , την Κάλαρι και την Ολβία στη Σαρδηνία. Μια άλλη αποικία , η Κυρήνη , στα παράλια της Λιβύης , που ιδρύθηκε κατά το 630 π.Χ άρχισε να προοδεύει σημαντικά μετά το 575 π.Χ. Λίγες ελληνικές αποικίες ιδρύθηκαν και στην Ανατολική Μεσόγειο. Εκτός, όμως , από τις αποικίες στην Ανατολική και τη Δυτική Μεσόγειο και ιδιαίτερα στη Νότια Ιταλία, οι Έλληνες ίδρυσαν οι Έλληνες ίδρυσαν αποικίες στην Προποντίδα και τον Εύξεινο Πόντο. Οι Μιλήσιοι ήταν επίσης οι πρώτοι που ίδρυσαν αποικίες στον Εύξεινο Πόντο» (www.uoi.gr).

1.6 Θεωρίες μετανάστευσης

Το φαινόμενο της μετανάστευσης λόγω της πολυπλοκότητας του επηρέασε την οικονομική σκέψη με αποτέλεσμα την δημιουργία θεωριών. Οικονομολόγοι, ιστορικοί και κοινωνιολόγοι, κλασικοί, νεοκλασικοί ή μαρξιστές, προσπάθησαν να προσδιορίσουν τη σημασία της μετανάστευσης που σχετίζεται με τους παράγοντες απώθησης και έλξης (push and pull) , όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.

Θεωρία των Ιστορικών :

Η θεωρία αυτή ασχολείται με του καθοριστικούς παράγοντες της μετανάστευσης καθώς και με τις επιπτώσεις που αφορούν τις μετακινήσεις των πληθυσμών. Βασικές ερωτήσεις τους είναι *ποιοί* μετακινούνται, *πότε* και *γιατί* καθώς και *γιατί* κάποιοι άνθρωποι παραμένουν σταθεροί στον τόπο τους. Ειδικότερα, οι αφηγήσεις τους αναφέρονται στο *πώς* οι διάφορες ομάδες μεταναστών εγκαταστάθηκαν σε έναν νέο τόπο, διαμόρφωσαν τις κοινότητές τους και απέκτησαν τις ταυτότητές τους. Σύμφωνα με τους Brettell και Hollifield, οι ιστορικοί εστιάζουν περισσότερο στους μεμονωμένους μετανάστες και δεν τους ενδιαφέρει να εξηγήσουν το πως η κοινωνική υποδομή τους επηρεάζει την συμπεριφορά τους(Brettell, C., Hollifield, J.,2000).

Θεωρία των Ανθρωπολόγων:

Σκοπός των ανθρωπολόγων αποτελεί ο συνδυασμός των διαπολιτισμικών σχέσεων των δύο λαών στο πέρασμα του χρόνου, εστιάζοντας πιο βαθιά από το *ποιοί*, *πότε* και *γιατί* μεταναστεύουν οι άνθρωποι. Τα ζητήματα των ανθρωπολόγων πλαισιώνονται από την υπόθεση ότι οι άνθρωποι που μετακινούνται προς άλλες χώρες μεταφέρουν μαζί τους τα κοινωνικά και πολιτιστικά πρότυπα της περιοχής όπου μεγάλωσαν. Έτσι, μελετούν, τον τρόπο με τον οποίο η συμπεριφορά τους επηρεάζει τα άτομα της χώρας υποδοχής καθώς επίσης και τον τρόπο που τα άτομα εκείνα επηρεάζουν την δική τους συμπεριφορά.

Θεωρία των Κοινωνιολόγων:

Σύμφωνα με τον Heisler, οι βασικές ερωτήσεις των κοινωνιολόγων είναι *γιατί* η μετανάστευση εμφανίζεται και *πώς* διατηρείται με την πάροδο του χρόνου. Το κοινό θεωρητικό πλαίσιο μεταξύ κοινωνιολόγων και ανθρωπολόγων θεωρείται η κοινωνική σχέση στην κατανόηση των διαδικασιών της μετανάστευσης. Οι κοινωνιολόγοι ασχολούνται αποκλειστικά με την κοινωνία αποδοχής μεταναστών, ενώ οι

ανθρωπολόγοι με την κοινωνία αποστολής μεταναστών. Αν και πολλοί κοινωνιολόγοι ενδιαφέρονται για τις αιτίες μετανάστευσης, η θεωρία τους δίνει έμφαση στη διαδικασία ενσωμάτωσης των μεταναστών στην χώρα υποδοχής και στις εθνικές διαφορές. Επιπλέον, ενώ οι ανθρωπολόγοι υπογραμμίζουν την πολιτική κατασκευή και τους συμβολικούς δείκτες της εθνικής ταυτότητας, οι κοινωνιολόγοι από την άλλη, έχουν υπογραμμίσει τις θεσμικές εκδηλώσεις της εθνικής διαφοράς. Εντούτοις, υπάρχουν αρκετά κοινά μεταξύ των δύο αυτών θεωριών.

Θεωρία των Δημογράφων :

Το βασικό ζήτημα των δημογράφων ως προς την μετανάστευση είναι η φύση της αλλαγής των πληθυσμών. Τα σημαντικότερα συστατικά της αλλαγής πληθυσμών είναι οι γεννήσεις, οι θάνατοι και η μετανάστευση. Κατά συνέπεια, οι δημογράφοι, αποφεύγουν την θεωρία και την εξήγηση με αποτέλεσμα να διατηρούν “γέφυρες” με τις υπόλοιπες θεωρίες. Οι ίδιοι ενδιαφέρονται για ζητήματα όπως *ποιός* κινείται και *πότε*, τόσο όσο οι ιστορικοί και οι κοινωνιολόγοι. Οι δημογράφοι μπορούν να προβλέψουν το μέλλον, σε αντίθεση με τους ιστορικούς, τους ανθρωπολόγους και τους κοινωνιολόγους, που εστιάζουν στην πραγματική συμπεριφορά των ατόμων και των ομάδων στο παρελθόν και στο παρόν.

Θεωρία των Οικονομολόγων :

Το κύριο ερώτημα που απασχολεί τους οικονομολόγους ως προς την μετανάστευση είναι υπό ποιούς όρους θα επιλεγτούν οι ευνοϊκότεροι μετανάστες. Σύμφωνα με τους οικονομολόγους, εξετάζεται πάλι η μετανάστευση ως μεμονωμένη επιλογή μικροοικονομικά. Η αντίθεση των οικονομολόγων και των ιστορικών είναι και σε αυτή την περίπτωση εμφανής, καθώς οι ιστορικοί υποστηρίζουν ότι οι οικονομικοί παράγοντες δεν προβλέπουν πλήρως τη μετακίνηση πληθυσμών όταν χωρίζονται από το κοινωνικό και το πολιτιστικό τους πλαίσιο. Άλλα ζητήματα που εξετάζουν οι οικονομολόγοι είναι η εκπαίδευση, η ευημερία και η κοινωνική ασφάλιση των μεταναστών.

Θεωρία των Πολιτικών Επιστημόνων :

Όπως υποστηρίζει ο Hollifield, τα ζητήματα για τους μελετητές της θεωρίας των πολιτικών επιστημόνων αφορούν τρία θέματα. Το πρώτο θέμα είναι ο ρόλος του έθνους κράτους στον έλεγχο των μεταναστευτικών ρευμάτων και κατά συνέπεια των συνόρων

του. Το δεύτερο θέμα αποτελεί τον αντίκτυπο της μετανάστευσης και της εθνικής ασφάλειας και τρίτο θεωρείται το θέμα της ενσωμάτωσης. Η πολιτική επιστήμη βασίζεται κυρίως σε όσα οι κοινωνιολόγοι και οι οικονομολόγοι έχουν γράψει για την κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση και προσθέτουν σε αυτά τη διάσταση της πολιτικής ενσωμάτωσης. Όπως οι κοινωνιολόγοι, οι πολιτικοί επιστήμονες μελετούν κυρίως την κοινωνία υποδοχής μεταναστών και εστιάζουν στα ζητήματα ανάπτυξης.

Θεωρία των Επιστημόνων του Νόμου :

Τόσο ο Schuck όσο και ο Chang μελετούν πως ο νόμος πλαισιώνει το φαινόμενο της διεθνούς μετανάστευσης και πως η μετανάστευση έχει επιπτώσεις στην Αμερικανική πολιτική οικονομία. Ο Schuck αναφέρεται στις δυσκολίες ενός ρυθμιστικού καθεστώτος για την μετανάστευση και προσπαθεί να εξηγήσει γιατί υπάρχουν τόσο μεγάλα χάσματα μεταξύ της μεταναστευτικής πολιτικής και της πολιτικής εφαρμογής. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι η αποτυχία του νόμου για την μετανάστευση μπορεί πραγματικά να εξυπηρετήσει κάποια λανθάνουσα κοινωνική λειτουργία. Επιπλέον, τονίζει ότι ο νόμος ε΄ιναι εξαιρετικά περιορισμένος σε αυτό που μπορεί να κάνει για να ρυθμίσει τη διεθνή μετανάστευση και ιδιαίτερα την παράνομη μετανάστευση, ακόμα και αν διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο για την απόφαση των μεταναστών *εάν, πότε και πού* θα μεταναστεύσουν. Ο Chang υιοθετεί μια μέθοδο ορθολογιστών στην κατανόηση της μετανάστευσης. Σε αντίθεση με τον Schuck, που ανησυχεί για τον αντίκτυπο της ανεξέλεγκτης μετανάστευσης, ο Chang, βασισμένος στην υπόθεση ότι ένα καθεστώς μετανάστευσης πρέπει να αυξήσει την εθνική οικονομική ευημερία, υποστηρίζει ένα πιο φιλελεύθερο νόμο για την μετανάστευση στις Ηνωμένες Πολιτείες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

2.1 Μετανάστευση σε Ευρώπη και Ελλάδα

2.1.1 Ευρώπη-ο «πολυπόθητος» προορισμός των μεταναστών

Η Ευρώπη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κέντρα προορισμού μεταναστών , εφόσον περισσότερα από 20 εκατομμύρια αλλοδαπών ζούν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Statistiques en bref, population et conditions sociales, Theme 3, 20/2003 population et conditions de vie, Juillet 2003, Communautés europeennes, 2003). Χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία που παλαιότερα θεωρούνταν χώρες αποστολής μεταναστών, τα τελευταία χρόνια μεταράπηκαν σε χώρες υποδοχής-προορισμού μεταναστών, γεγονός που άρχισε να επηρεάζει την εφαρμογή στρατηγικών κοινωνικής πολιτικής.

Πίνακας 2.1

Αριθμός και αναλογία των αλλοδαπών σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό

ΧΩΡΑ	ΕΓΓΕΓΡΑΜΕΝΟΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΕΤΟΣ
ΕΛΛΑΔΑ	797.093	7,3%	2001
ΙΣΠΑΝΙΑ	1.324.001	3,35%	2002
ΓΑΛΛΙΑ	3.263.000	5,6%	1999
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	418.806	4,18%	2002
ΑΥΣΤΡΙΑ	748.000	9,3%	2000

Ετήσια έκθεση για Πρόγραμμα Κοινωνικής Δράσης για την Καταπολέμηση του Κοινωνικού Αποκλεισμού 2002-2006-Πρόγραμμα Διακρατικής Ανταλλαγής

Έχοντας επιλέξει πέντε Ευρωπαϊκές χώρες , χώρες υποδοχής και προορισμού μεταναστών για τα έτη 1999-2002, στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός και η αναλογία των εγγεγραμμένων αλλοδαπών σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό κάθε χώρας ξεχωριστά. Παρατηρώντας λοιπόν ,τον Πίνακα 2.1, η χώρα με τους περισσότερους καταγεγραμμένους αλλοδαπούς είναι η Γαλλία, με μόλις 5,6% του συνολικού πλυσμού της χώρας για το έτος 1999. Μεγάλος αριθμός αλλοδαπών φαίνεται να έχει εισέλθει στην Ισπανία, με ποσοστό όμως 3,35% του συνολικού πληθυσμού της χώρας για το έτος 2002. Η Πορτογαλία, το ίδιο έτος , παρόλο που

δέχεται το 1/3 του αριθμού αλλοδαπών της Ισπανίας, η αναλογία ως προς το σύνολο του πληθυσμού της καταγράφεται στο 4,18%, κάτι που δικαιολογείται λόγω μικρότερης έκτασης από την Ισπανία. Από την άλλη, η Αυστρία, με μικρότερο καταγεγραμμένο αριθμό αλλοδαπών σε σχέση με τις τρεις προηγούμενες χώρες, το ποσοστό ως προς τον συνολικό πληθυσμό της χώρας, θεωρείται μεγαλύτερο, με 9,3% για το έτος 2000. Με διαφορά ενός έτους από την Αυστρία, η Ελλάδα, παρουσιάζει παρόμοιο αριθμό μεταναστών, με 7,3% του συνολικού πληθυσμού της για το έτος 2001.

2.1.2 Μετανάστευση στην Ελλάδα-χώρα αποστολής και υποδοχής μεταναστών

2.1.2.1 Η Ελλάδα – χώρα αποστολής μεταναστών

Από τις αρχές κιάλας του 20^{ου} αιώνα , παρατηρούνται τα πρώτα κύματα μετανάστευσης. Η μεταναστευτική ροή των Ελλήνων προς τις ΗΠΑ ξεκίνησε γύρω στο 1891 με κυριότερο λόγο την αποδιοργάνωση της παραδοσιακής αγροτικής οικονομίας της χώρας. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, από το 1891 έως το 1924, μετανάστευσαν στις ΗΠΑ περίπου 406.862 άτομα, ενώ σε άλλες χώρες (Καναδάς, Βραζιλία, Αυστραλία κ.α.), ο αριθμός των Ελλήνων μεταναστών ανήλθε στις 24.704.

Κατά την επόμενη τετραετία , 1925 έως 1929, παρατηρείται σταθερή μεταναστευτική πορεία Ελλήνων σε χώρες του εξωτερικού με ικανοποιητικό αριθμό μεταναστών στους 46.288 περίπου. Η «σταφιδική κρίση» στις περιοχές της Πελοποννήσου, η κατοχή , η κακή οικονομική κατάσταση του γεωργικού τομέα όπως προαναφέρθηκε, η αύξηση της ανεργίας του εργατικού δυναμικού, οδήγησε τους Έλληνες στην αναζήτηση κρατών υποδοχής που παρείχαν δυνατότητες εύρεσης εργασίας και ευκαιρίες για αύξηση των εισοδημάτων.

Την περίοδο από το 1930 έως το 1950, το μεταναστευτικό ρεύμα ανακόπηκε λόγω μεγάλων φραγμών που τέθηκαν από τις χώρες προορισμού καθώς επίσης και λόγω πολεμικών συγκρούσεων με την έναρξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου(1939-1945).

Το μεταπολεμικό μεταναστευτικό ρεύμα ήταν πολύ πιο μαζικό· βάσει της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, συνολικά 1.289.845 Έλληνες αναγκάστηκαν να μεταναστεύσουν με κύριο προορισμό τους την Δυτική Ευρώπη, αποκλείοντας αυτή τη φορά τις ΗΠΑ λόγω της οικονομικής κρίσης που έπληξε την ήπειρο.Το 61% του

συνολικού πληθυσμού που αποχώρησε μεταπολεμικά κινήθηκε προς τις χώρες της Βορειοδυτικής Ευρώπης και κυρίως την Δυτική Γερμανία, 160.000 περίπου μετανάστες εγκαταστάθηκαν στην Αυστραλία, 100.000 στον Καναδά και οι υπόλοιποι σε άλλες υπερπόντιες χώρες. Πρόκειται για μία πρωτοφανή κινητικότητα που αφορούσε σχεδόν ένα άτομο στα οκτώ. Μεταπολεμικά οι περιοχές που γνώρισαν τα μεγαλύτερα ποσοστά εξωτερικής μετανάστευσης ήταν στη Βόρεια Ελλάδα (Μακεδονία), στην Ήπειρο και τη Θράκη.

Από το 1977 και μετά, παρατηρείται βαθμιαία πτώση του ποσοστού των μεταναστών, ενώ, αντίθετα, διαπιστώνεται αύξηση της παλιννόστησης των Ελλήνων μεταναστών. «Γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι οι Έλληνες που μεταναστεύουν στην Δυτική Ευρώπη προέρχονται κυρίως (70% περίπου) από τις αγροτικές περιοχές της Βόρειας Ελλάδας, ενώ οι Έλληνες που ξενιτεύονται στην Αμερική, τον Καναδά και την Αυστραλία προέρχονται κυρίως από την Νότια Ελλάδα και τα νησιά. Το μεγαλύτερο όμως, ποσοστό (60% περίπου) των Ελλήνων μεταναστών είναι άντρες από 15-44 ετών και το 55%-60% απ' αυτούς πριν από την αναχώρησή τους ήταν στην χώρα οικονομικά ενεργοί» (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2000) . Από το σύνολο των ελλήνων μεταναστών του 20ού αιώνα υπολογίζεται ότι το 40% περίπου επέστρεψε στην Ελλάδα.

2.1.2.2. Η Ελλάδα- χώρα υποδοχής μεταναστών

Σταδιακά, η Ελλάδα, από χώρα αποστολής μεταναστών, μετατράπηκε στα μέσα της δεκαετίας του 80', σε χώρα αποδοχής τους. Από το 1980 και μετά, παρατηρείται ραγδαία εισροή αλλοδαπών στην χώρα από τις πρώην Σοσιαλιστικές χώρες της Ευρώπης(π.χ.Αλβανία) καθώς και από κράτη της Ασίας και της Αφρικής.

Την μεταβατική περίοδο της δεκαετίας του 1980-1990, η περιορισμένη πλέον μετανάστευση από την χώρα μας, συνυπάρχει τόσο με την παλιννόστηση των μεταναστών προηγούμενων δεκαετιών, όσο και των ομογενών και των πολιτικών προσφύγων της Σοβιετικής Ένωσης και από τις άλλες χώρες του «υπαρκτού σοσιαλισμού». «Βασικό στοιχείο που χαρακτηρίζει το σύγχρονο μεταναστευτικό φαινόμενο, είναι το γεγονός ότι η μετανάστευση δεν έχει οργανωμένο χαρακτήρα που είχε σε παλαιότερες εποχές και η αύξηση του αριθμού των μεταναστών οφείλεται κατά κύριο λόγο στην είσοδο στη χώρα μας με παράνομο τρόπο» (Baldwin-Edwards, 2002).

Σημαντικό επίσης, θεωρείται και το φαινόμενο της λαθρομετανάστευσης που εμφανίζεται την περίοδο εκείνη στην Ελλάδα, μία μορφή μετανάστευσης η οποία διαφέρει ως προς την μετανάστευση στο στοιχείο της νομιμότητας .

Κατά την τριετία 1989 έως 1991, το μεταναστευτικό ρεύμα με την μορφή παράνομης απασχόλησης είναι πιο έντονο από κάθε άλλη φορά. Το σύνολο των παράνομων απασχολούμενων μεταναστών στην χώρα μας , σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, υπολογίζεται περίπου στους 300.000 μόνο για εκείνη την τριετία. Προτεραιότητά τους , η αναζήτηση ευνοϊκών συνθηκών διαμονής, υψηλότερες εργασιακές αμοιβές, ασφαλιστική κάλυψη, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οικογενειακά επιδόματα, στέγη καθώς και άλλα μέσα κάλυψης των βασικών αναγκών τους. «Η αποδυνάμωση της κοινωνικής προστασίας, η ανάγκη για ευελιξία στις εργασιακές σχέσεις και οι αναδιάρθρωση της οικονομίας, συμβάλλουν στην ένταση του φαινομένου της απασχόλησης μεταναστών. Παράλληλα παρατηρείται μια στροφή των Ελλήνων στον επαγγελματικό τους προσανατολισμό με την αναζήτηση θέσεων εργασίας υψηλότερης ποιότητας λόγω ανάπτυξης των υπηρεσιών και της ανόδου του μορφωτικού και βιοτικού επιπέδου του Ελληνικού λαού. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια, επαγγέλματα που δεν πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις, καθώς και όσα είναι εποχικής φύσεως(γεωργία, τουρισμός, κατασκευές) να καταλαμβάνονται συχνά από μετανάστες, οι οποίοι λόγω της οικονομικής τους δυσπραγίας, καθίστανται ευέλικτο εργατικό δυναμικό» (Αμίτσης και Λαζαρίδης, 2001).

2.2 Αίτια μετανάστευσης προς την Ελλάδα και λόγοι διατήρησής της

Η ανάγκη εξεύρεσης τροφής καθώς και η ανάγκη για επιβίωση αποτελούν τα βασικότερα κίνητρα μετακίνησης ξένων λαών στην Ελλάδα απο το 1990 και μετά. Η χώρα μας φάνταζε σαν πόλος έλξης στα μάτια τους και οι λόγοι πολλοί ώστε να τους οδηγήσουν στην πλέον σωστή επιλογή χώρας υποδοχής, την Ελλάδα. Η θρησκευτική καταδίωξη, η πολιτική καταπίεση, οι οικονομικές δυσκολίες όπως και η επιθυμία για αποφυγή κυρώσεων από τον νόμο, αποτέλεσαν αργότερα, δευτερεύοντα κριτήρια μετανάστευσής τους.

Αναζητώντας τα αίτια της μαζικής μετανάστευσης προς την Νότια Ευρώπη και ειδικότερα προς την Ελλάδα, οι ερευνητές επικαλούνται τους ακόλουθους βασικούς παράγοντες:

- Γεωγραφία : Η γεωγραφική θέση της Ελλάδας έπαιξε σημαντικό ρόλο ως προς την επιλογή της είτε ως χώρα υποδοχής είτε ως ενδιάμεσου από τους μετανάστες. Η μορφολογία των ελληνικών συνόρων και η δυσκολία φύλαξής τους, διευκολύνει την είσοδο των αλλοδαπών. Η εγγύτητά της με χώρες των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης που γνώρισαν κοινωνικοπολιτικές αναταραχές, αλλά και με αναπτυσσόμενες χώρες της Βορείου Αφρικής και της Ανατολικής Μεσογείου για τον πληθυσμό των οποίων αποτελεί την πρώτη τουλάχιστον πύλη για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Δυτικό Κόσμο.
- Την ανοιχτή φύση των οικονομιών, που οφείλεται στη σπουδαιότητα του τουρισμού, του εμπορίου και της ναυτιλίας, κλάδοι που εκ των πραγμάτων διευκολύνουν την είσοδο επισκεπτών και εργαζομένων από όλες τις περιοχές του κόσμου.
- Το αποικιοκρατικό παρελθόν των νοτίων χωρών: ο παράγοντας αυτός ασφαλώς ισχύει για την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ιταλία, όχι όμως και για την Ελλάδα. Έχει παρατηρηθεί, ωστόσο, «ένα σαφές φαινόμενο δικτύωσης (brassage), που οδηγεί τους μετανάστες από το Πράσινο Ακρωτήριο και από τις Φιλιππίνες στην Ιταλία, τους Αιγύπτιους, τους δυτικοαφρικανούς και τους ανατολικοαφρικανούς στην Ελλάδα, με βάση τις δυνατότητες απασχόλησης σε κάθε χώρα».
- Τον αξιοσημείωτο οικονομικό μετασηματισμό των χωρών αυτών από την δεκαετία του 1970, ο οποίος μείωσε αισθητά το «αναπτυξιακό χάσμα» σε σχέση με τις χώρες του Βορρά.
- Την ιδιόζουσα φύση της οικονομικής ανάπτυξης, η οποία βασίζεται στην επέκταση της απασχόλησης στον τριτογενή τομέα και πιο συγκεκριμένα στον τουρισμό και τις προσωπικές υπηρεσίες, όπως π.χ. η οικιακή εργασία. Επίσης, ο εποχικός χαρακτήρας της απασχόλησης σε ορισμένους σημαντικούς κλάδους οικονομικής δραστηριότητας, όπως η εντατική γεωργία, η αλιεία, ο τουρισμός, οι κατασκευές κλπ., οδήγησε στην αυξανόμενη ζήτηση ευέλικτου και μη συνδικαλισμένου εργατικού δυναμικού. Οι μετανάστες, οι οποίοι πολύ συχνά απασχολήθηκαν και απασχολούνται στην άτυπη αγορά εργασίας εξαιτίας και του «παράνομου»

καθεστώς διαμονής του, αποτελούν ιδανική λύση για μεγάλο αριθμό εργοδοτών.

Ειδικότερα, οι μετανάστες προσφέρουν χαμηλά αμοιβόμενη ανειδίκευτη εργασία, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις κυρίως να αντιμετωπίσουν τον αυξανόμενο ανταγωνισμό συμπιέζοντας το κόστος τους.

- Τη μείωση της εσωτερικής μετανάστευσης που κάλυπτε τις ανάγκες σε φθινό εργατικό δυναμικό, καθώς επίσης και τη σταδιακή άρνηση των γηγενών εργαζομένων να αναλαμβάνουν εργασίες χαμηλής αμοιβής και χαμηλού κύρους. Ειδικότερα, παρατηρείται μια στροφή των Ελλήνων στον επαγγελματικό τους προσανατολισμό με την αναζήτηση θέσεων εργασίας υψηλότερης ποιότητας, λόγω ανάπτυξης του τομέα των υπηρεσιών και της ανόδου του μορφωτικού επιπέδου του ελληνικού πληθυσμού. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια επαγγέλματα που δεν πληρούν της κατάλληλης προϋποθέσεις, καθώς και όσα είναι εποχιακής φύσεως (γεωργία, τουρισμός, κατασκευές) να καταλαμβάνονται συχνά από μετανάστες, οι οποίοι λόγω της οικονομικής τους δυσπραγίας, καθίστανται ευέλικτο εργατικό δυναμικό.
- Την κατακόρυφη πτώση του αριθμού γεννήσεων. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, οι μετανάστες συντελούν στην αποτροπή της γήρανσης του πληθυσμού. Η αύξηση του πληθυσμού της χώρας κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες οφείλεται σε μεγάλο βαθμό, κατά την τελευταία δεκαετία του 20^{ου} αιώνα σχεδόν αποκλειστικά, στις μεταναστευτικές εισροές. (Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, «Το ψυχοκοινωνικό προφίλ του μετανάστη κι η ένταξή του», εκπόνηση μελέτης: EUROPEAN PROFILES A.E., 2007)

Πίνακας 2.2

Συμβολή της φυσικής αύξησης του πληθυσμού και των μεταναστευτικών ρευμάτων στην αύξηση του πραγματικού πληθυσμού(1961-2001)

ΔΕΚΑΕΤΙΑ	ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΦΥΣΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΡΟΕΣ
1961-1970	380.088	839.425	-459.337
1971-1980	971.776	637.368	334.408
1981-1990	519.483	272.441	247.042
1991-2000	679.871	21.617	658.254

Δρεττάκης (2001)

2.3 Χαρακτηριστικά μεταναστών στην Ελλάδα

Το φαινόμενο της μετανάστευσης μέσα από τις διαφορετικές του μορφές συνδέεται άμεσα με την ιστορία του ελληνικού κράτους. Από την μη οργανωμένη μετανάστευση του 19^{ου} αιώνα έως και σήμερα, οι ανταλλαγές πληθυσμών, οι παλιννοστήσεις και η αποδημία εργατικού δυναμικού σε υπερπόντιες χώρες, έπαιξαν κυρίαρχο ρόλο στην διαμόρφωση την ελληνικής κοινωνίας.

Ας εξετάσουμε λοιπον, την μεταπολεμική κίνηση των μεταναστών στον ελλαδικό χώρο ανα δεκαετίες. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, παρατηρείται ραγδαία αύξηση του αριθμού των αλλοδαπών στην χώρα μας.

Πίνακας 2.3
Πληθυσμός της Ελλάδας κατά υπηκοότητα

ΕΤΟΣ	ΕΛΛΗΝΕΣ ΥΠΗΚΟΟΙ	ΞΕΝΟΙ ΥΠΗΚΟΟΙ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
1981	9.568.993	171.424	9.740.417
1991	10.092.624	167.276	10.259.900
2001	10.166.987	797.093	10.946.080

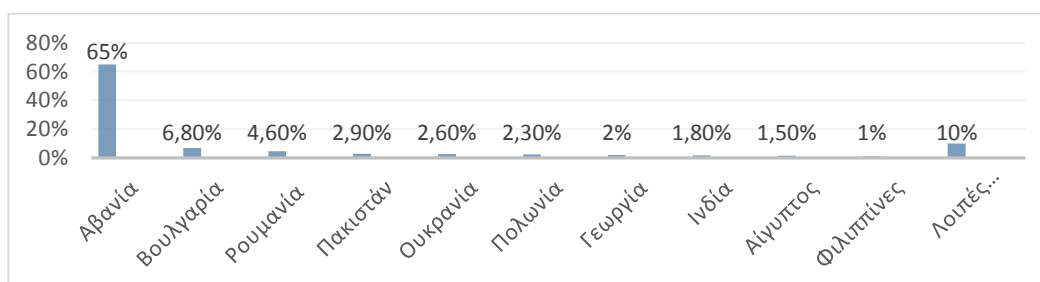
ΕΣΥΕ,2001

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, ο πληθυσμός των διαμενόντων στην Ελλάδα το 2001 είχε σχεδόν πενταπλασιαστεί ως προς το σύνολό τους τη χρονιά 1981. Στην απογραφή αυτή δεν μπορεί να ληφθεί υπόψη εάν πρόκειται για οικονομικούς μετανάστες, πρόσφυγες ή εργαζόμενους από άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς επίσης ούτε το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση κ.λπ.

Όσον αφορά τώρα στην υπηκοότητα των μεταναστών, με βάση τα στοιχεία του προγράμματος νομιμοποίησης προκύπτει ότι οι αλλοδαποί που διαμένουν στην Ελλάδα προέρχονται από 120 χώρες. Παρακάτω, παρουσιάζεται γράφημα με τις 10 επικρατέστερες χώρες από τις οποίες προέρχονται κατά πλειοψηφία οι μετανάστες.

Διάγραμμα 2.1

Εθνικότητες μεταναστών στην Ελλάδα σε ποσοστά

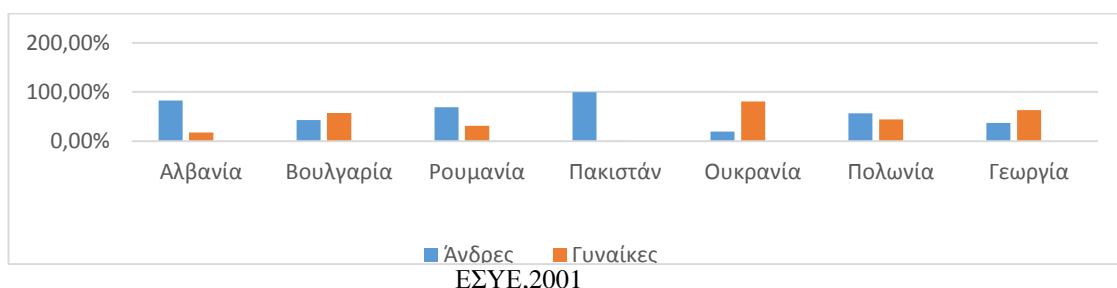


ΕΣΥΕ,2001

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, οι πολιτικές αλλαγές στις βαλκανικές χώρες, οι πολεμικές συγκρούσεις στην Μέση Ανατολή και οι εμφύλιοι πόλεμοι στην Αφρική και την Ασία όπως επίσης και οι εκτεινόμενες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες μεταξύ των οικονομικά αναπτυγμένων χωρών και των υπό ανάπτυξη κρατών, θα αποτελέσουν σημαντικούς παράγοντες για την μετατροπή της Ελλάδας σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Πολυπληθέστερη εθνικότητα στους μετανάστες, όπως παρατηρείται στο *Διάγραμμα 2.1*, είναι η Αλβανική με ποσοστό 65%. Ακολουθεί η Βουλγαρική με ποσοστό 6,8% και εν συνεχεία η Ρουμανική με ποσοστό 4,6%. Χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης όπως η Ουκρανία και η Γεωργία βρίσκονται στην 5^η και 7^η θέση, με 2,6% και % αντίστοιχα στα ποσοστά μεταναστευτικού πληθυσμού. Πιο χαμηλά στα ποσοστά καταλαμβάνουν χώρες της Ασίας όπως το Πακιστάν και η Ινδία, με ποσοστό 2,9% και 1,8% αντιστοίχως. Τελευταίες χώρες στο γράφημα είναι η Αίγυπτος και οι Φιλιππίνες με μία αξιόλογη συμμετοχή μεταναστευτικού πληθυσμού σε σχέση με την έντονη συμμετοχή των βαλκανικών χωρών που κατέχουν τα πρωτεία.

Σταθερή αναλογία μεταξύ των φύλων των μεταναστών δεν παρατηρείται. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος για την χρονιά 2001, το ανδρικό φύλο υπερτερεί κατά 26% έναντι του γυναικείου, ποσοστό ικανοποιητικό. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι μεταξύ των εθνοτήτων παρατηρείται ασυμμετρία, εννοώντας ότι υπάρχουν εθνότητες στις οποίες υπερισχύει το γυναικείο φύλο έναντι του ανδρικού. Όπως φαίνεται παρακάτω, στο *Διάγραμμα 2.2*, ενδεικτικό στοιχείο για την αυτόνομη γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα είναι η αριθμητική υπεροχή των γυναικών σε ορισμένες υπηκοότητες. Σήμερα, οι έρευνες δείχνουν πως οι γυναίκες δεν μεταναστεύουν μόνο ως προστατευόμενα μέλη αλλά και ως αυτόνομες οικονομικές μετανάστριες.

Διάγραμμα 2.2
Ποσοστά Ανδρών-Γυναικών κατά υπηκοότητα

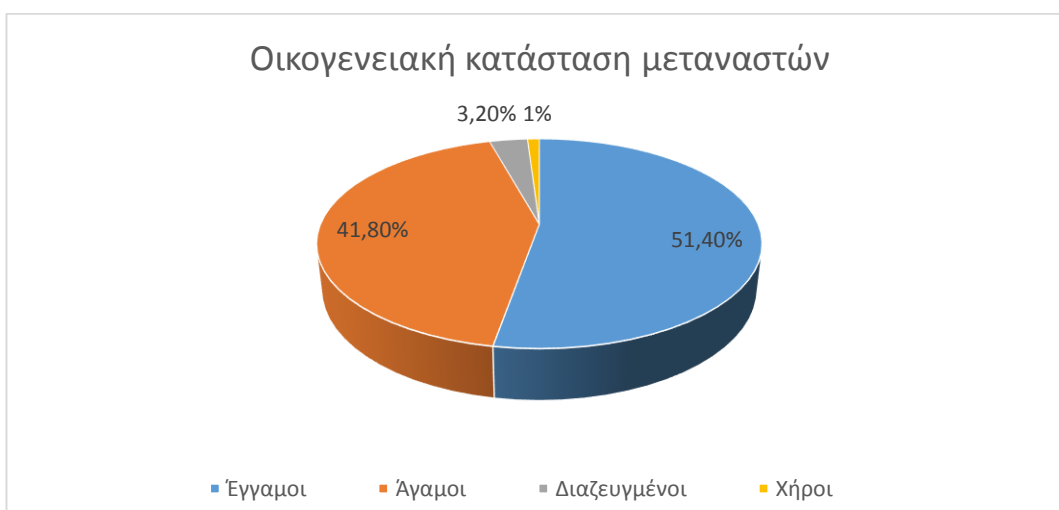


Στο παραπάνω γράφημα έχουν τοποθετηθεί τα ποσοστά ανδρών-γυναικών ανά κράτος που μετρήθηκαν από την ΕΣΥΕ κατά το έτος 2001. Είναι σημαντικό να αναφερθούμε στο ποσοστό μετανάστευσης της Αλβανίας με 82,6% όσον αφορά στους άνδρες, όπως επίσης το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στη χώρα του Πακιστάν όπου εδώ η μετανάστευση γυναικών με προορισμό την Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτη, μόλις στο 0,5%. Αξιοσημείωτο είναι και το μεταναστευτικό ποσοστό της Ουκρανίας με μόλις 80,4% των γυναικών να υπερτερεί έναντι των ανδρών με μόνο 19,6% ένα παράδειγμα που μαρτυρά το φαινόμενο της θηλυκοποίησης της μετανάστευσης.

Άξιο ενδιαφέροντος είναι και το Διάγραμμα 2.3 όπου απεικονίζεται ως γενική εικόνα η οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών ερχόμενοι στην Ελλάδα. Μόλις στο 51,4% φτάνει το ποσοστό των έγγαμων, το οποίο με μικρή διαφορά υπερτερεί του ποσοστού των άγαμων με 41,8%.

Διάγραμμα 2.3

Οικογενειακή κατάσταση μεταναστών % στο σύνολο



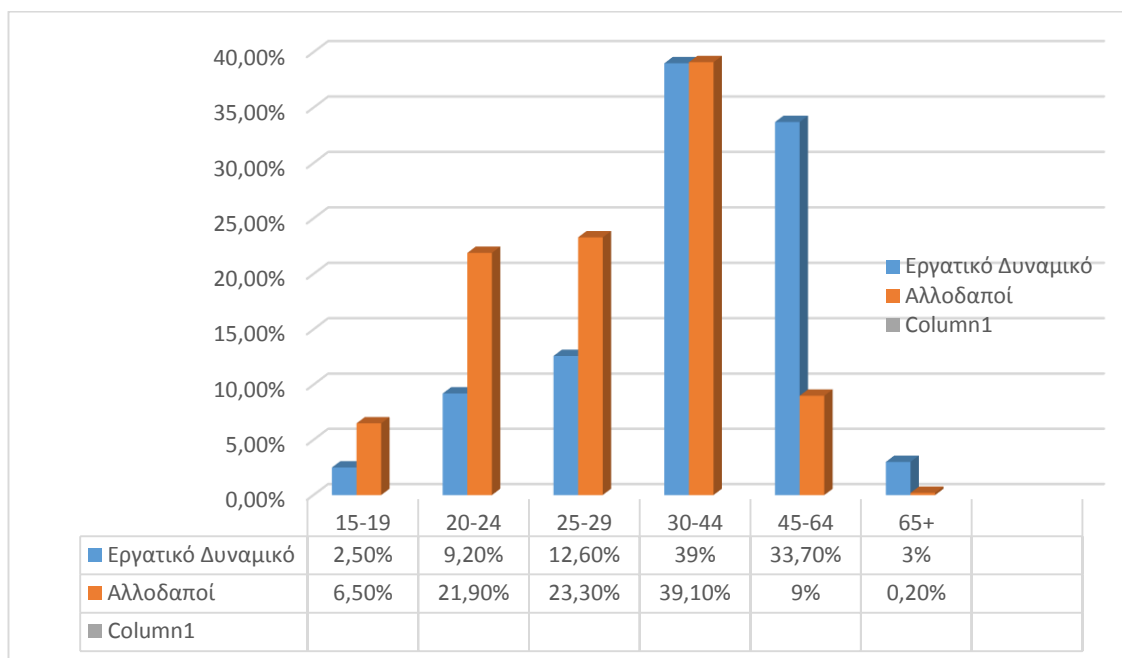
ΕΣΥΕ, 1998

Εξετάζοντας την ηλικιακή κατανομή των μεταναστών ερχόμενοι στην Ελλάδα για το έτος 1998 σύμφωνα πάντα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των αλλοδαπών βρίσκεται στις πιο παραγωγικές ηλικίες, δηλαδή μεταξύ 20 και 44 ετών, με ποσοστό που αγγίζει το 84%. Οι γυναίκες μετανάστριες είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερες σε ηλικία από τους άνδρες. Κατά την τελευταία δεκαετία, παρά τους χαμηλούς δείκτες φυσικής αύξησης, οι μεταναστευτικές εισροές συντέλεσαν στην αύξηση του πληθυσμού της χώρας. Στο Διάγραμμα 2.4 απεικονίζεται το ποσοστό

επι τοις εκατό των αλλοδαπών έναντι του ήδη εργατικού δυναμικού Ελλήνων ως προς έξι ηλικιακές ομάδες.

Διάγραμμα 2.4

Ηλικιακή κατανομή εργατικού δυναμικού-αλλοδαπών

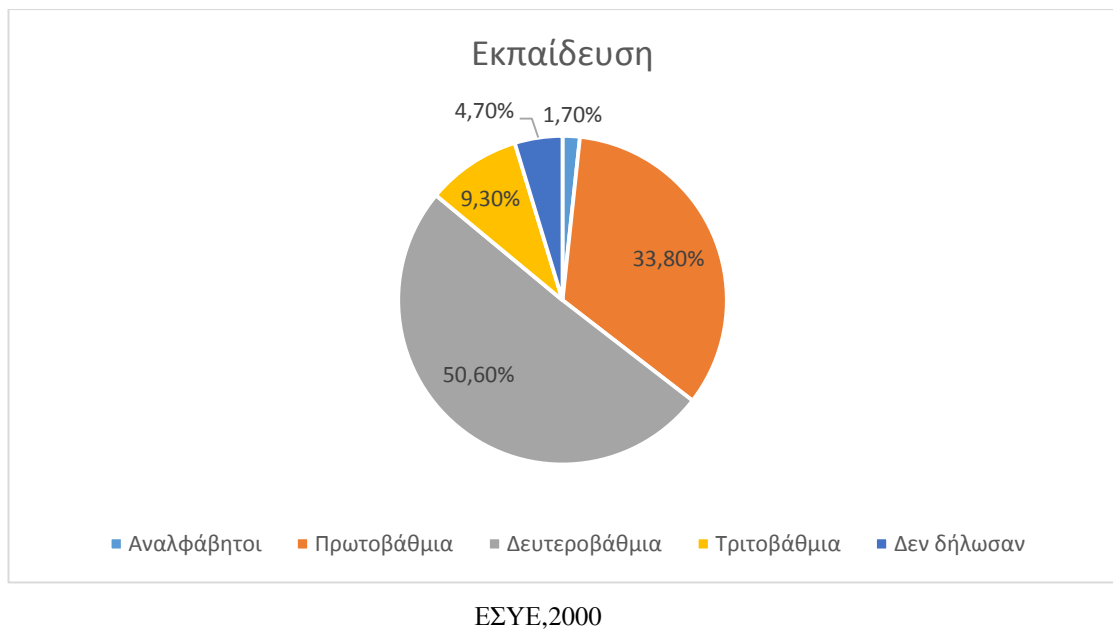


ΕΣΥΕ,1998

Συμπερασματικά, η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 30 έως 44 ετών, παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό έναντι των υπολοίπων, πλησιάζοντας το 40% τόσο για το εργατικό δυναμικό της χώρας όσο και για τους μετανάστες.

Ας αναφερθούμε στον τομέα της εκπαίδευσης. Μία αναλυτικότερη εικόνα του επιπέδου εκπαίδευσης και της οικονομικής δραστηριότητας που ασκούν οι μετανάστες στην Ελλάδα, δείχνει ότι είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι από τους Έλληνες στους αντίστοιχους τομείς. Το ποσοστό των υπερεκπαιδευμένων ανδρών αλλοδαπών αγγίζει το 63%, μικρότερο από αυτό των γυναικών αλλοδαπών που αγγίζει το 68%. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες κυμαίνεται στο 42% για τους άνδρες και 32% για τις γυναίκες.

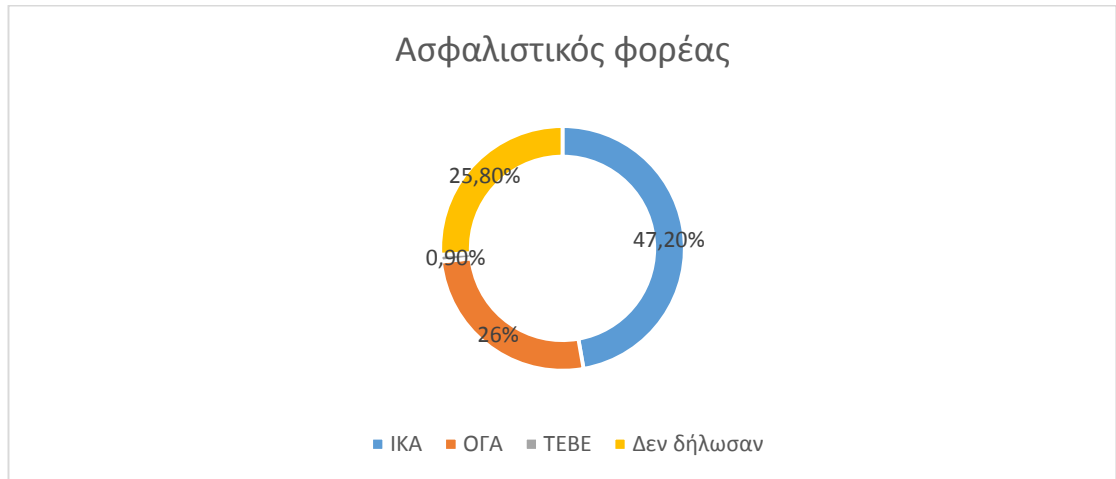
Διάγραμμα 2.5
Επίπεδο εκπαίδευσης μεταναστών



Μετά από έρευνα της ΕΣΥΕ, όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των αλλοδαπών που έχουν στην κατοχή τους πράσινη κάρτα, το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών ανήκει στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Σύμφωνα με το *Διάγραμμα 2.5*, μόνο το 1,7% του συνόλου των αλλοδαπών είναι αναλφάβητο. Άξιο προσοχής θεωρείται ότι οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο μορφωμένες (73% του συνόλου των γυναικών αλλοδαπών) έναντι των ανδρών (57% του συνόλου των ανδρών αλλοδαπών).

Όσον αφορά στην απασχόληση των μεταναστών, μετά από έρευνα και μέτρηση των αιτήσεων πράσινης κάρτας(2000), προκύπτει ότι η πολυπληθέστερη επαγγελματική κατηγορία αλλοδαπών περιλαμβάνει τους ανειδίκευτους εργάτες, τους χειρονάκτες και τους μικροεπαγγελματίες. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες μετανάστες απασχολούνται κυρίως στον τομέα της γεωργίας όπως επίσης στις κατασκευές, ενώ οι γυναίκες μετανάστριες επιλέγουν να εργαστούν ως οικιακές βοηθοί ή ως ιδιωτικοί υπάλληλοι σε τουριστικές επιχειρήσεις. Με βάση την εγγραφή αλλοδαπών σε ασφαλιστικούς φορείς, προκύπτει το *Διάγραμμα 2.6*.

Διάγραμμα 2.6
Ασφαλιστικός φορέας μεταναστών



ΕΣΥΕ,2000

Σύμφωνα με αυτό, τα πρωτεία ασφάλισης αλλοδαπών έχει το ΙΚΑ (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) με ποσοστό 47,2%. Ακολουθεί ο ΟΓΑ(Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) με ποσοστό 26% και τέλος το ΤΕΒΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών) που φτάνει μόλις το 0,9% , ποσοστό σχεδόν ανύπαρκτο. Το 25,8% της έρευνας, δηλώνει ανασφάλιστο, γεγονός που προκαλεί δίλημμα για το αν οι αλλοδαποί ερχόμενοι στην Ελλάδα εργάζονται τελικά ή η εργασία που τους έχει δοθεί δεν τους παρέχει ασφαλιστική κάλυψη. Ερωτήματα που θα απαντηθούν σε παρακάτω κεφάλαια.

2.3.1 Χωροταξική τοποθέτηση του μεταναστευτικού πληθυσμού

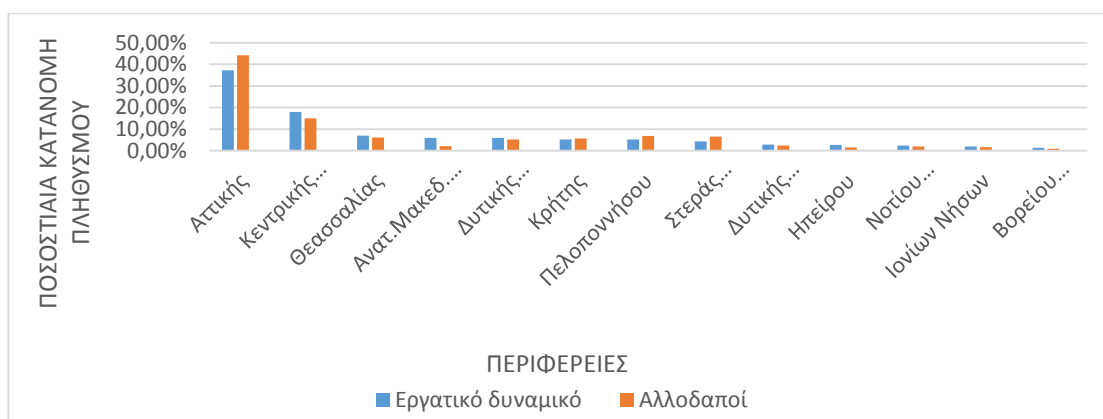
Από τα πρώτα κιόλας στάδια του προγράμματος νομιμοποίησης των μεταναστών, παρατηρείται διασπορά του μεταναστευτικού πληθυσμού σε όλη την περιφέρεια της Ελλάδας με μεγαλύτερη συγκέντρωσή τους στην περιφέρεια Αττικής (44,2% του συνόλου) κάτι που φαίνεται ξεκάθαρα στο *Διάγραμμα 2.7*. Ο σημαντικότερος λόγος που οι αλλοδαποί στρέφονται πιο πολύ στην παραμονή τους στην περιφέρεια της Αττικής είναι ότι σαν πρωτεύουσα θα τους παρέχει περισσότερες ευκαιρίες εργασίας, μικρότερο κίνδυνο απέλασής τους και επιπλέον, ανωνυμία. Στο σύνολο του πλυθυσμού αλλοδαπών που μεταναστεύουν στην Ελλάδα, προκύπτει ότι οι γυναίκες είναι αυτές

που εγκαθίστανται κυρίως στην περιφέρεια Αττικής (56% του πληθυσμού τους). Η επικρατέστερη υπηκοότητα στην περιφέρεια Αττικής είναι η Αλβανική. Εκεί επίσης, έχουν έντονη και μονομερή παρουσία οι Ασιατικές και οι Αφρικανικές υπηκοότητες. Σε συνδυασμό με τα φύλα, εμφανίζεται μεγάλη δυσαναλογία με συγκέντρωση ανδρών(Πακιστάν, Ιράκ, Μπαγκλαντές, Αίγυπτος, Νιγηρία) ή γυναικών(Φιλιππίνες, Αιθιοπία, Σρι Λάνκα).

Δεύτερη πιο σημαντική περιφέρεια, από άποψη συγκέντρωσης μεταναστών είναι η Κεντρική Μακεδονία (Θεσσαλονίκη), με ποσοστό 15% . Είναι φανερό ότι μετά και την συγκέντρωση των αλλοδαπών στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης, επιβεβαιώνεται η γενική προτίμηση των μεταναστών στα αστικά κέντρα.

Διάγραμμα 2.7

Περιφερειακή ποσοστιαία κατανομή του μεταναστευτικού πληθυσμού



ΕΣΥΕ,2000

Ακολουθούν, η Περιφέρεια Πελοποννήσου με ποσοστό 6,7% και η περιφέρεια Στεράς Ελλάδος με 6,5%. Οι υπόλοιπες ελληνικές περιφέρειες που αναγράφονται στο *Διάγραμμα 2.7* παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό του 6% της συγκέντρωσης μεταναστών.

2.4 Οργάνωση της Ελληνικής Κοινωνίας

Η μορφή της μετανάστευσης προσδιορίζεται από διαμορφωμένες αντιλήψεις, συμπεριφορές και πρακτικές που υπάρχουν στις κοινωνίες υποδοχής. Από την πρώτη στιγμή, η συγκρότηση του ελληνικού κράτους αποτέλεσε μια προσπάθεια οργάνωσης και συγκέντρωσης της εξουσίας, με την εξουδετέρωση των τοπικιστικών συμφερόντων, από τον κρατικό μηχανισμό αλλά και προσπάθεια ομογενοποίησης και

συγκρότησης της εθνικής συνείδησης και της εθνικής ταυτότητας του ελληνικού κράτους. Η ενδυνάμωση της εθνικής ενότητας αποτέλεσε τον κύριο στόχο του νεοελληνικού κράτους. Το ελληνικό έθνος μετατρέπεται σε περιούσιο λαό που αφού κατάφερε μέσα από τις περιπέτειες της ιστορίας να επιζήσει και να αφυπνιστεί, αναλαμβάνει την αποστολή να λύσει πολιτικό πρόβλημα της Ανατολής. Η συνείδηση αυτής της αποστολής του έθνους θα συγκροτήσει το περιεχόμενο του εθνικού μεσσιανισμού, το πολιτικοθρησκευτικό ιδεολόγημα της Μεγάλης Ιδέας. Η μακρόχρονη διαδικασία της ελληνικής εθνικής ταυτότητας οργανώθηκε στη βάση δύο αντιμαχόμενων μύθων. Ο ένας, αναφέρεται στον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό, ένας πολιτισμός που εμφανίζεται με οικουμενικό χαρακτήρα, συνεχιστής και φορέας του οποίου είναι σύγχρονος Έλληνας, και ο άλλος μύθος αναφέρεται στη θεοκρατική Βυζαντινή αυτοκρατορία, στα πλαίσια της οποίας τα μέλη της αποτελούσαν έναν «εκλεκτό λαό», η συνέχεια της οποίας αποτελεί θεία βούληση. Τη συνείδηση της αρχαιότητας με τον Χριστιανισμό και συγκεκριμένα με την Ορθοδοξία θα αναλάβουν ιστοριογράφοι από τις πρώτες κίολας δεκαετίες ύπαρξης του ελληνικού κράτους.

Το εθνικό συλλογικό υποκείμενο θα σημασιοδοτηθεί με τον όρο Ελληνισμός, ένας όρος που στέκεται έξω από τον χρόνο και πέρα από την ιστορία και που συντίθεται από τις κυρίαρχες αναπαραστάσεις για το παρελθόν, το αρχαιοελληνικό παρελθόν και την Ορθοδοξία, ως διαχρονική και ζωντανή παράδοση (Αβδελά Ε., 1997). Η εθνική ταυτότητα των Ελλήνων συντίθεται μέσα από τα αισθήματα της υπεροχής αλλά και του φόβου της απειλής και του κινδύνου. Η ελληνική κοινωνία αναζητά την εθνική καθαρότητα και τον αποκλεισμό του επικίνδυνου «άλλου».

Στο πολιτικό επίπεδο η ελληνική κοινωνία είναι μία κοινωνία που προβάλλει το προσωπικό αίτημα και την προσωπική αναζήτηση της λύσης του, η περιφρόνηση για τους θεσμούς και κυρίως το κράτος αλλά και τον νόμο είναι κυρίαρχη στην ελληνική κοινωνία. Η εξουσία προσλαμβάνεται ως εξωγενής, ανεξέλεγκτη και δοτή εκ των άνω. Τα πρόσωπα που κατέχουν την εξουσία ταυτίζονται με αυτήν στη συνείδηση των μελών της κοινωνίας (Φίλιας Β., 1985). Η ύπαρξη ενός συγκεντρωτικού και αυταρχικού κράτους, η απουσία κοινωνικών κινημάτων, οι πελατειακές σχέσεις με την πολιτική εξουσία και η απαξίωση των νόμων και κανόνων προς όφελος των ατομικών

συμφερόντων διαμορφώνουν τις αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορές μέσα στην ελληνική κοινωνία.

Ωστόσο από τα τέλη της δεκαετίας του '80 οι εξελίξεις σε διεθνή επίπεδο, στο εσωτερικό πολλών κρατών, οι μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών, αλλά και η ανάδυση νέων κατηγοριών όπως «παγκοσμιοποίηση», «πολυπολιτισμικότητα», «μετα-εθνική κοινωνία» λεθεσαν υπό ανακατασκευή τόσο τις εθνικές ταυτότητες όσο και τις αντιλήψεις για τα όρια της ανοχής του «άλλου» στις ενικές κοινωνίες.

Στην ελληνική κοινωνία οι παραπάνω εξελίξεις είχαν ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση των φανταστικών προβλημάτων των «επιβουλών» και των «απειλών» των εχθρών από την Δύση και την Ανατολή και αποκάλυψαν τον «διχασμό της ελληνικής ταυτότητας»(Λίποβατς Θ., 1994). Από την άλλη πλευρά η πολιτική για την μετανάστευση εξαντλήθηκε από την πρώτη στιγμή στην υιοθέτηση αυστηρού νομικού πλαισίου για την είσοδο, παραμονή και εργασία μεταναστών. Ωστόσο η πολιτική αυτή και το νομικό πλαίσιο δεν γίνεται σεβαστό και υιοθετούνται προσωποποιημένες και πελατειακές σχέσεις για να εξυπηρετήσει ατομικών επιδιώξεων(Πετράκου Η.Β., 2001).

Η συμμετοχή της Ελλάδας σε υπερεθνικούς οργανισμούς όπως η Ε.Ε, όπως και η παρουσία μεταναστών στην ελληνική κοινωνία συντελούν στην διαδικασία του αωαπροσδιορισμού της ελληνικής εθνικής ταυτότητας μέσα από την συγκρότηση της ευρωπαϊκής ταυτότητας. Ωστόσο ο εθνικιστικός ανορθολογικός λόγος αποτέλεσε το κοινό σημείο της πλειοψηφίας των πολιτικών κομμάτων, των ΜΜΕ, της ιεραρχίας της εκκλησίας και ομάδας των διανοούμενων. Ο ρατσισμός και η ξενοφοβία διάχυτος στην ελληνική κοινωνία, αναζητώντας αφορμές για την εκδήλωσή του, οδήγησε όχι μόνο σε συμπεριφορές διάκρισης απέναντι στους μετανάστες αλλά και στην απαξίωσή τους. Η υπεράσπιση της ομογενούς εθνικής κοινότητας, η αδυναμία αναγνώρισης του «άλλου», η απειλή της εθνικής συρρίκνωσης αλλά και οι πρακτικές που έλαβαν χώρα, οι επιχειρήσεις «σκούπας» που αποτέλεσαν την μεταναστευτική πολιτική του ελληνικού κράτους τη δεκαετία του '90, η συγκρότηση ένοπλων ομάδων σε τοπικές κοινωνίες με στόχο «την αντιμετώπιση των αλλοδαπών», η απαγόρευση αλλοδαπού μαθητή να συμμετάσχει σε εθνική επέτειο, οι ομαδικές βαπτίσεις αλλόθρησκων αλλοδαπών, στην ελληνική κοινωνία, φέρνουν στο προσκήνιο το ζήτημα της σχέσης της δημοκρατίας και

του έθνους-κράτους, του αναπροσδιορισμού του όρου της ιδιότητας του πολίτη αλλά και του περιεχομένου των ταυτοτήτων.

2.5 Μεταναστευτική πολιτική-Νομοθεσία στην Ελλάδα

Το θέμα μετανάστευσης παραμονής και εργασίας των μεταναστών στην Ελλάδα ρυθμίζει ο νόμος 2910/2001 με τίτλο *Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις*. Μετά τον νόμο υπ' αριθμόν 1975/1999, δημιουργήθηκε η ανάγκη για θέσπιση ενός πιο ισχυρού νόμου αντιμετώπισης της παράνομης εισόδου μεταναστών στην χώρα. Με την ίδρυση του νέου νόμου, η μεταναστευτική πολιτική μεταφέρθηκε από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Σύμφωνα με αυτόν, επιτρέπεται η είσοδος μεταναστών στην Ελλάδα μόνο εάν πρόκειται για συγκεκριμένη εργασία, σε συγκεκριμένο εργοδότη και μόνο εφόσον υπάρχει άδεια εργασίας. Βασικό, λοιπόν, κριτήριο για την νομιμοποίηση ενός αλλοδαπού στην χώρα, είναι η απόδειξη απασχόλησής του, καθώς και η ένταξή του στο κοινωνικο-ασφαλιστικό και στο φορολογικό σύστημά της. Ο απαιτούμενος χρόνος παραμονής του μετανάστη στη χώρα αγγίζει τα δύο έτη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Όσον αφορά στα ανήλικα τέκνα των μεταναστών, δόθηκε το δικαίωμα υποχρεωτικής εκπαίδευσης και φοίτησης στα ελληνικά σχολεία.

Συμπερασματικά, με την παραπάνω νομοθεσία πραγματοποιείται προσπάθεια ρύθμισης θεμάτων απασχόλησης των μεταναστών. Θεωρώντας, λοιπόν ο νομοθέτης το πρόβλημα της μετανάστευσης ως απειλή, εντίνει την προσπάθειά του για μείωση των μελλοντικών μεταναστών χωρίς όμως να υιοθετεί συγκεκριμένη πολιτική η οποία θα λύσει όλα τα προβλήματα που κινούνται γύρω από αυτό που αποκαλούμε μετανάστευση.

2.6 Θεσμικό πλαίσιο ενσωμάτωσης μεταναστών στην Ελλάδα

Νόμος 4310/1929, ΦΕΚ 287 τ.Α'/16-8-1929

«Περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι, αστυνομικού ελέγχου, διαβατηρίων και απελάσεων και εκτοπίσεων».

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, ο αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα, ήταν τόσο μικρός με αποτέλεσμα το κράτος, για κοινωνικοπολιτικούς λόγους, να αγνοήσει την νομιμότητα ή μη της παραμονής τους στην χώρα.

Μετά το 1989, η μαζικής είσοδος των μεταναστών στην χώρα, δημιούργησε την ανάγκη ενός νέου νομοθετικού πλαισίου, καθώς ο Ν.4310/1929 ήταν αδύνατον να επιλύσει μεταναστευτικά ζητήματα που είχαν προκύψει. Οι πολιτικές παλιννόστησης αποτέλεσαν για την Ελλάδα, το στήριγμα για τη διαμόρφωση μεταναστευτικής πολιτικής ως χώρα υποδοχής.

Νόμος 1975/1991, ΦΕΚ 184 τ.Α'4-12-1991

«Είσοδος-έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις».

Ο νόμος «Περί Αλλοδαπών» είχε βασιστεί στην αντίληψη της προσωρινής παρουσίας των μεταναστών στην Ελλάδα. Οι πρώτες απόπειρες εφαρμογής του νόμου αυτού έγιναν με προεδρικά διατάγματα το 1997 και 1998 από το ΠΑΣΟΚ. Με αυτό τον τρόπο, δόθηκε για πρώτη φορά η ευκαιρία στους μετανάστες να αποκτήσουν νόμιμη παρουσία στη χώρα, κατά συνέπεια έκδοση της πράσινης κάρτας. Σύμφωνα με τον Νόμο 1975/1991, ρυθμιζόταν η καταγραφή των μεταναστών στην χώρα, τα στοιχεία που θα συλλέγονταν από την καταγραφή θα έδιναν την δυνατότητα στο κράτος να έχει τον έλεγχο του μεταναστευτικού πληθυσμού.

Γενικά στοιχεία του μεταναστευτικού αυτού μοντέλου είναι η προσωρινή διαμονή του αλλοδαπού στη χώρα και η αντιμετώπισή του ως εργάτη. Βασικός στόχος του νόμου ήταν η μείωση της ανισότητας μεταξύ νόμιμων και αντικανονικών μεταναστών, η επιδίωξη της πάταξης της «λαθρομετανάστευσης», των παράνομων δηλαδή μεταναστών που δεν διέθεταν τα απαραίτητα έγγραφα παραμονής, και ο περιορισμός της εισόδου στα σύνολα της Ελλάδας. Πρώτο ρόλο στον έλεγχο των μεταναστών αποκτά η ελληνική αστυνομία και ο στρατός.

Βασικό σημείο του Προεδρικού Διατάγματος του 1998, αποτελεί η θεσμοθέτηση του Κρατικού Πιστοποιητικού Γλωσσομάθειας από το Υπουργείο Παιδείας, ο καθορισμός του τύπου του, οι προϋποθέσεις απόκτησής του και συμμετοχής των υποψηφίων, το περιεχόμενο των εξετάσεων καθώς και η διαδικασία ορισμού εξεταστικών κέντρων. Εν συνεχεία, μετά Υπουργικών Αποφάσεων, προσδιορίστηκαν λεπτομερώς οι δεξιότητες στις οποίες εξετάζονται οι υποψήφιοι καθώς επίσης και το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας ως επίσημος και αποκλειστικός φορέας χορήγησης πιστοποιητικών ελληνομάθειας.

Η πολιτική των νομοθετημάτων, ως αποτρεπτική και αμυντική, χαρακτηρίζεται από την εμπλοκή ενός μεγάλου αριθμού υπηρεσιών σε μία περίπλοκη διαδικασία για την απόκτηση της προσωρινής άδειας και της άδειας παραμονής των αλλοδαπών. Η προσέγγιση αυτή θυμίζει έντονα την γερμανική φιλοσοφία της μεταναστευτικής πολιτικής στα δύο παρακάτω σημεία :

- i. Την άτυπη και παράνομη εργασία στην ελληνική περίπτωση σε αντιπαράθεση με τις συμβάσεις εργασίας του γερμανικού κράτους.
- ii. Την ανάκτηση ενός μέρους των χαμένων πληθυσμών : των Ποντίων, των Βορειοηπειρωτών και των Ρώσων ελληνικής καταγωγής – των Ανατολικογερμανών, των Ούγγρων, των Τσέχων και των Πολωνών γερμανικής καταγωγής. (INE/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, 2003)

Η απουσία συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων αλλά και η ασάφεια αναφορικά με την απόκτηση πράσινης κάρτας, οδήγησαν ένα μεγάλο μέρος των μεταναστών σε αποκλεισμό από την σχετική διαδικασία. Επομένως, η νομοθετική αυτή απόπειρα κρίθηκε αναποτελεσματική και κατά συνέπεια η καταπολέμηση της «λαθρομετανάστευσης» να μην επιτευχθεί. Είναι σωστό να σημειωθεί ότι το 60% των μεταναστών τελικά δεν κατάφερε να λάβει προσωρινή άδεια διαμονής στην χώρα με αποτέλεσμα να παραμείνουν σε καθεστώς παρανομίας. Έτσι, διαμορφώνεται η δεύτερη φάση της νομιμοποίησης με τον Νόμο 2910/2001 επί κυβέρνησης Σημίτη.

Νόμος 2910/2001, ΦΕΚ 91 τ.Α/2-5-2001

«Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην ελληνική επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση κι άλλες διατάξεις»

Ο βασικός σκοπός του νόμου αυτού ήταν ο διαφωτισμός του συστήματος αδειών παραμονής και εργασίας των μεταναστών και η μεταφορά αρμοδιοτήτων από τις αστυνομικές αρχές στις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου Εσωτερικών και στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Σε αυτή τη νομοθεσία, ο έλεγχος της μεταναστευτικής ροής έγινε αυστηρότερος, όσον αφορά σε ζητήματα που αφορούσαν την υγεία, την παιδεία, την εργασία και την οικογενειακή κατάσταση των αλλοδαπών.

Ορισμένες από τις βασικές διατάξεις του νόμου ήταν η εκπαίδευση των ανηλίκων τέκνων των μεταναστών και η διασφάλιση ίσων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους Ελληνικούς υπηκόους, για τους νόμιμους μετανάστες. Συγχρόνως δίνεται η δυνατότητα

σε πολίτες τρίτων χωρών που μένουν επί δεκαετίας στην Ελλάδα, να υποβάλλουν αίτηση απόκτησης της ελληνικής υπηκοότητας, με βασική προϋπόθεση την επαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας και ιστορίας.

Μετά από σειρά τροποποιήσεων και αλλαγών, ο Νόμος 2910/2001 κρίνεται αναποτελεσματικός λόγω έκδοσης αδειών παραμονής που είχαν λήξει, αποτέλεσμα χρονοβόρων διαδικασιών και γραφειοκρατίας. Η Ελλάδα θεωρείτο η μοναδική χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που εξέδιδε ληγμένες άδειες παραμονής.

Λόγω αποτυχίας και αναποτελεσματικότητας νομιμοποίησης των Νόμων 1975/1991 και 2910/2001, ακολουθεί η θέσπιση του Νόμου με αριθμό 3386/2005, επί κυβέρνησης Καραμανλή.

Νόμος 3386/2005, ΦΕΚ 212 τ.Α/23-8-2005

«Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια»

Ο συγκεκριμένος Νόμος, περιλαμβάνει το τρίτο πρόγραμμα νομιμοποίησης, τα βασικά χαρακτηριστικά του οποίου συγκεντρώνονται στο τρίπτυχο νομιμότητας, ασφάλειας δικαιωμάτων και κοινωνικής ένταξης. Ο Νόμος υιοθετήθηκε ώστε να επιλύσει ζητήματα που αφορούσαν τους οικονομικούς μετανάστες και τις οικογένειές τους όπως:

- Προϋποθέσεις εισόδου και διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελλάδα
- Θέματα απέλασης
- Λειτουργικά θέματα για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή των διατάξεων
- Δυνατότητα νόμιμης τακτοποίησης στην Ελλάδα

Σημαντικό σημείο του Νόμου 3386/2005 είναι η σύσταση «Ολοκληρωμένου Προγράμματος Δράσης» που αφορά την ένταξη των υπηκόων τρίτων χωρών στην ελληνική κοινωνία. Οι δράσεις και τα μέτρα που λαμβάνονται στο πλαίσιο του προγράμματος αυτού είναι :

- Πιστοποιημένη γνώση της ελληνικής γλώσσας
- Επιτυχή παρακολούθηση εισαγωγικών μαθημάτων σχετικά με την ιστορία, τον πολιτισμό και τον τρόπο ζωής της ελληνικής κοινωνίας
- Ένταξη στην αγορά εργασίας

- Ενεργός κοινωνική συμμετοχή

Ο Νόμος αυτός αποτελεί κατευθυντήρια γραμμή μιας ελεγκτικής και εισπρακτικής πολιτικής, αλλά παρουσιάζει ασάφεια σχετικά με το Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης.

Νόμος 3536/2007, ΦΕΚ 42 τ.Α'/23-2-2007

«Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπόν ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης»

Ο Νόμος αυτός προσπαθεί να επιλύσει ζητήματα που εμφανίστηκαν με την εφαρμογή του Νόμου με αριθμό 3386/2005. Σύμφωνα με αυτόν δίνεται η δυνατότητα στους μετανάστες να καταθέσουν νέες αιτήσεις νομιμοποίησης, διευρύνοντας ταυτόχρονα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την χορήγηση κάρτας διαμονής.

Βασικά σημεία του νόμου 3536/2007 είναι :

- Η προσπάθεια μείωσης γραφειοκρατικών δυσκολιών που εμφανίστηκαν κατά την εφαρμογή του Νόμου 3386/2005
- Η εισαγωγή κοινοτικών οδηγιών στον συγκεκριμένο νόμο
- Η διευκόλυνση των αλλοδαπών κατά την διαμονή τους στην Ελλάδα
- Η εισαγωγή μέτρων προώθησης της κοινωνικής ένταξης των αλλοδαπών
- Η σύσταση της Εθνικής Επιτροπής για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών, η οποία υπάγεται στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Υγεία

3.1.1 Η Υγεία ως κοινωνικό αγαθό – εννοιολογικός προσδιορισμός.

Διάφορες είναι οι απόψεις όσον αφορά την επιλογή του πιο ορθού ορισμού της «Υγείας». Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, με τον όρο «Υγεία» εννοείται η «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός ανταποκρίνεται πολύ στις σύγχρονες απαιτήσεις προστασίας της υγείας από συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τα οποία προσφέρουν στους πολίτες προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς επίσης και υπηρεσίες επαγγελματικής και κοινωνικής προσαρμογής.

Ωστόσο, ο παραπάνω ορισμός της «Υγείας» παρουσιάζεται υπερβολικά ευρύς καθώς η ψυχική και η κοινωνική ευεξία αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων και η συμβολή του κράτους στη διασφάλισή της δεν μπορεί παρά να είναι επιβοηθητική της πρωτοβουλίας του ίδιου του ατόμου. Άλλωστε, αυτός ο ορισμός μπορεί να χαρακτηριστεί ευρύς υπό την έννοια της ευεξίας ως υποκειμενική, αόριστη και πάντως ακατάλληλη για νομική χρήση και αξιολόγηση.

Επιπλέον, άλλος ένας ορισμός της «Υγείας» ως σημαίνουσα την έλλειψη κάθε ανώμαλης κατάστασης του σώματος ή του πνεύματος που δημιουργεί ανάγκη θεραπείας, ανικανότητα εργασίας ή όλα τα παραπάνω, είναι αρκετά περιορισμένος στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης. Η παροχή κοινωνικής προστασίας δεν πρέπει να συσχετίζεται με τη συμμετοχή του ατόμου στην παραγωγική διαδικασία. Από την άλλη, οφείλει να καλύπτει τόσο τον ενεργό πληθυσμό, όσο και τον άνεργο, έχοντας ως γενικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Εύστοχος μπορεί να θεωρηθεί και ορισμός της «Υγείας» ως τη φυσική, σωματική και πνευματική κατάσταση του ανθρώπου. Πλεονέκτημα του ορισμού αυτού αποτελεί η πληρότητα και η σαφήνεια ενώ ταυτόχρονα δηλώνεται η συμμετοχή και των δύο διαστάσεων, σωματικής και πνευτικής διάστασης της ανθρώπινης φύσης στη διαμόρφωση της έννοιας «Υγεία».

Συνοψίζοντας, ως καταλληλότερος ορισμός της «Υγείας» μπορεί να θεωρηθεί ένας αρνητικός ορισμός της «Υγείας» ως τη φυσική κατάσταση του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας ικανή να μειώσει τη φυσιολογική δραστηριότητα

του ατόμου. Κατά συνέπεια, ένα άτομο είναι υγιές όταν δεν συντρέχει κάποια από τις περιπτώσεις τις οποίες η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει ως ασθένειες.

3.1.2 Η Υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα.

Η Υγεία ως κοινωνικό αγαθό, αποτελεί καθήκον της κοινωνίας όσον αφορά την προσφορά καλών υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους πολίτες. Πρόκειται για ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της Αστικής Δημοκρατίας. Στο άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος αναφέρεται : «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη απόρων». Η Υγεία αποτελεί το σημαντικότερο συνταγματικά κατοχυρωμένο κοινωνικό δικαίωμα, αφού θεωρείται η βάση της άσκησης των υπολοίπων ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων.

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma-Ata , κάθε άνθρωπος έχει εκτός από το δικαίωμα στην υγεία και υποχρέωση να κάνει ό,τι είναι δυνατόν για την εξασφάλισή της. Το δικαίωμα για την προστασία της υγείας έχει κατοχυρωθεί και σε άλλα διεθνή νομικά κείμενα, όπως στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948), ενώ σύμφωνα με την Συνθήκη του Μάαστριχ (1992) αποτυπώνεται για πρώτη φορά σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης η υποχρέωσή της όσον αφορά την προστασία της υγείας των πολιτών.

Στο άρθρο 25 παρ. 1 του Συντάγματος, 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 του [...]». Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, η Ελληνική Πολιτεία οφείλει να παρέχει και να εγγυάται την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών.

Στα πλαίσια της Ελληνικής Κοινωνίας και του Κράτους Πρόνοιας και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΠΔ 95/2000) η προστασία της υγείας καθώς και η διασφάλιση του δικαιώματος της υγείας, με αποτέλεσμα την εγγύηση της προσβασιμότητας όλων των πολιτών στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας αναλόγως των αναγκών τους και χωρίς καμία διάκριση(φυλετική, οικονομική, κοινωνική, κ.λπ).

3.2 Δικαίωμα χρήσης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας από τους μετανάστες.

Το ζήτημα υγείας των μεταναστών εισήλθε στην πολιτική ατζέντα από το 2000 και μετά. Ο προηγούμενος μεταναστευτικός νόμος με αριθμό 2910/2001, χορήγησε ίσα δικαιώματα όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και την κοινωνική προστασία των νόμιμων μεταναστών στην Ελλάδα, όπως ακριβώς ισχύει και για τους Έλληνες πολίτες. Το 2002 η ελληνική κυβέρνηση εισάγει για πρώτη φορά ένα πακέτο μέτρων με σκοπό την ένταξη των μεταναστών: το «Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Μεταναστών 2002-2005» που περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μεταναστών.

Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, δημοσίευσε μια Εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την Εγκύκλιο αυτή κάθε νόμιμος μετανάστης μπορεί να έχει πρόσβαση στο ΕΣΥ εφόσον έχει στην κατοχή του βιβλιάριο ασθενοείας ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο είναι εγγεγραμμένος. Εντούτις, λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη έκταση της άτυπης εργασίας, πολύ νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται κοινωνικής ασφάλισης καθώς και δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Αξιοσημείωτο είναι το ζήτημα της πρόσβασης των νόμιμων μεταναστών στο σύστημα υγείας η οποία παρακωλύεται από πολύμηνες καθυστερήσεις για την ανανέωση των αδειών παραμονής.

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο χαίρουν ίσα δικαιώματα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τους Έλληνες πολίτες. Βέβαια, ώσπου να αναγνωριστεί το καθεστώς τους ως αιτούντες άσυλο, έχουν δικαίωμα μονάχα στις υπηρεσίες επειγόντων, κάτι που ισχύει και για του παράνομους μετανάστες. Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 668/18.5.2005 προβλέπεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων που δεν έχουν ασφαλιστική ικανότητα ή οικονομική δυνατότητα. Η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει δωρεάν νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία. Απαραίτητη προϋπόθεση του δικαιώματος της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί το δελτίο αιτούντος άσυλο για τους μεν αιτούντες άσυλο και το δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα για τους δε πρόσφυγες.

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 στην χώρα από την οποία προέρχονται.

3.3 Πρόσβαση των μεταναστών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Η πρόσβαση των μεταναστών στο ΕΣΥ αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρωπίνου δικαιώματος στη ζωή. Στο ελληνικό κράτος, η πρόσβαση των μεταναστών στις δωρεάν υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ αποτελεί συνάρτηση του νόμιμου καθεστώτος και της απασχόλησής τους στην επίσημη αγορά εργασίας.

Σημαντικός παράγοντας για τον περιορισμό της προσβασιμότητας των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, είναι η υψηλή ιδιωτική οικονομική δαπάνη out- of pocket payments (European Commission, 2008a). Υψηλά παραμένουν ακόμα τα ποσοστά των ανασφάλιστων μεταναστών ακόμα και για αυτούς που έχουν καταφέρει να νομιμοποιήσουν το καθεστώς παραμονής τους. Οι ίδιοι οι ανασφάλιστοι πρέπει να πληρώνουν ολόκληρο το ποσό της περίθαλψής τους, δίνοντας προκαταβολή το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας. Το κόστος αυτό μπορεί να θεωρηθεί υψηλό για πολλούς μετανάστες οι οποίοι δεν δικαιούνται βιβλιάριο οικονομικής απορίας και αδυνατούν οικονομικά να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό οικονομική ανασφάλεια από τον 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»(Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν, 2005). Την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δυσχαιρένουν συνεπώς, το καθεστώς εργασίας πολλών μεταναστών με τη 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.

Εμπόδιο στη προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με τον νομικό καθεστώς των

επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως οι αιτούντες άσυλο, οι πρόσφυγες και κατ' επέκταση το πλαίσιο των δικαιωμάτων που απορρέουν από το καθεστώς τους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι κατά την τελευταία δεκαετία, το φαινόμενο της ελλιπούς ενημέρωσης των δημοσίων υπαλλήλων έχει περιοριστεί αισθητά ως απόρροια της εκπαίδευσής τους. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνεται αρκετά 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.

Αντικειμενική δυσκολία στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί η γλωσσική επικοινωνία, λόγω της ελλιπούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας αλλά και η ελλιπής ενημέρωση των αλλοδαπών ως προς το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Η απουσία διερμηνέων και διαμεσολαβητών στα δημόσια νοσοκομεία, περιορίζει την διασφάλιση της λήψης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου το 2007, διαπιστώνεται ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Τα στοιχεία για την Ελλάδα αφορούσαν 112 ανθρώπους που επισκέφτηκαν τις κλινικές των Γιατρών του Κόσμου σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Σε ερώτηση που αφορούσε τις υπηρεσίες ελέγχου του ιού HIV, το 83,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν είχαν γνώση του δικαιώματος χρήσης αυτών των υπηρεσιών. Το ποσοστό αυτό υπήρξε το υψηλότερο σε σύγκριση με τις υπόλοιπες 8 χώρες της μελέτης. «Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί 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»(Γιατροί του Κόσμου – Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο, 2007).

Εν κατακλείδι, οι συνέπειες της περιορισμένης πρόσβασης μιας μεγάλης μερίδας των κατοίκων της χώρας στο σύστημα υγείας, μπορεί να αποδειχθούν δυσμενείς για την υγεία των μεταναστών αλλά και για την δημόσια υγεία γενικά. Σημαντική θα μπορούσε να θεωρηθεί η αξιολόγηση του κόστους αυτού όπως επίσης και η αποτίμηση της

πραγματικής επιβάρυνσης για το σύστημα υγείας στην περίπτωση διεύρυνσης του δικαιώματος πρόσβασης των άτυπων μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζεται το δικαίωμα πρόσβασης στο εθνικό σύστημα υγείας των διαφορετικών κατηγοριών αλλοδαπών:

Πίνακας 3.1

Δικαίωμα πρόσβασης στο ΕΣΥ των διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών

ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
<i>Μετανάστες με νόμιμο καθεστώς παραμονής</i>	Κάθε αλλοδαπός «τρίτης χώρας» ο οποίος διατηρεί άδεια παραμονής σε ισχύ απολαμβάνει πρόσβαση στο ΕΣΥ με τα ίδια δικαιώματα όπως οι Έλληνες πολίτες. Κατ' επέκταση οι «νόμιμοι» μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι και διαθέτουν το βιβλιάριο ασθένειας που εκδίδει ο ασφαλιστικός τους φορέας μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ δωρεάν ή καλύπτοντας τμήμα του κόστους. Δεν έχουν, όμως, τη δυνατότητα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας, όπως οι Έλληνες και οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής.
<i>Μετανάστες χωρίς νόμιμο καθεστώς παραμονής</i>	Σύμφωνα με τον νόμο (Άρθρο 84/Ν.3386/2005) οι «άτυποι» μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας με εξαίρεση τις περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της

	υγείας τους (εξαιρούνται οι ανήλικοι).
<i>Μετανάστες Ελληνικής καταγωγής</i>	Οι Έλληνες Πόντιοι από τις χώρες την πρώην Σοβιετικής Ένωσης και οι ομογενείς από την Αλβανία απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.
<i>Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο</i>	Οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο μετά την έκδοση της προσφυγικής ταυτότητας ή της κάρτας αίτησης ασύλου, και για το χρονικό διάστημα που αυτές βρίσκονται σε ισχύ, απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Σε περίπτωση που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη καθώς και φαρμακευτική κάλυψη.

3.4 Παράνομοι μετανάστες και υπηρεσίες υγείας.

Η πραγματικότητα για τους αλλοδαπούς δίχως άδεια παραμονής και εργασίας και κατ' επέκταση ανασφάλιστους, είναι διαφοροποιημένη. «Τα άτομα αυτά βρισκόμενα στο περιθώριο δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας, καθώς και οι παράνομοι μετανάστες, σύμφωνα με απόψεις και πεποιθήσεις πολλών αποτελούν

τον κίνδυνο για την διατήρηση της δομής και της ισορροπίας της κοινωνίας μας» (Halliday, 2006).

Σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στις δημόσιες υπηρεσίες της χώρας, απαγορεύεται η χορήγηση περίθαλψη σε παράνομους μετανάστες. Για τους ανεπίσημους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο εάν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. «Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον οι αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας δεν θα γίνονται δεκτοί (άρθρο 51, παρ. 1 του Νόμου 2910/2001), σύμφωνα με το οποίο όλες οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να μην συναλλάσσονται με ανεπίσημους μετανάστες πλην των νοσοκομείων, θεραπευτηρίων και κλινικών ή σε περίπτωση ανήλικων παιδιών) αλλά θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες» (Γαϊτανίδου, χ.χ.:19).

Μια τέτοια πολιτική θα αποθαρρύνει τους μετανάστες χωρίς χαρτιά από το να ζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα λόγω του φόβου ότι οι γιατροί θα τους αποκρούσουν ή θα τους καταδώσουν στην αστυνομία. Όσοι είναι άρρωστοι θα αγνοήσουν τα συμπτώματα μέχρι να είναι πολύ αργά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για την δημόσια υγεία.

Η απόκλιση αυτή αιτιολογείται ως αποτέλεσμα των χρεών των ανασφάλιστων αλλοδαπών στα δημόσια νοσοκομεία, τα διεσεκατομμύρια που χρωστούν απέναντι στο Ελληνικό Δημόσιο οδήγησε στην απόφαση αυτή. Απόφαση που χαρακτηρίζεται ως ρατσιστική από το σύνολο των υπέρμαχων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Οι ανασφάλιστοι μετανάστες, σύμφωνα με τον νόμο, δεν δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, καθώς και η πλευρά του Υπουργείου Υγείας χαρακτηρίζει τους ανασφάλιστους αλλοδαπούς ως τη βασική αιτία της «μαύρης τρύπας» των νοσοκομείων της χώρας μας. Παρουσιάζεται ως λύση προκειμένου να προστεθούν τα συμφέροντα του Έλληνα φορολογούμενου, εις βάρος του οποίου νοσηλεύεται δωρεάν ένας μεγάλος αριθμός αλλοδαπών, παρότι δεν έχει αυτό το δικαίωμα. Η ανάγκη για περίθαλψη των παράνομων μεταναστών ήταν άμες με αποτέλεσμα την ίδρυση μη κυβερνητικών οργανώσεων με κύριο σκοπό την ιατρική φροντίδα των πληθυσμών αυτών, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας και συμβουλευτικής.

3.5 Η πραγματικότητα σήμερα.

Η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας κατά τη δεκαετία του '90 οφειλόταν στην εισροή πληθυσμού από το εξωτερικό σε αντίθεση με τις δεκαετίες του '70 και του '80 που οφειλόταν περισσότερο στη φυσική αύξηση του πληθυσμού(Δρεττάκης, 2005). Η γήρανση του πληθυσμού, η συνακόλουθη ανισορροπία της αναλογίας εργαζομένων και συνταξιούχων και ο ρόλος της μετανάστευσης στα πλαίσια του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος, αποτέλεσαν και αποτελούν βασικές διαστάσεις στις επιπτώσεις στη χρηματοδότηση και βελτίωση των χαμηλών συντάξεων, και στις αλλαγές όχι μόνο για τις συντάξεις αλλά και ευρύτερα για την ελληνική κοινωνία. Μπορούμε να αναφέρουμε ότι η αναλογία ασφαλισμένων και συνταξιούχων για το έτος 2005 ήταν 1,77 ενώ το 1980 και το 1990 ήταν 3,16 και 2,88 αντίστοιχα(Μπουρίκος 2006). 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%(Commission of the European Communities, 2002).

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

Όπως έχει διαπιστωθεί, το ασφαλιστικό σύστημα συνδέεται με τη μετανάστευση και τη συμβολή της στη βελτίωση της δημογραφικής κατάστασης, κατά συνέπεια και της τόνωσης των ασφαλιστικών ταμείων από την άποψη της αύξησης των πόρων, δηλαδή των εισφορών. Στην βιβλιογραφία όμως, έχουν παρατηρηθεί διάφορα ερωτήματα που αφορούν όχι μόνο τη συμβολή των μεταναστών στα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και στον τρόπο αντιμετώπισης της μετανάστευσης σε πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Παραδείγματος χάριν, 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 την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στα ασφαλιστικά συστήματα. Στο σύγχρονο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με την επικράτηση της φιλελεύθερης παγκοσμιοποίησης, παρατηρείται η εμφάνιση νέων μορφών απασχόλησης (προσωρινή, παράνομη, προσωπική, συμπληρωματική) καθώς και νέες ομάδες εργατών (εποχικοί, πρόσκαιροι, ανεπίσημοι) που συνδέονται άμεσα με την παγκόσμια ζήτηση για ελαστική εργασία. Η ζήτηση αυτή, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ανεπίσημης εργασίας, καθώς και την εκμετάλλευση, διαμορφώνοντας έτσι, νέες μορφές εργαζομένων. Συνεπώς, αρκετοί μετανάστες εργάζονται χωρίς να ασφαίζονται. Επιπλέον, υποστηρίζεται και η άποψη από αρκετούς αναλυτές, ότι οι κυβερνώντες 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 πληθυσμού(Χλέτσος, 2003).

3.6 Συσχέτιση του ρόλου της μετανάστευσης με το ασφαλιστικό σύστημα.

Σε βιβλιογραφικό επίπεδο, από τη διερεύνηση του θέματος προκύπτει ότι σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι μελέτες που εξετάζουν τον 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 σχέση.

Στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, όπως αναφέρεται στο άρθρο «Ο ρόλος της μετανάστευσης στις μεταβολές του εργατικού δυναμικού και στη βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ελλάδα»(Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου,2006), η μετανάστευση 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 ανεπτυγμένων χωρών, η σταδιακή αποχώρηση των γενεών baby-boom από την αγορά εργασίας θα δημιουργήσει τις συνθήκες για μία μελλοντική στασιμότητα ή ακόμη και συρρίκνωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Η εξέλιξη αυτή θα είναι τόσο πρόωμη χρονικά όσο και 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 αυτή την έννοια 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 μία 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 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 σε δύο συμπεράσματα αναλογιστικών μελετών. 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. Η μία μελέτη λοιπόν, διεξήχθη από το τμήμα Γεωγραφίας του Πανεπιστημίου 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 Αναλογιστικές Μελέτες εξάρουν το θετικό ρόλο και τη συμβολή της μετανάστευσης τόσο στην τόνωση των ασφαλιστικών φορέων, όσο και στη ενίσχυση της βιωσιμότητας του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος, δεδομένου ότι οι μετανάστες 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 2026. Με άλλα λόγια, όπως καταλήγει η μελέτη, η μετανάστευση δεν αποτελεί τη 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 :
 - i. Πρώτον, στις λιγότερες ημέρες εργασίας που πραγματοποιούν οι μετανάστες έναντι των Ελλήνων, σε όλες τις ηλικίες (14,17 έναντι 17,64 των Ελλήνων, κατά μέσο όρο), αλλά και
 - ii. 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).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 Σκοπός μελέτης.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή και αξιολόγηση των οικονομικών επιπτώσεων στον τομέα της υγείας που απορρέει από τον βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών σε οικονομικό επίπεδο, σύμφωνα με τις παρεχόμενες ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα δημογραφικά και οικονομικο-κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών που ζούν στην χώρα μας, μέσω της γενικότερης επαφής τους με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

4.2 Δεδομένα.

Ο πληθυσμός που μελετήθηκε αποτελείτο από 80 μετανάστες υπηκόους τρίτων χωρών, ηλικίας άνω των 20 ετών, οι οποίοι διέμεναν στον Νομό Αττικής, προερχόμενοι από 26 διαφορετικές χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο. Ειδικότερα οι χώρες των μεταναστών που συμμετέχουν στην έρευνα είναι οι παρακάτω : Αλβανία, Βουλγαρία, Ρουμανία, Ουκρανία, Γεωργία, Πολωνία, Πακιστάν, Αφγανιστάν Νιγηρία, Μαρόκο, Φιλιππίνες, Συρία, Ιράν, Ιράκ, Ρωσία, Τουρκία, Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Αίγυπτος, Ινδία, Σερβία, Σουηδία, Γαλλία και Ελβετία.

Οι επιλογή των μεταναστών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με το καθεστώς της πρώτης γενιάς μεταναστών, με αποκλεισμό των μεταναστών δεύτερης γενιάς, δηλαδή εκείνους που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στην Ελλάδα. Ο λόγος του αποκλεισμού της συγκεκριμένης ομάδας μεταναστών ήταν η μη διαφοροποίησή τους από τον γηγενή πληθυσμό όσον αφορά στη γνώση της ελληνικής διαλέκτου και κουλτούρας, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν τις ίδιες δυσκολίες ένταξης στην κοινωνία με τους μετανάστες της πρώτης γενιάς.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, ενημερώθηκαν σε πρώτο στάδιο για τον σκοπό της έρευνας αυτής, πρωτού αποφασίσουν εάν επιθυμούν ή όχι να συμμετέχουν στη συγκεκριμένη μελέτη. Κάθε ερωτώμενος μετανάστης ενημερωνόταν ότι η συμμετοχή του ήταν ανώνυμη, ότι το πλήθος των απαντήσεών του θα ήταν απολύτως εμπιστευτικό καθώς πρόσβαση στις απαντήσεις του θα είχε μόνο το άτομο που πραγματοποιούσε την έρευνα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί το γεγονός ότι δεν υπήρξε άρνηση συμμετοχής στην έρευνα σε όσους απευθυνθήκαμε.

4.3 Συλλογή δεδομένων.

Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε φόρμα ειδικού ερωτηματολογίου (Παράρτημα). Η τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου, βασίστηκε σε ερωτήσεις από επίκαιρα γεγονότα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον ανάλυσης. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιελάμβανε δημογραφικά και οικονομικο-κοινωνικά ερωτήματα, ερωτήματα σε σχέση με την υγεία των μεταναστών, με την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας της χώρας, την πιθανή οικονομική επιβάρυνσή τους όσον αφορά τις χρήσεις των υπηρεσιών υγείας, τον βαθμό ικανοποίησής τους ως προς το ΕΣΥ και γενικότερα την γνώση και την ενημέρωσή τους σύμφωνα με τη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση στο πλαίσιο της υγείας σήμερα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με άμεσο τρόπο, χωρίς την συμμετοχή τρίτου προσώπου. Απεφεύχθη η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους συμμετέχοντες για αποφυγή πιθανής εσφαλμένης συμπλήρωσής τους λόγω πιθανών δυσκολιών στη γραφή, στην ανάγνωση και στην κατανόηση των ερωτημάτων.

Η συλλογή δεδομένων της έρευνας ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 2014 και ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2015 (πέντε μήνες). Το σύνολο των ερωτημάτων αφορούν γεγονότα μεταξύ των ετών 2012-2013-2014 παρόλο που την τελευταία διετία έχουν υπάρξει αλλαγές στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Ο μέγιστος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν δεκαπέντε λεπτά συνολικά, μαζί με την προέχουσα ενημέρωση της έρευνας και τελικά την αποδοχή του ερωτηθέντος στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ειδικότερα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο:

- δικτύου γνωριμιών
- διαγνωστικού κέντρου παροχής ιατρικών και παραϊατρικών εξετάσεων στην περιοχή του Γκύζη
- μιας ευρείας ομάδας μεταναστών προερχόμενων από το Πακιστάν σε ιδιωτική επιχείρηση στην περιοχή του Μενιδίου
- δημοσίου Νοσοκομείου στην περιοχή Αμπελοκήπων

Η πρόσβαση στους παραπάνω χώρους πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια χρήσης της ελληνικής και της αγγλικής γλώσσας όπως επίσης και με τη βοήθεια διαμεσολαβητή σε περίπτωση που ο συμμετέχων δεν γνώριζε καμία από τις δύο παραπάνω γλώσσες.

Η έρευνα διαθέτει δύο παραμέτρους, πολλούς μετανάστες (N=80) και τρία έτη (2012-2014). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Stata.

4.4 Στατιστική περιγραφή δεδομένων.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ : Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο:

Gender				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Male	41	51,3	51,3	51,3
Valid Female	39	48,8	48,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 80 άτομα εκ των οποίων οι 41 ήταν άνδρες (51,3%) και οι 39 γυναίκες (48,8%).

Ηλικία:

Age				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-30	15	18,8	18,8	18,8
Valid 30-40	35	43,8	43,8	62,5
Valid 40-50	15	18,8	18,8	81,3
Valid >50	15	18,8	18,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Για την καταγραφή των ηλικιών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τρεις ηλικιακές ομάδες. Το 18,8% των συμμετεχόντων ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 30 έτη, το 43,8% στην ηλικιακή ομάδα 30-40 έτη, το 18,8% στην ομάδα 40-50 έτη, ενώ το εναπομείναν 18,8% ήταν άνω των 50 ετών.

Χώρα καταγωγής:

Country_birth

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Albania	19	23,8	23,8	23,8
Bulgaria	8	10,0	10,0	33,8
Roumania	8	10,0	10,0	43,8
Ukraine	1	1,3	1,3	45,0
Georgia	4	5,0	5,0	50,0
Poland	2	2,5	2,5	52,5
Pakistan	10	12,5	12,5	65,0
Afganistan	1	1,3	1,3	66,3
Nigeria	2	2,5	2,5	68,8
Maroco	1	1,3	1,3	70,0
Filippines	4	5,0	5,0	75,0
Syria	1	1,3	1,3	76,3
Iraq	1	1,3	1,3	77,5
Valid Russia	4	5,0	5,0	82,5
Turkey	1	1,3	1,3	83,8
Portugal	1	1,3	1,3	85,0
Spain	1	1,3	1,3	86,3
Italy	2	2,5	2,5	88,8
UK	2	2,5	2,5	91,3
Egypt	1	1,3	1,3	92,5
India	1	1,3	1,3	93,8
Serbia	1	1,3	1,3	95,0
Sweden	1	1,3	1,3	96,3
France	1	1,3	1,3	97,5
Switzerland	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Όπως παρατηρείται, ο αριθμός των χωρών καταγωγής των ερωτηθέντων είναι 26 σε επίπεδο Ευρώπης, Αφρικής και Ασίας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων κατάγονταν από την Αλβανία (19 άτομα), ενώ ακολουθούν αυτοί με καταγωγή από το Πακιστάν (10 άτομα) και από τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία (8 άτομα έκαστος). Οι υπόλοιπες χώρες παρουσιάζουν μικρά ποσοστά συμμετοχής.

Μόνιμη ή προσωρινή μετανάστευση :

Migration				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Permanent	47	58,8	58,8	58,8
Valid Temporary	33	41,3	41,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Από το δείγμα των 80 ατόμων, το 58.8% παρατηρείται ότι κατοικούσε μόνιμα στην Ελλάδα, ενώ το εναπομείναν 41,3% είχε έρθει προσωρινά στην Ελλάδα.

Έτη διαμονής στην Ελλάδα:

Years_in_Greece				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-5	14	17,5	17,5	17,5
5-10	22	27,5	27,5	45,0
Valid 10-20	27	33,8	33,8	78,8
>20	17	21,3	21,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Για την ευκολότερη καταγραφή των ετών διαμονής των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις ομάδες. Το 17,5% των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, δείγματος 80 ατόμων, διέμεναν στην Ελλάδα από 0 έως 5 έτη, το 27.5% από 5 έως 10 έτη, το 33.8% από 10 έως 20 έτη, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (21,3%) διέμενε στην Ελλάδα περισσότερο από 20 έτη.

Εκπαίδευση:

Education		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No education	6	7,5	7,5	7,5
	Elementary	17	21,3	21,3	28,8
	High	22	27,5	27,5	56,3
	College	13	16,3	16,3	72,5
	AEI/TEI	18	22,5	22,5	95,0
	MSc/PhD	4	5,0	5,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Όσον αφορά την εκπαίδευση των συμμετεχόντων στην έρευνα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων είχαν ολοκληρώσει λυκειακές σπουδές (27,5%), ενώ ακολουθούσαν τα άτομα που είχαν τελειώσει κάποιο ανώτερο ή ανώτατο ίδρυμα (22,5%), αυτοί που είχαν τελειώσει το Δημοτικό (21.3%), ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 5% είχε μεταπτυχιακές ή διδακτορικές σπουδές. Τέλος, το 7.5% δεν είχε κάποιου είδους εκπαίδευσης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες διέθεταν κάποιου είδους μόρφωση και εκπαίδευση.

Ασφάλεια :

Insurance		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	63	78,8	78,8	78,8
	No	17	21,3	21,3	100,0
Total		80	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (78,8%) της έρευνας είναι ασφαλισμένο, ενώ μόλις το 21,3% δεν είχε ασφάλιση. Σχεδόν τα δύο τρίτα του δείγματος της έρευνας, διαθέτει ασφάλεια υγείας, ποσοστό ικανοποιητικό για την εποχή που ζούμε. Πίσω από το ποσοστό ανασφάλιστων μεταναστών, πιθανόν να κρύβονται αρκετοί λόγοι, σημαντικότερο εκ των οποίων είναι η ανεργία.

Είδος ασφάλειας :

Which_insurance		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Public	62	77,5	96,9	96,9
	Private	2	2,5	3,1	100,0
	Total	64	80,0	100,0	
Missing	System	16	20,0		
Total		80	100,0		

Εξ' αυτών που είχαν κάποια ασφάλιση υγείας, οι 62 εκ των 80 ερωτηθέντων είχαν δημόσια ασφάλιση, ενώ μόνο 2 άτομα είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ήταν ανασφάλιστοι(16 άτομα).

Βιβλιάριο ασθευείας

Illness_booklet		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	66	82,5	83,5	83,5
	No	13	16,3	16,5	100,0
	Total	79	98,8	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		80	100,0		

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων όσον αφορά την ύπαρξη βιβλιαρίου υγείας το 82.5% είχε βιβλιάριο ασθευείας, σε αντίθεση με το 16% που δεν είχε. Οι λόγοι που οδήγησαν τους μετανάστες που συμμετείχαν στην έρευνα, στη μή έκδοση βιβλιαρίου ασθευείας είναι οι ίδιοι για τους οποίους δεν διαθέτουν ασφάλεια υγείας, διότι το ένα συνδέεται άμεσα με το άλλο.

Προσωπικό εισόδημα για έτη 2012, 2013 και 2014 :

Statistics		Income_2012	Income_2013	Income_2014
N	Valid	78	78	80
	Missing	2	2	0
Mean		613,97	663,97	624,88
Median		510,00	525,00	525,00
Std. Deviation		396,983	436,870	444,101
Range		2500	2500	2500
Minimum		0	0	0
Maximum		2500	2500	2500

2012 :

Κατά το έτος 2012, οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο ατομικού εισοδήματος 613,97 ευρώ (SD=396,92 ευρώ). Η διάμεσος του συγκεκριμένου δείκτη ήταν 510 ευρώ, το εύρος τιμών των εισοδημάτων ήταν 2500 ευρώ, με τα εισοδήματα να κυμαίνονται από το ελάχιστο των 0 ευρώ (κανένα εισόδημα), έως το μέγιστο των 2500 ευρώ.

2013

Κατά το έτος 2013 οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο ατομικού εισοδήματος 663,97 ευρώ (SD=436,87 ευρώ). Η διάμεσος του συγκεκριμένου δείκτη ήταν 525 ευρώ, το εύρος τιμών των εισοδημάτων ήταν 2500 ευρώ, με τα εισοδήματα να κυμαίνονται από το ελάχιστο των 0 ευρώ (κανένα εισόδημα), έως το μέγιστο των 2500 ευρώ.

2014

Κατά το έτος 2014 οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο ατομικού εισοδήματος 624,88 ευρώ (SD=444,10 ευρώ). Η διάμεσος του συγκεκριμένου δείκτη ήταν 525 ευρώ, το εύρος τιμών των εισοδημάτων ήταν 2500 ευρώ, με τα εισοδήματα να κυμαίνονται από το ελάχιστο των 0 ευρώ (κανένα εισόδημα), έως το μέγιστο των 2500 ευρώ.

Κατά την ανάλυση και καταγραφή των ατομικών εισοδημάτων των μεταναστών που έλαβαν μέρος στην έρευνα αυτή, παρατηρήθηκε σταθερότητα των εισοδημάτων τους με μία μικρή αύξηση κατά το 2013 και μια πολυ μικρή μείωση το 2014. Σταθερότητα παρατηρήθηκε και στην διάμεσο του δείκτη εισοδήματος.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ :

Στην ερώτηση, εάν υπάρχει κάποιο γνωστό πρόβλημα υγείας κατα την τριετία 2012-2014, για το οποίο πρέπει να λαμβάνετε ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες σε τακτά χρονικά διαστήματα, φαίνεται παρακάτω ότι η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 81,3% δεν είχε κάποιο γνωστό πρόβλημα υγείας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Yes	15	18,8	18,8	18,8
Valid No	65	81,3	81,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Ένα μικρο ποσοστό ερωτηθέντων (18,7%), παρουσίαζε κάποιο γνωστό πρόβλημα υγείας για το ποίο λάμβανε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

		Gender		Total	
		Male	Female		
Health_problem	Yes	Count	4	11	15
		% within Gender	9,8%	28,2%	18,8%
	No	Count	37	28	65
		% within Gender	90,2%	71,8%	81,3%
Total	Count	41	39	80	
	% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%	

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,466	1	,035		
Continuity Correction ^b	3,337	1	,068		
Likelihood Ratio	4,597	1	,032		
Fisher's Exact Test				,046	,033
Linear-by-Linear Association	4,410	1	,036		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,31.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=4.466$, $p=0.035$). Οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά περισσότερα προβλήματα υγείας (28,2%) για τα οποία έπρεπε να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή σε καθημερινή βάση και ιατρικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα, σε σχέση με τους άνδρες (9,8%).

Crosstab

			Migration			Total
			Permanent	Temporary	3	
Health_problem	Yes	Count	9	6	0	15
		% within Migration	19,1%	18,8%	0,0%	18,8%
	No	Count	38	26	1	65
		% within Migration	80,9%	81,3%	100,0%	81,3%
Total		Count	47	32	1	80
		% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,236 ^a	2	,889
Likelihood Ratio	,420	2	,811
Linear-by-Linear Association	,042	1	,837
N of Valid Cases	80		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.

Παραπάνω, καταγράφεται η σύγκριση μόνιμων και προσωρινών μεταναστών σύμφωνα με το πρόβλημα υγείας που πιθανόν να διαθέτουν. Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,236$, $p=0.889$). Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα είχαν σε παρεμφερές ποσοστό προβλήματα υγείας (19,1%) σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά (18,8%).

Παρακάτω, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ανάλυσης των ασφαλισμένων και μή μεταναστών σε συνάρτηση με πιθανό πρόβλημα υγείας.

Crosstab

			Insurance		Total
			Yes	No	
Health_problem	Yes	Count	14	1	15
		% within Insurance	22,2%	5,9%	18,8%
	No	Count	49	16	65
		% within Insurance	77,8%	94,1%	81,3%
Total	Count	63	17	80	
	% within Insurance	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,346 ^a	1	,126		
Continuity Correction ^b	1,396	1	,237		
Likelihood Ratio	2,863	1	,091		
Fisher's Exact Test				,172	,114
Linear-by-Linear Association	2,317	1	,128		
N of Valid Cases	80				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=2,346$, $p=0.126$). Αυτό οφείλεται στο ότι τα άτομα που είχαν υγειονομική ασφάλεια, είχαν σε παρεμφερές ποσοστό προβλήματα υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν ασφάλεια υγείας.

Εξετάζοντας τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στο ποιά θα ήταν η πρώτη τους κίνηση σε περίπτωση ασθένειας, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα.

When sick				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Insurance carrier	13	16,3	16,3	16,3
Public Hospital	21	26,3	26,3	42,5
Private doctor	14	17,5	17,5	60,0
Pharmacy	4	5,0	5,0	65,0
Relative	10	12,5	12,5	77,5
Valid Friend	7	8,8	8,8	86,3
Employer	4	5,0	5,0	91,3
Community	4	5,0	5,0	96,3
Nothing	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Σε περίπτωση ασθένειας οξείας φύσης, οι περισσότεροι εξ' αυτών σε ποσοστό 26,3% απευθύνονται σε δημόσιο νοσοκομείο, το 16,3% επισκέπτεται τον ασφαλιστικό του φορέα, το 17,5% επισκέπτεται κάποιον ιδιώτη γιατρό, ενώ το 12,5% ζητάει βοήθεια από συγγενικό του πρόσωπο. Οι υπόλοιπες απαντήσεις βρίσκονται αρκετά χαμηλότερα για να αναφερθούν αναλυτικά.

Crosstab

			Gender		Total
			Male	Female	
When_sick	Insurance carrier	Count	7	6	13
		% within Gender	17,1%	15,4%	16,3%
	Public hospital	Count	12	9	21
		% within Gender	29,3%	23,1%	26,3%
	Private doctor	Count	7	7	14
		% within Gender	17,1%	17,9%	17,5%
	Pharmacy	Count	3	1	4
		% within Gender	7,3%	2,6%	5,0%
	Relative	Count	3	7	10
		% within Gender	7,3%	17,9%	12,5%
	Friend	Count	5	2	7
		% within Gender	12,2%	5,1%	8,8%
	Employer	Count	0	4	4
		% within Gender	0,0%	10,3%	5,0%
	Community	Count	2	2	4
		% within Gender	4,9%	5,1%	5,0%
	Nothing	Count	2	1	3
		% within Gender	4,9%	2,6%	3,8%
Total	Count	41	39	80	
	% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,680 ^a	8	,370
Likelihood Ratio	10,362	8	,241
Linear-by-Linear Association	,543	1	,461
N of Valid Cases	80		

a. 11 cells (61,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,46.

Παραπάνω, ελέγχεται η σχέση φύλου και πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης. Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=8,68$, $p=0,370$). Συνεπώς οι γυναίκες και οι άνδρες απευθύνονται στις ίδιες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης όταν αρρωστήσουν. Κατά κύριο λόγο απευθύνονται σε δημόσια νοσοκομεία, στη συνέχεια στο ασφαλιστικό τους ταμείο ή σε ιδιώτη γιατρό, και τέταρτη επιλογή τους είναι οι φίλοι για τους άνδρες και τα συγγενικά πρόσωπα για τις γυναίκες.

Παρακάτω ελέγχεται στατιστικά η σχέση μεταξύ μόνιμης ή προσωρινής μετανάστευσης και επιλογή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης.

Crosstab

			Migration			Total
			Permanent	Temporary	3	
When_sick	Insurance carrier	Count	5	7	1	13
		% within Migration	10,6%	21,9%	100,0%	16,3%
	Public hospital	Count	12	9	0	21
		% within Migration	25,5%	28,1%	0,0%	26,3%
	Private doctor	Count	9	5	0	14
		% within Migration	19,1%	15,6%	0,0%	17,5%
	Pharmacy	Count	3	1	0	4
		% within Migration	6,4%	3,1%	0,0%	5,0%
	Relative	Count	6	4	0	10
		% within Migration	12,8%	12,5%	0,0%	12,5%
	Friend	Count	3	4	0	7
		% within Migration	6,4%	12,5%	0,0%	8,8%
	Employer	Count	4	0	0	4
		% within Migration	8,5%	0,0%	0,0%	5,0%
	Community	Count	3	1	0	4
		% within Migration	6,4%	3,1%	0,0%	5,0%
	Nothing	Count	2	1	0	3
		% within Migration	4,3%	3,1%	0,0%	3,8%
	Total	Count	47	32	1	80
		% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,328 ^a	16	,789
Likelihood Ratio	11,283	16	,792
Linear-by-Linear Association	2,243	1	,134
N of Valid Cases	80		

a. 20 cells (74,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=11,328$, $p=0,789$). Συνεπώς οι μόνιμοι και οι προσωρινοί μετανάστες απευθύνονται στις ίδιες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης όταν αρρωστήσουν. Κατά κύριο λόγο απευθύνονται σε δημόσια νοσοκομεία, σε ιδιώτη γιατρό ή στο ασφαλιστικό τους ταμείο, και τέταρτη επιλογή τους αποτελούν τα συγγενικά πρόσωπα.

Σημαντική είναι η ανάλυση της σχέσης ασφαλισμένων ή μή με την επιλογή της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης αντιστοίχως και στις δύο περιπτώσεις.

Crosstab

			Insurance		Total
			Yes	No	
Insurance carrier	Count		12	1	13
	% within Insurance		19,0%	5,9%	16,3%
Public hospital	Count		18	3	21
	% within Insurance		28,6%	17,6%	26,3%
Private doctor	Count		14	0	14
	% within Insurance		22,2%	0,0%	17,5%
Pharmacy	Count		4	0	4
	% within Insurance		6,3%	0,0%	5,0%
When_sick Relative	Count		5	5	10
	% within Insurance		7,9%	29,4%	12,5%
Friend	Count		3	4	7
	% within Insurance		4,8%	23,5%	8,8%
Employer	Count		4	0	4
	% within Insurance		6,3%	0,0%	5,0%
Community	Count		2	2	4
	% within Insurance		3,2%	11,8%	5,0%
Nothing	Count		1	2	3
	% within Insurance		1,6%	11,8%	3,8%
Total	Count		63	17	80
	% within Insurance		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,975 ^a	8	,002
Likelihood Ratio	25,696	8	,001
Linear-by-Linear Association	12,252	1	,000
N of Valid Cases	80		

a. 13 cells (72,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,64.

Ο έλεγχος χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=23,975$, $p=0,002$). Συνεπώς τα άτομα που είχαν κάποιου είδους ασφάλιση, απευθύνονταν κατά κύριο λόγο σε δημόσια νοσοκομεία (28,6%), σε ιδιώτη γιατρό (22,2%) και στον ασφαλιστικό τους φορέα (19%). Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που ήταν ανασφάλιστα, απευθύνονταν πρώτα σε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο (29,4%), έπειτα σε φίλους (23,5%) και στη συνέχεια σε δημόσιο νοσοκομείο (17,6%). Στην περίπτωση των μεταναστών οι οποίοι δεν διέθεταν υγειονομική ασφάλεια, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι λόγω της έλλειψης ασφάλισης και κατ' επέκταση βιβλιαρίου ασθενείας, απευθύνονταν σε άτομα συγγενικά, έμπιστα, πιθανόν ασφαλισμένα ή πιθανόν οικονομικά πιο δυνατούς από τους ίδιους.

Εν συνεχεία, εξετάστηκε η ερώτηση που αφορούσε την επίσκεψη των ερωτηθέντων σε δημόσιο νοσοκομείο κατά την τριετία 2012-2014.

Public_Hospital

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	71	88,8	88,8	88,8
Valid No	9	11,3	11,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Το 88.8% του δείγματος έχει επισκεφτεί δημόσιο νοσοκομείο κατά την τελευταία τριετία(2012-2014), ενώ μόλις το 11.3% του δείγματος δεν έχει επισκεφτεί. Παρακάτω αναλύεται η στατιστική σχέση φύλου και επισκεψιμότητας σε δημόσιο νοσοκομείο κατά την τριετία 2012-2014.

Crosstab

			Gender		Total
			Male	Female	
Public_hospital	Yes	Count	33	38	71
		% within Gender	80,5%	97,4%	88,8%
	No	Count	8	1	9
		% within Gender	19,5%	2,6%	11,3%
Total		Count	41	39	80
		% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,750	1	,016		
Continuity Correction ^b	4,178	1	,041		
Likelihood Ratio	6,500	1	,011		
Fisher's Exact Test				,029	,018
Linear-by-Linear Association	5,678	1	,017		
N of Valid Cases	80				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,39.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=5,750$, $p=0,016$). Οι γυναίκες είχαν επισκεφτεί περισσότερες φορές δημόσια νοσοκομεία κατά την τελευταία τριετία (2012-2014) με ποσοστό 97,4% σε σχέση με τους άνδρες σε ποσοστό 80,5%. Και τα δύο ποσοστά ήταν αυξημένα.

Crosstab

			Migration			Total
			Permanent	Temporary	3	
Public_hospital	Yes	Count	44	26	1	71
		% within Migration	93,6%	81,3%	100,0%	88,8%
	No	Count	3	6	0	9
		% within Migration	6,4%	18,8%	0,0%	11,3%
Total		Count	47	32	1	80
		% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,045 ^a	2	,218
Likelihood Ratio	3,075	2	,215
Linear-by-Linear Association	2,171	1	,141
N of Valid Cases	80		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ μόνιμης ή προσωρινής παραμονής στη χώρα συναρτήσει της επισκεψιμότητας των ερωτηθέντων στα δημόσια νοσοκομεία κατά την τριετία 2012-2014, ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=3,045$, $p=0,218$). Τα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα είχαν επισκεφτεί σε παρεμφερές ποσοστό δημόσια νοσοκομεία (93,6%) σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά στη χώρα(81,3%). Παρόμοια κατάσταση παρατηρείται παρακάτω στην ανάλυση της σχέσης ασφάλισης και επισκεψιμότητας σε δημόσια νοσοκομεία με προσωρινή διαμονή στην Ελλάδα.

Crosstab

		Insurance		Total	
		Yes	No		
Public_hospital	Yes	Count	57	14	71
		% within Insurance	90,5%	82,4%	88,8%
	No	Count	6	3	9
		% within Insurance	9,5%	17,6%	11,3%
Total		Count	63	17	80
		% within Insurance	100,0%	100,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,885 ^a	1	,347		
Continuity Correction ^b	,258	1	,611		
Likelihood Ratio	,804	1	,370		
Fisher's Exact Test				,392	,290
Linear-by-Linear Association	,874	1	,350		
N of Valid Cases	80				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,91.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,885$, $p=0,347$). Τα άτομα που είχαν κάποιου είδους ασφάλιση, είχαν επισκεφτεί σε παρεμφερές ποσοστό δημόσια νοσοκομεία (90,5%) σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά στη χώρα (82,4%).

Οι συμμετέχοντες της έρευνας που είχαν επισκεφτεί δημόσιο νοσοκομείο κατά την τελευταία τριετία (2012-2014), ρωτήθηκαν εάν αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα κατά την επίσκεψή τους.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	48	60,0	64,0	64,0
Valid No	27	33,8	36,0	100,0
Total	75	93,8	100,0	
Missing System	5	6,3		
Total	80	100,0		

Ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 60% του δείγματος, αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα όταν επισκέφτηκε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο για θέματα υγείας κατά την τελευταία τριετία (2012-2014). Παρακάτω αναγράφεται στατιστικά η σχέση φύλου και επισκεψιμότητας σε δημόσιο νοσοκομείο.

Crosstab

			Gender		Total
			Male	Female	
Problems_Hospital	Yes	Count	24	24	48
		% within Gender	66,7%	61,5%	64,0%
	No	Count	12	15	27
		% within Gender	33,3%	38,5%	36,0%
Total	Count	36	39	75	
	% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,214 ^a	1	,644		
Continuity Correction ^b	,049	1	,825		
Likelihood Ratio	,214	1	,644		
Fisher's Exact Test				,810	,413
Linear-by-Linear Association	,211	1	,646		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,214$, $p=0,644$). Αυτό συνέβη διότι στατιστικά οι γυναίκες είχαν αντιμετωπίσει προβλήματα ή δυσκολίες σε δημόσια νοσοκομεία (61,5%) στον ίδιο περίπου βαθμό σε σχέση με τους άνδρες (66,7%).

Crosstab

			Migration			Total
			Permanent	Temporary	3	
Problems_Hospital	Yes	Count	26	21	1	48
		% within Migration	56,5%	75,0%	100,0%	64,0%
	No	Count	20	7	0	27
		% within Migration	43,5%	25,0%	0,0%	36,0%
Total	Count	46	28	1	75	
	% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,150 ^a	2	,207
Likelihood Ratio	3,537	2	,171
Linear-by-Linear Association	3,092	1	,079
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

Εξετάζοντας την παραμονή των μεταναστών στην Ελλάδα (μόνιμη ή προσωρινή) συναρτήσει των προβλημάτων που αντιμετώπισαν οι μετανάστες σε δημόσιο νοσοκομείο την τελευταία τριετία (2012-2014), ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=3,150$, $p=0,207$). Τα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα είχαν αντιμετωπίσει προβλήματα ή δυσκολίες σε δημόσια νοσοκομεία (56,5%) στον ίδιο περίπου βαθμό σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά (75%). Μπορεί να υπάρχει κάποια διαφορά στα ποσοστά, αλλά αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Crosstab

		Insurance		Total	
		Yes	No		
Problems_Hospital	Yes	Count	35	13	48
		% within Insurance	58,3%	86,7%	64,0%
	No	Count	25	2	27
		% within Insurance	41,7%	13,3%	36,0%
Total	Count	60	15	75	
	% within Insurance	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,181	1	,041		
Continuity Correction ^b	3,042	1	,081		
Likelihood Ratio	4,729	1	,030		
Fisher's Exact Test				,069	,036
Linear-by-Linear Association	4,125	1	,042		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,40.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο παραπάνω έλεγχος χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=4,181$, $p=0,041$). Τα άτομα που είχαν υγειονομική ασφάλεια, αντιμετώπισαν λιγότερα προβλήματα ή δυσκολίες κατά την είσοδό τους σε δημόσια νοσοκομεία (58,3%) σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν υγειονομικά ασφαλισμένοι (86,7%).

- Στην ερώτηση της έρευνας «**Εάν ΝΑΙ, επιλέξτε από τα παρακάτω, ποιό/ποιά ήταν το/τα σημαντικότερα/ες προβλήματα/δυσκολίες που αντιμετωπίσατε (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα)**», δεν μπορεί να γίνει στατιστική ανάλυση χ^2 όπως στις υπόλοιπες, γιατί έχουμε πολύ λίγες τιμές σε κάθε μεταβλητή, και δεν υπάρχουν επιλογές όπως στις άλλες ερωτήσεις.

Booklet_nogood

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	10,0	100,0	100,0
Missing System	72	90,0		
Total	80	100,0		

Από το σύνολο του δείγματος (N=80), 8 άτομα απάντησαν ότι η σημαντικότερη δυσκολία που αντιμετώπισαν κατά την είσοδό τους σε δημόσιο νοσοκομείο ήταν ότι το βιβλιάριο ασθενείας τους δεν ήταν σε ισχύ.

Large_waiting_time

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	21	26,3	100,0	100,0
Missing System	59	73,8		
Total	80	100,0		

21 άτομα απάντησαν ότι η σημαντικότερη δυσκολία που αντιμετώπισαν ήταν ότι ο χρόνος αναμονής σε δημόσιο νοσοκομείο, ήταν μεγάλος.

Difficulty_language

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	11	13,8	100,0	100,0
Missing	System	69	86,3		
Total		80	100,0		

Τα 11 άτομα του συνόλου του δείγματος της έρευνας, απάντησαν ότι η σημαντικότερη δυσκολία που αντιμετώπισαν ήταν η δυσκολία επικοινωνίας λόγω γλώσσας.

More_money_needed

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	12	15,0	100,0	100,0
Missing	System	68	85,0		
Total		80	100,0		

Τα 12 άτομα του δείγματος, απάντησαν ότι η σημαντικότερη δυσκολία που αντιμετώπισαν κατά την είσοδό τους σε δημόσιο νοσοκομείο, ήταν ότι τους ζητήθηκαν χρήματα για εξετάσεις ή νοσηλεία τα οποία δεν είχαν εκείνη τη στιγμή.

Rude_behavior

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	10	12,5	100,0	100,0
Missing	System	70	87,5		
Total		80	100,0		

Εκ του δείγματος της έρευνας, 12 άτομα απάντησαν ότι η σημαντικότερη δυσκολία που αντιμετώπισαν ήταν η απότομη συμπεριφορά από τους εργαζομένους του νοσοκομείου και τους επαγγελματίες υγείας.

Other

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	1	1,3	100,0	100,0
Missing	System	79	98,8		
Total		80	100,0		

Τέλος, 1 άτομο από το σύνολο των 80 ερωτηθέντων, απάντησε ότι κάποια άλλο ήταν το σημαντικότερο πρόβλημα που συνάντησε, το οποίο όμως δεν το διευκρινίστηκε.

Στην ερώτηση : «Σας ζητήθηκαν επιπλέον χρήματα για υπηρεσίες υγείας ή επιπλέον εξετάσεις κατά την τελευταία τριετία (2012/13/14)», δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις.

More_money_wanted

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	57	71,3	73,1	73,1
Valid	No	21	26,3	26,9	100,0
Total		78	97,5	100,0	
Missing	System	2	2,5		
Total		80	100,0		

Στο 71.3% των συμμετεχόντων ζητήθηκαν επιπλέον χρήματα ή επιπλέον εξετάσεις για υπηρεσίας υγείας κατά την τελευταία τριετία (2012-2014), ενώ στο 26.3% του δείγματος δεν ζητήθηκαν. Εδώ παρατηρούμε ότι το ποσοστό στο οποίο ζητήθηκαν επιπλέον χρήματα ή υγειονομικές εξετάσεις, ήταν αρκετά μεγάλο, σχεδόν τα 2/3 του δείγματος της έρευνας. Αυτό δείχνει, ότι κατά την είσοδο των ατόμων σε δημόσια νοσοκομεία, πιθανόν και ανεξαρτήτως καταγωγής και υπηκοότητας, συνηθίζετε να ζητάτε ούτως ή άλλως, επιπλέον χρηματικό ποσό ή υγειονομικές εξετάσεις.

Crosstab

		Gender		Total	
		Male	Female		
More_money	Yes	Count	26	31	57
		% within Gender	66,7%	79,5%	73,1%
	No	Count	13	8	21
		% within Gender	33,3%	20,5%	26,9%
Total		Count	39	39	78
		% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,629	1	,202		
Continuity Correction ^b	1,043	1	,307		
Likelihood Ratio	1,641	1	,200		
Fisher's Exact Test				,307	,154
Linear-by-Linear Association	1,608	1	,205		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Μεταξύ των δύο φύλων, όσον αφορά τη σχέση τους με την πρόσθετη ζήτηση χρημάτων ή εξετάσεων, παρατηρείται ότι ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=1,629$, $p=0,202$). Αυτό συμβαίνει διότι η διαφορά που παρατηρήθηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν μικρή, άρα στατιστικά ασήμαντη. Στις γυναίκες (79,5%) ζητήθηκαν περισσότερες φορές επιπλέον χρήματα σε σχέση με τους άνδρες (66,7%).

Crosstab

		Migration			Total	
		Permanent	Temporary	3		
More_money	Yes	Count	32	24	1	57
		% within Migration	69,6%	77,4%	100,0%	73,1%
	No	Count	14	7	0	21
		% within Migration	30,4%	22,6%	0,0%	26,9%
Total		Count	46	31	1	78
		% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,954 ^a	2	,621
Likelihood Ratio	1,217	2	,544
Linear-by-Linear Association	,847	1	,357
N of Valid Cases	78		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

Ο έλεγχος χ^2 μεταξύ διαμονής ερωτηθέντων (μόνιμη ή προσωρινή) και επιπλέον ζήτησης χρημάτων ή υγειονομικών εξετάσεων, δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,954$, $p=0,621$). Στα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα ζητήθηκε σε παρεμφερές ποσοστό επιπλέον χρήματα (69,6%) σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά στη χώρα (77,4%).

Crosstab

		Insurance		Total
		Yes	No	
More_money	Yes	Count 48	9	57
		% within Insurance 78,7%	52,9%	73,1%
No	No	Count 13	8	21
		% within Insurance 21,3%	47,1%	26,9%
Total		Count 61	17	78
		% within Insurance 100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,480	1	,034		
Continuity Correction ^b	3,267	1	,071		
Likelihood Ratio	4,158	1	,041		
Fisher's Exact Test				,060	,039
Linear-by-Linear Association	4,422	1	,035		
N of Valid Cases	78				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Όπως παρατηρούμε πιο πάνω, ο έλεγχος χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=4,480$, $p=0,034$). Τα άτομα που είχαν ασφάλεια υγείας, τους είχε ζητηθεί σε υψηλότερο ποσοστό να πληρώσουν επιπλέον χρήματα για υπηρεσίες υγείας (78,7%) σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν ασφάλεια υγείας (52,9%). Είναι ορθό το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης στατιστικής ανάλυσης, διότι οι μετανάστες λόγω υγειονομικής ασφάλειας, είναι καλυμμένοι κατά την επίσκεψή τους σε δημόσιο νοσοκομείο ή ασφαλιστικό φορέα. Σε αντίθεση με τους μη ασφαλισμένους μετανάστες, δεν υφίσταται κάτι που μπορεί να τους εμποδίσει στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας, άρα υπάρχει μεγάλη πιθανότητα με την είσοδό τους σε οποιοδήποτε δημόσιο φορέα που αφορά την υγεία, να τους ζητηθούν επιπλέον χρηματικά ποσά και υγειονομικές εξετάσεις.

Κάτι που προβλημάτισε τους συμμετέχοντες μετανάστες στην έρευνα, ήταν η ερώτηση που αφορούσε το κόστος των υγειονομικών εξετάσεων στην Ελλάδα εάν ήταν υψηλό.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	48	60,0	60,8	60,8
	No	31	38,8	39,2	100,0
	Total	79	98,8	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		80	100,0		

Το 60,0% των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι το κόστος των υγειονομικών εξετάσεων στην Ελλάδα είναι μεγάλο, σε σχέση με το 38.8% που δεν θεωρούσε ότι αυτό ισχύει. Σχεδόν πάνω από το μισό δείγμα της έρευνας απάντησε θετικά στην ερώτηση, εξηγώντας ότι το ύψος του κόστους των υγειονομικών εξετάσεων ήταν υψηλό σε σχέση με τις χρηματικές απολαβές των εργασιών τους.

Παρακάτω εξετάστηκε η σχέση διαμονής των συμμετεχόντων και κόστους υγειονομικών εξετάσεων.

Crosstab

			Gender		Total
			Male	Female	
Large_cost_hospital	Yes	Count	25	23	48
		% within Gender	62,5%	59,0%	60,8%
	No	Count	15	16	31
		% within Gender	37,5%	41,0%	39,2%
Total	Count	40	39	79	
	% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,103 ^a	1	,748		
Continuity Correction ^b	,008	1	,928		
Likelihood Ratio	,103	1	,748		
Fisher's Exact Test				,820	,464
Linear-by-Linear Association	,102	1	,750		
N of Valid Cases	79				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,30.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο παραπάνω έλεγχος χ^2 , όσον αφορά τη σχέση μεταξύ φύλου και ύψους υγειονομικών εξετάσεων. δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,103$, $p=0,748$). Οι γυναίκες (59%) και οι άνδρες (62,5%) θεωρούσαν σε παρόμοιο ποσοστό ότι το κόστος των υγειονομικών εξετάσεων στην Ελλάδα είναι μεγάλο.

Crosstab

			Migration			Total
			Permanent	Temporary	3	
Large_cost_hospital	Yes	Count	31	16	1	48
		% within Migration	66,0%	51,6%	100,0%	60,8%
	No	Count	16	15	0	31
		% within Migration	34,0%	48,4%	0,0%	39,2%
Total	Count	47	31	1	79	
	% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,266 ^a	2	,322
Likelihood Ratio	2,604	2	,272
Linear-by-Linear Association	,821	1	,365
N of Valid Cases	79		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=2,266$, $p=0,322$). Τα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα (66%) και αυτά που διέμεναν προσωρινά (51,6%) θεωρούσαν σε παρόμοιο ποσοστό ότι το κόστος των υγειονομικών εξετάσεων στην Ελλάδα είναι μεγάλο. Κατά συνέπεια, το σύνολο των ερωτηθέντων, ανεξαρτήτως επιλογή διαμονής στην χώρα μας, κατά πλειοψηφία, υποστηρίζει ότι το κόστος των υγειονομικών εξετάσεων στην Ελλάδα είναι υψηλό για την οικονομική τους κατάσταση.

Crosstab

			Insurance		Total
			Yes	No	
Large_cost_hospital	Yes	Count	34	14	48
		% within Insurance	54,0%	87,5%	60,8%
	No	Count	29	2	31
		% within Insurance	46,0%	12,5%	39,2%
Total	Count	63	16	79	
	% within Insurance	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,017	1	,014		
Continuity Correction ^b	4,693	1	,030		
Likelihood Ratio	6,834	1	,009		
Fisher's Exact Test				,020	,012
Linear-by-Linear Association	5,941	1	,015		
N of Valid Cases	79				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Εξετάζοντας παραπάνω τη σχέση ασφαλισμένων και κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ο έλεγχος χ^2 παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=6,017$, $p=0,014$). Τα άτομα που δεν είχαν ασφάλεια θεωρούσαν σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (87,5%) ότι το κόστος της περίθαλψης στην Ελλάδα είναι υψηλό, σε σχέση με αυτούς που είχαν ασφάλεια (54%). Και σε αυτή την περίπτωση ανάλυσης, το αποτέλεσμα είναι ορθό. Οι ασφαλισμένοι πολίτες, ανεξαρτήτως καταγωγής, πληρώνουν μία συγκεκριμένη συμμετοχή σε οποιαδήποτε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε αντίθεση με τους μη ασφαλισμένους, ή οποία δεν έχουν αυτή την δυνατότητα, κατά συνέπεια πρέπει να πληρώσουν ολόκληρο το αντίτιμο για κάθε πιθανή υγειονομική εξέταση ή αγορά φαρμακευτικής αγωγής.

Παρακάτω, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των ερωτηθέντων όσον αφορά το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Satisfaction		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	61	76,3	77,2	77,2
Valid	No	18	22,5	22,8	100,0
	Total	79	98,8	100,0	
Missing	System	1	1,3		
	Total	80	100,0		

Το 76,3% είναι ευχαριστημένο από ελληνικό σύστημα υγείας, ενώ το 22,5% δεν είναι ευχαριστημένο. Θετικό είναι το αποτέλεσμα αυτής της ανάλυσης, γιατί παρόλη την άποψη του δείγματος των μεταναστών που καταγράψαμε πριν για το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης ή τα προβλήματα που αντιμετώπισε ο καθένας ξεχωριστά κατά την είσοδό του σε δημόσιο νοσοκομείο, η πλειοψηφία είναι ικανοποιημένη με το Σύστημα Υγείας της χώρας μας.

Crosstab

			Gender		Total
			Male	Female	
Satisfaction	Yes	Count	31	30	61
		% within Gender	75,6%	78,9%	77,2%
	No	Count	10	8	18
		% within Gender	24,4%	21,1%	22,8%
Total	Count	41	38	79	
	% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,125 ^a	1	,724		
Continuity Correction ^b	,007	1	,932		
Likelihood Ratio	,125	1	,724		
Fisher's Exact Test				,793	,467
Linear-by-Linear Association	,123	1	,725		
N of Valid Cases	79				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,66.

b. Computed only for a 2x2 table

Στη σχέση φύλου σε συνάρτηση με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,125$, $p=0,724$). Οι γυναίκες (78,9%) και οι άνδρες (75,6%) ήταν ικανοποιημένοι σε παρόμοιο ποσοστό από το Ελληνικό σύστημα υγείας.

Crosstab

		Migration			Total	
		Permanent	Temporary	3		
Satisfaction	Yes	Count	33	28	0	61
		% within Migration	71,7%	87,5%	0,0%	77,2%
	No	Count	13	4	1	18
		% within Migration	28,3%	12,5%	100,0%	22,8%
Total	Count	46	32	1	79	
	% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,097 ^a	2	,047
Likelihood Ratio	5,903	2	,052
Linear-by-Linear Association	,801	1	,371
N of Valid Cases	79		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

Ο παραπάνω έλεγχος χ^2 ήταν οριακά στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=6,097$, $p=0,047$) και αφορούσε την συνάρτηση διαμονής (προσωρινής ή μόνιμης) και ικανοποίησης. Λιγότερα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα ήταν ικανοποιημένα από το ΕΣΥ (71,7%) σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά (87,5%).

Crosstab

		Insurance		Total	
		Yes	No		
Satisfaction	Yes	Count	53	8	61
		% within Insurance	85,5%	47,1%	77,2%
	No	Count	9	9	18
		% within Insurance	14,5%	52,9%	22,8%
Total	Count	62	17	79	
	% within Insurance	100,0%	100,0%	100,0%	

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,197 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	9,119	1	,003		
Likelihood Ratio	9,921	1	,002		
Fisher's Exact Test				,002	,002
Linear-by-Linear Association	11,055	1	,001		
N of Valid Cases	79				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Αξιοσημείωτα θεωρούνται τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης μεταξύ ασφάλειας και ικανοποίησης των ασφαλισμένων ή μή. Ο έλεγχος χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=11,197$, $p=0,001$). Περισσότερα άτομα που ήταν ασφαλισμένα σε υγειονομικό επίπεδο ήταν ικανοποιημένα από το ΕΣΥ (85,5%) σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ασφάλεια υγείας (47,1%), τα οποία ήταν πολύ λιγότερα αυτά που ήταν ικανοποιημένα.

Ενδιαφέρον στην συγκεκριμένη έρευνα, παρουσίασε η ερώτηση που απευθύναμε στους συμμετέχοντες και είχε σχέση με την ιδιωτική ασφάλεια υγείας. «Πιστεύετε ότι η επιλογή ιδιωτικής ασφάλισης, θα έλυνε κάθε πρόβλημα που πιθανόν να είχατε αντιμετωπίσει στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	35	43,8	43,8	43,8
Valid No	45	56,3	56,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Το 56,3% του δείγματος (N=80) δεν πιστεύει ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα έλυνε τα όποια προβλήματα υπάρχουν στη δημόσιο σύστημα υγείας και κατ' επέκταση δεν θα την επέλαγαν όπως συζητήθηκε κατά την διάρκεια της συνέντευξης από πολλούς ερωτηθέντες, ενώ το 43,8% πιστεύει ότι θα τα έλυνε.

Crosstab

			Gender		Total
			Male	Female	
Private_insurance	Yes	Count	18	17	35
		% within Gender	43,9%	43,6%	43,8%
	No	Count	23	22	45
		% within Gender	56,1%	56,4%	56,3%
Total	Count	41	39	80	
	% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,001 ^a	1	,978		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,001	1	,978		
Fisher's Exact Test				1,000	,578
Linear-by-Linear Association	,001	1	,978		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,06.

b. Computed only for a 2x2 table

Από το ποσοστό του συνολικού δείγματος που απάντησε θετικά στο εάν η ιδιωτική ασφάλεια υγείας θα έλυνε πιθανά προβλήματα της δημόσιας ασφάλισης, έγινε έλεγχος όσον αφορά το φύλο και την επιλογή του καθενός. Ο έλεγχος χ^2 λοιπόν, δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,001$, $p=0,978$). Το ίδιο σχεδόν ποσοστό ανδρών (43,9%) και γυναικών (43,6%) πίστευε ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα έλυσε τα προβλήματα που πιθανόν αντιμετώπιζαν στο ΕΣΥ.

Crosstab

			Migration			Total
			Permanent	Temporary	3	
Private_insurance	Yes	Count	24	11	0	35
		% within Migration	51,1%	34,4%	0,0%	43,8%
Private_insurance	No	Count	23	21	1	45
		% within Migration	48,9%	65,6%	100,0%	56,3%
Total		Count	47	32	1	80
		% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,942 ^a	2	,230
Likelihood Ratio	3,332	2	,189
Linear-by-Linear Association	2,796	1	,095
N of Valid Cases	80		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

Ο έλεγχος χ^2 παραπάνω, δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=2,942$, $p=0,230$). Τα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα πίστευαν περισσότερο ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα έλυνε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στο ΕΣΥ (51,1%) σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά (34,4%). Όμως αυτή η διαφορά, αν και φαίνεται μεγάλη, δεν ήταν στατιστικά σημαντική, οπότε τα αποτελέσματα πρέπει να θεωρηθούν παρεμφερή.

Crosstab

			Insurance		Total
			Yes	No	
Private_insurance	Yes	Count	31	4	35
		% within Insurance	49,2%	23,5%	43,8%
Private_insurance	No	Count	32	13	45
		% within Insurance	50,8%	76,5%	56,3%
Total		Count	63	17	80
		% within Insurance	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,587 ^a	1	,058		
Continuity Correction ^b	2,619	1	,106		
Likelihood Ratio	3,779	1	,052		
Fisher's Exact Test				,097	,051
Linear-by-Linear Association	3,542	1	,060		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,44.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=3,587$, $p=0,056$). Σχεδόν τα μισά άτομα που είχαν ασφάλεια (49,2%) πίστευαν ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα έλυσε τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν στο ΕΣΥ, ενώ αυτοί που δεν είχαν ασφάλεια υγείας το πίστευαν σε πολύ μικρότερο βαθμό (23,5%). Όμως και πάλι αυτή η διαφορά δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική.

Σε περίπτωση πιθανής ιδιωτικοποίησης των Δημοσίων Νοσοκομείων, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν θα είχαν ευκολότερη πρόσβαση σε αυτά. Παρακάτω φαίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Privatization_public_hospitals

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	28	35,0	35,0	35,0
Valid No	52	65,0	65,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Το 65% των ατόμων της έρευνας θεωρούσε ότι η ιδιωτικοποίηση των δημόσιων νοσοκομείων δεν θα έκανε ευκολότερη την πρόσβασή τους σε αυτά, ενώ μόλις το 35% θεωρούσε ότι η ιδιωτικοποίηση θα βελτίωνε την πρόσβαση αυτή. Συμπερασματικά, οι μετανάστες κατά πλειοψηφία, δεν επιθυμούν την ιδιωτικοποίηση των δημοσίων νοσοκομείων.

Crosstab

			Gender		Total
			Male	Female	
Privatization_public_hospitals	Yes	Count	13	15	28
		% within Gender	31,7%	38,5%	35,0%
	No	Count	28	24	52
		% within Gender	68,3%	61,5%	65,0%
Total	Count	41	39	80	
	% within Gender	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,401 ^a	1	,527		
Continuity Correction ^b	,159	1	,690		
Likelihood Ratio	,401	1	,527		
Fisher's Exact Test				,640	,345
Linear-by-Linear Association	,396	1	,529		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=0,401$, $p=0,527$). Οι γυναίκες με ποσοστό 38,5% και οι άνδρες με 31,7% γενικά δεν φαίνεται να πιστεύουν ότι η ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων θα διευκόλυνε την πρόσβασή τους σε αυτά σε παρόμοια βαθμό.

Crosstab

			Migration			Total
			Permanent	Temporary	3	
Privatization_public_hospitals	Yes	Count	20	8	0	28
		% within Migration	42,6%	25,0%	0,0%	35,0%
	No	Count	27	24	1	52
		% within Migration	57,4%	75,0%	100,0%	65,0%
Total	Count	47	32	1	80	
	% within Migration	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,124 ^a	2	,210
Likelihood Ratio	3,493	2	,174
Linear-by-Linear Association	3,064	1	,080
N of Valid Cases	80		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Στατιστικά ο παραπάνω έλεγχος χ^2 που σχετίζεται με μονιμότητα ή όχι της διαμονής των ερωτηθέντων και την ιδιωτικοποίηση των δημοσίων νοσοκομείων, δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=3,124$, $p=0,210$). Τα άτομα που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα πίστευαν περισσότερο ότι η ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων θα διευκόλυνε την πρόσβασή τους σε αυτά (42,6%) σε σχέση με αυτούς που διέμεναν προσωρινά (25%). Όμως η διαφορά αυτή δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική, γεγονός που δείχνει ότι η διαφορά αυτή ήταν σχετικά μικρή και μη σημαντική.

Ολοκληρώνοντας την στατιστική ανάλυση της έρευνας, ελέγχεται η σχέση μεταξύ ασφαλισμένων και μη ερωτηθέντων μεταναστών και ιδιωτικοποίησης των δημοσίων νοσοκομείων.

Crosstab

			Insurance		Total
			Yes	No	
Privatization_public_hospitals	Yes	Count	26	2	28
		% within Insurance	41,3%	11,8%	35,0%
	No	Count	37	15	52
		% within Insurance	58,7%	88,2%	65,0%
Total	Count	63	17	80	
	% within Insurance	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,123 ^a	1	,024		
Continuity Correction ^b	3,908	1	,048		
Likelihood Ratio	5,870	1	,015		
Fisher's Exact Test				,025	,020
Linear-by-Linear Association	5,059	1	,025		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,95.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο έλεγχος χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=5,123$, $p=0,024$). Τα άτομα που είχαν ασφάλεια υγείας, πίστευαν σε πολύ υψηλότερο βαθμό (41,3%) ότι η ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων θα βελτίωνε την πρόσβασή τους σε αυτά, σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν ασφάλεια υγείας, εκ των οποίων μόνο το 11,8% το πίστευε αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συμπεράσματα

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η ανάλυση των οικονομικών επιπτώσεων που έχει αποφέρει η μετανάστευση στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας εξετάζοντας και αναλύοντας τον βαθμό ικανοποίησης κυρίως σε οικονομικό επίπεδο, ενός δείγματος μεταναστών της χώρας μας. Μέσα από ένα εμπιστευτικό ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείτο από δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά μεταναστών της Ελλάδας καθώς επίσης και υγειονομικές παραμέτρους, εκπληρώθηκε ο πρωταρχικός στόχος της έρευνας. Σύμφωνα με τον στόχο αυτό, δόθηκε προσπάθεια για μία ικανοποιητική επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος μεταναστών «πρώτης γενιάς» που διαθέτει νόμιμο καθεστώς διαμονής στην Ελλάδα και χρησιμοποιεί καθημερινά τις Υπηρεσίες Υγείας. Η πρόσβαση στην Υγεία, όπως αναφέρθηκε στα παραπάνω κεφάλαια, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα κατοχυρωμένο από την Ελληνική καθώς και από την Ευρωπαϊκή και Διεθνή νομοθεσία. Με βάση το δεδομένο αυτό, βασικός σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας από τους ίδιους τους μετανάστες.

Εκπαιδευτικός τομέας :

Μέσα από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, παρατηρείται συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου του μετανάστη και της προσβασιμότητάς του στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Στην πλειοψηφία του δείγματος της έρευνας (80 μετανάστες), το μορφωτικό επίπεδο είναι αρκετά υψηλό(λύκειο, πανεπιστήμιο, κολλέγιο). Συμπερασματικά, όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης ενός μετανάστη, τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες του ατόμου στην προσβάσιμότητά του στο ΕΣΥ, αρκεί να πληρεί τις νόμιμες προϋποθέσεις(νόμιμα έγγραφα παραμονής, βιβλιάριο ασθενοείας κ.λπ).

Εισόδημα:

Το ύψος του μέσου ατομικού εισοδήματος του μετανάστη δεν επηρεάζει άμεσα την προσβασιμότητά του στις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας παρά μόνο έμμεσα με την ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Από την στιγμή που ο μετανάστης διαθέτει μηνιαίο εισόδημα, αυτομάτως έχει στην κατοχή του βιβλιάριο ασθενοείας νόμιμου καθεστώτος και κατ' επέκταση δικαίωμα στις παρεχόμενες ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες υγείας της χώρας. Σύμφωνα με την έρευνα που

προηγήθηκε, παρατηρείται από το 2012 έως και το 2014 ανοδική πορεία μέσου όρου εισοδήματος αλλά όχι σημαντική. Το 2012 η μέση τιμή εισοδήματος μετανάστη αγγίζει τα 396,92 ευρώ, για το έτος 2013 η μέση τιμή φτάνει τα 436,78 ευρώ και πλέον το έτος 2014 τα 444,10 ευρώ. Παρά την μικρή αυτή άνοδο, οι προαναφερόμενοι μισθοί δεν παύουν να θεωρούνται ως κατώτατοι για την τριετία που αναφέρθηκε.

Ασφάλεια υγείας:

Η ασφάλεια ασθενοίας ως καθόλα νόμιμο δικαίωμα, παρέχεται από το κράτος σε έναν μετανάστη κατόπιν νόμιμου καθεστώτος παραμονής στην Ελλάδα με απαραίτητη προϋπόθεση την εργασιακή απασχόληση. Η ύπαρξη βιβλιαρίου υγείας σε ισχύ, αυξάνει τις πιθανότητες του μετανάστη στην απρόσκοπτη πρόσβασή του στο ΕΣΥ. Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, περίπου το 83% των ερωτηθέντων διέθεταν στην κατοχή του βιβλιário ασθενοίας κατά την τριετία 2012-2014, άρα κρατική ασφάλεια και δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας του κράτους. Το μικρο ποσοστό του δείγματος το οποίο παρουσιάζεται ανασφάλιστο ή χωρίς κατοχή βιβλιαρίου ασθενοίας, δεν απασχολείται εργασιακά με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται η πρόσβασή του στις υπηρεσίες υγείας.

Έτη παραμονής στην Ελλάδα:

Στην έρευνα αναλύθηκαν τέσσερις ομάδες μεταναστών, όσον αφορά τα έτη παραμονής τους στην Ελλάδα. Από την ανάλυση των ομάδων αυτών παρατηρείται ότι όσα περισσότερα είναι τα έτη διαμονής του μετανάστη στην χώρα υποδοχής τόσο αυξάνεται η πιθανότητα κοινωνικής ένταξής τους σε αυτή. Αυτό είναι αποτέλεσμα πολύ καλής γνώσης την γλώσσας και της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Συμπερασματικά, όσο περισσότερα έτη διαμονής στην χώρα, περισσότερη εργασιακή εμπειρία στη χώρα, άρα ευκολότερη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.

Οικονομικός τομέας:

Μέσα από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες μετανάστες, το μεγαλύτερο ζήτημα που έχει επηρεάσει τους ίδιους μετά την είσοδό τους στην χώρα μας είναι η οικονομία γενικότερα αλλά και ειδικότερα ως προς τον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, κατά την τελευταία τριετία(2012-2014) ο μέσος όρος ατομικού εισοδήματος αγγίζει τα 420 ευρώ περίπου μηνιαίως, ο κατώτερος μισθός που μπορεί να δοθεί σε έναν πολίτη της Ελλάδας (μετανάστη και μη) ως ανειδίκευτο.

Οι ίδιοι οι μετανάστες εξέφρασαν τη μη ικανοποίησή τους ως προς τις χρηματικές απολαβές, γεγονός που τους αποτρέπει από την εκπλήρωση όχι μόνο των καθημερινών αναγκών τους αλλά και την εκπλήρωση των αναγκών που αφορά την υγεία τους. Τη δυσαρέσκειά τους επίσης εξέφρασαν όσον αφορά τις τιμές των συμμετοχών στις υγειονομικές εξετάσεις του ΕΟΠΥΥ θεωρώντας αρκετά μεγάλο το ποσοστό συμμετοχής συγκριτικά με τις μηνιαίες τους απολαβές. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό του δείγματος μέσα από τη συζήτηση, αναφέρθηκε στην άρνηση του να παρέχει στον εαυτό του υπηρεσίες υγείας λόγω χαμηλών οικονομικών απολαβών, γεγονός που πρέπει να αποτραπεί με οποιονδήποτε τρόπο από το κάθε κράτος.

5.2 Προτάσεις

Από όσα αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία, προκύπτει ότι όσον αφορά στη παροχή Υπηρεσιών Υγείας στους μετανάστες, είτε αιτούντες άσυλο είτε πρόσφυγες που κατοικούν στην Ελλάδα, όσοι διαθέτουν νομιμοποιητικό καθεστώς έχουν την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Από την άλλη, οι μετανάστες που δεν διαθέτουν νομιμοποιητικό καθεστώς στην κατοχή τους όπως παραδείγματος χάριν κάρτα διαμονής, στερούνται την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας και κατ' επέκταση δεν τους δίνονται το δικαίωμα στην Υγεία.

Για τους άτυπους μετανάστες οι οποίοι δεν διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα για την παραμονή τους στην Ελλάδα, η ίδια η χώρα τους αποκλείει από το δικαίωμα της Υγείας, με κάθε νομοθέτημα με αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση των ατόμων αυτών καθώς και τον κοινωνικό τους αποκλεισμό από το γενικό σύνολο.

Μετά από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, καταλήγουμε στις ακόλουθες προτάσεις:

- Ενημέρωση των μεταναστών για τα δικαιώματά τους όσον αφορά την Υγεία και για τις υποχρεώσεις τους με την είσοδο και την ένταξή τους στην Ελληνική Κοινωνία. Τα φυλλάδια θα πρέπει να είναι διατυπωμένα στην μητρική τους γλώσσα για την διευκόλυνσή τους.
- Περιορισμός έως και απαλοιφή των καθυστερήσεων στην διαδικασία έκδοσης και ανανέωσης της άδειας παραμονής των μεταναστών. Ομοίως θα ήταν σωστό να συμβεί και με τα ειδικά δελτία αιτούντων άσυλο. Με αυτόν τον τρόπο, θα διευκολυνθεί η πρόσβαση των μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας χωρίς μεγάλα διαστήματα αναμονής.

- Πιθανή μείωση της συμμετοχής των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ όσον αφορά την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τις ιατρικές εξετάσεις.
- Παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας με την εισοδό τους σε δημόσιο νοσοκομείο, σε όλους τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ στους οποίους θα συμπεριλαμβάνονται και οι νόμιμοι μετανάστες της χώρας.
- Λήψη μέτρων για την υγειονομική αντιμετώπιση των μεταναστών που κρατούνται σε κέντρα εισόδου της χώρας και για την παροχή ειδικής μέριμνας για τα ασυνόδευτα ανήλικα.
- Προσλήψεις διερμηνέων ή πολιτισμικών διαμεσολαβητών σε δημόσια νοσοκομεία, στα κέντρα κράτησης των ελληνικών συνόρων καθώς επίσης και σε σημεία που απευθύνονται οι μετανάστες, για την διασφάλιση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας στους αλλοδαπούς.

Συμπερασματικά, η καλή υγεία των μεταναστών συσχετίζεται με την καλή υγεία του κοινωνικού συνόλου της χώρας μας. Οι μετανάστες είναι πρώτα από όλα άνθρωποι, για τους οποίους πρέπει να υπάρχει σεβασμός από το ίδιο το κράτος και κάθε δημοκρατικό κράτος παγκοσμίως. Οι μετανάστες έχουν ίσα δικαιώματα με κάθε άλλο διαφορετικό από τους ίδιους λαό, με πρώτο και κύριο όλων το δικαίωμα στη ίδια τη ζωή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας»
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

Α. Δημογραφικά και Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Ερωτηματολόγιο μελέτης για τις οικονομικές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα που αποφέρει η μετανάστευση καθώς επίσης και την πρόσβαση των μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας της χώρας.

1. Φύλο : Α) Άνδρας Β) Γυναίκα
2. Ηλικία : _____
3. Δήμος κατοικίας : _____
4. Χώρα καταγωγής/γέννησης : _____
5. Μόνιμη/Προσωρινή μετανάστευση : Α) Μόνιμη
B) Προσωρινή
6. Οικογενειακή κατάσταση : Α) Άγαμος/η
B) Έγγαμος/η
Γ) Διαζευγμένος/η
Δ) Χήρος/α
7. Στην Ελλάδα ζείτε μόνοι σας ; ΝΑΙ ΟΧΙ
8. Αν ΟΧΙ , προσδιορίστε παρακάτω με ποιόν/ούς ζείτε στο ίδιο σπίτι(μία ή περισσότερες απαντήσεις): Α)Σύζυγος/Σύντροφος
B)Παιδιά
Γ)Συγγενείς
Δ)Φίλοι/Ομοεθνείς
E) Άλλοι



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας»

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

17. Ποιός είναι ο μέσος όρος μηνιαίου εισοδήματός σας κατα την τελευταία τριετία(2012/13/14);

2012	2013	2014

18. Ποιός είναι ο μέσος όρος οικογενειακού μηνιαίου εισοδήματος σας κατά την τελευταία τριετία(2012/13/14) ;

2012	2013	2014

B. Χαρακτηριστικά που αφορούν την πρόσβαση των μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο σύμφωνα με την γενική κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα.

19. Έχετε κάποιο γνωστό πρόβλημα υγείας την τελευταία τριετία(2012/13/14) για το οποίο πρέπει να λαμβάνετε ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες σε τακτά χρονικά διαστήματα; ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή σε καθημερινή βάση για κάποιο χρόνιο νόσημα ; ΝΑΙ ΟΧΙ

21. Εάν λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή σε καθημερινή βάση ή ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες ανα τακτά χρονικά διαστήματα για τα έτη 2012-2014, παρακαλώ επιλέξτε παρακάτω τον τρόπο :



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας»
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

- A) Μέσω της ασφάλειάς μου
- B) Μέσω Δημοσίου Νοσοκομείου
- Γ) Με την βοήθεια μη κυβερνητικών οργανώσεων
- Δ) Με τη βοήθεια συγγενών/φίλων
- E) Μέσω φαρμακείου νοσοκομείου
- ΣΤ) Άλλο(αναφέρετε) : _____

22. Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας κατά την τελευταία τριετία(2012/13/14) ;

- A) Πολύ καλή
- B) Καλή
- Γ) Μέτρια
- Δ) Κακή
- E) Πολύ κακή

23. Επιλέξτε την πρώτη ενέργειά σας όταν αρρωστήσετε στην Ελλάδα :

- A) Επισκέπτομαι τον ασφαλιστικό μου φορέα
- B) Επισκέπτομαι κάποιο Δημόσιο Νοσοκομείο
- Γ) Επισκέπτομαι ιδιώτη ιατρό
- Δ) Επισκέπτομαι κάποιο φαρμακείο
- E) Επισκέπτομαι μη κυβερνητική οργάνωση
- ΣΤ) Ζητώ βοήθεια από συγγενικό μου πρόσωπο
- Z) Ζητώ βοήθεια από φίλο ή ομοεθνή μου
- H) Ζητώ βοήθεια από τον εργοδότη μου
- Θ) Ζητώ βοήθεια από σύλλογο ή κοινότητα όπου ανήκω
- I) Δεν κάνω τίποτα
- K) Άλλο _____



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας»
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

24. Έχετε επισκεφθεί Δημόσιο Νοσοκομείο στην Ελλάδα κατα την τελευταία τριετία (2012/13/14) ; ΝΑΙ ΟΧΙ
25. Για ποιό λόγο επισκεφθήκατε Δημόσιο Νοσοκομείο στην Ελλάδα κατα την τελευταία τριετία (2012/13/14) ;
- A) Λόγω ασθένειας
- B) Για να κάνω εξετάσεις
- Γ) Λόγω ασθένειας συγγενικού μου προσώπου
- Δ) Για να κάνει εξετάσεις συγγενικό μου πρόσωπο
- E) Για να επισκεφθώ συγγενικό μου πρόσωπο/φίλο/ομοεθνή, που νοσηλευόταν
- ΣΤ) Για εργατικό ατύχημα
26. Αντιμετωπίσατε κάποιο πρόβλημα ή δυσκολία όταν ζητήσατε υπηρεσίες υγείας σε Δημόσιο Νοσοκομείο ; ΝΑΙ ΟΧΙ
27. Εάν ΝΑΙ, επιλέξτε από τα παρακάτω, ποιό/ποιά ήταν το/τα σημαντικότερα/ες προβλήματα/δυσκολίες που αντιμετώπισατε (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα) :
- A) Το βιβλιάριο ασθένειας μου δεν ήταν σε ισχύ
- B) Ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος
- Γ) Δυσκολία επικοινωνίας λόγω γλώσσας
- Δ) Δυσκολία στο να κλείσω κάποιο ραντεβού
- E) Μου ζητήθηκαν χρήματα για εξετάσεις/νοσηλεία και δεν είχα
- ΣΤ) Απότομη συμπεριφορά από τους εργαζομένους του νοσοκομείου και τους επαγγελματίες υγείας
- Z) Άλλο _____



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας»
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

28. Σας ζητήθηκαν επιπλέον χρήματα για υπηρεσίες υγείας ή επιπλέον εξετάσεις κατά την τελευταία τριετία(2012/13/14); ΝΑΙ ΟΧΙ
29. Θεωρείται ότι το κόστος υγειονομικών εξετάσεων στην Ελλάδα είναι μεγάλο ; ΝΑΙ ΟΧΙ
30. Θεωρείται ότι το αντίτιμο των 5 ευρώ για την είσοδό σας σε Δημόσιο Νοσοκομείο ήταν επιβαρυντικό για εσάς την τελευταία τριετία(2012/13/14) ; ΝΑΙ ΟΧΙ
31. Θεωρείται ότι η οικονομική συμμετοχή στις εξετάσεις των ασφαλιστικών φορέων του ΕΟΠΥΥ είναι επιβαρυντική για εσάς ; ΝΑΙ ΟΧΙ
32. Θα προτιμούσατε να παρέχονται δωρεάν οι υγειονομικές υπηρεσίες στην Ελλάδα σε όλους τους πολίτες, ανασφάλιστους και μή ; ΝΑΙ ΟΧΙ
33. Εμπιστεύεστε τις Ελληνικές Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας ; ΝΑΙ ΟΧΙ
34. Είστε ευχαριστημένος από το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ; ΝΑΙ ΟΧΙ
35. Πιστεύετε ότι το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας είναι καλύτερο από το Σύστημα Υγείας της χώρας σας ; ΝΑΙ ΟΧΙ
36. Εάν όχι, θα ήταν αυτός ένας λόγος που θα σας οδηγούσε να επιστρέψετε στη χώρα σας ; ΝΑΙ ΟΧΙ
37. Πιστεύετε ότι η επιλογή ιδιωτικής ασφάλισης, θα έλυνε κάθε πρόβλημα που πιθανόν να είχατε αντιμετωπίσει στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας;
ΝΑΙ ΟΧΙ
38. Θεωρείται ακριβά τα υγειονομικά πακέτα των ιδιωτικών ασφαλειών ;
ΝΑΙ ΟΧΙ



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας»
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

39. Σε περίπτωση ιδιωτικοποίησης των Δημοσίων Νοσοκομείων θεωρείται ότι η πρόσβασή σας θα είναι ευκολότερη σε αυτά; ΝΑΙ ΟΧΙ

40. Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας σχετικά με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα;

A) Πολύ καλή

B) Καλή

Γ) Μέτρια

Δ) Κακή

E) Πολύ κακή

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α) Ελληνική

Αβδελά Ε. (επιμέλεια), «Τι είν' η πατρίδα μας;», Εθνοκεντρισμός στην εκπαίδευση Έφη Αβδελά, Γεράσιμος Κουζέλης, Νέλλη Ασκούνη, Χρυσή Ιγγλέση, Λίνα Βεντούρα, κ.ά., Αλεξάνδρεια, 1997

Αμίτσης Γ., Λαζαρίδη Γ., (επιμ.), Νομικές και Κοινωνικοπολιτικές Διαστάσεις της Μετανάστευσης στην Ελλάδα, Παπαζήσης, Αθήνα, (2001)

Γιατροί του Κόσμου -Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο (2007), *Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία;* Έκδοση των Γιατρών του Κόσμου

Δ.Γ.Τσαούσης, Κοινωνική ανθρωπολογία / Γκ. Λιενχαρντ. Η κοινωνική ανθρωπολογία στην Ελλάδα (1985)

Δ. Γ. Τσαούση Η κοινωνία του ανθρώπου : εισαγωγή στην κοινωνιολογία / Δ. Γ. Τσαούση. (1996)

Δρεττάκης Μ.Γ., ANATOMIA ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1981 – 2000

ΕΚΚΕ, *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, Τόμος Α', Αθήνα, (1999)

ΙΝΕ / ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, *Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*, Αθήνα, (2003)

Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής «Το ψυχοκοινωνικό του μετανάστη και η ένταξή του», εκπόνηση μελέτης EUROPEAN PROFILES A.E, 1997

Καρύδης Β.Χ. *Η εγκληματικότητα των μεταναστών στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Παπαζήση, (1996)

Κασιμάτη Κ., (επιμ.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής, Gutenberg, Αθήνα, (1998)

Κασιμάτη Κ. ,*Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης*, Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός ,επιμέλεια Κασιμάτη Κ. (2003)

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

Λίποβατς Θ. , "Δοκίμιο για την ιδεολογία" (μαζί με τον Ν. Δεμερτζή), Αθήνα, 1994

Μαράτου-Αλιμπραντή , Λ., Γκαζόν, Ε. (2005). *Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση : Μία προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Τανείων*, Αθήνα : ΕΚΚΕ

Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ., *Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*, ΙΝΕ, Αθήνα (2000)

Μπουρίκος Δημήτρης (2006), *Ζητήματα κοινωνικοασφαλιστικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, Επισημάνσεις και προτεινόμενη βιβλιογραφία*, Αθήνα

Πετράκου Η.,*Μετανάστες στην Ελλάδα*, Δημήτρης Χριστόπουλος, Ηλίας Ιωακείμογλου, Ιορδάνης Ψημμένος, Μίλτος Παύλου,Αθ. ,Ελληνικά Γράμματα Ινστιτούτο Νίκος Πουλαντζάς ,(2001)

Τσίμπος, Κ, *Η γονιμότητα στις Βαλκανικές χώρες κατά το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα , στο Δ.Ε Λώλη (επιμέλεια) : Υπογεννητικότητα, το σημαντικότερο πρόβλημα της Ελληνικής κοινωνία*, εκδόσεις Παρισιανού (2001)

Ύπατη αρμοστέια του οηε για τους πρόσφυγες (2008)

Φακιάλας Ευστάθιος Τ., *Θεωρίες Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης: Μια Αγνοημένη Προβληματική*”, Πανεπιστήμιο της Πελοποννήσου, (2002)

Φίλιας, Β. , *Κοινωνία και εξουσία στην Ελλάδα – Η νόθα αστικοποίηση 1800 - 1864*, Gutenberg (1985)

Χλέτσος, Μ. (2002) Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης, Αθήν, Εξάντας

Χλέτσος, Μ. (2003), *Οικονομική Ανάλυση της Κοινωνικής Προστασίας*, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Παν/μιο Ιωαννίνων

Χλέτσος Μ., επιμέλεια : Μετανάστες και Μετανάστευση

Οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές πτυχές

Συγγραφείς: Θανάσης Ντόκος - Χαρίλαος Ναζάκης - Μιχάλης Χλέτσος - Σταύρος

Γαβρόγλου - Θεόδωρος Παλυβός, εκδόσεις Πατάκης , (2003)

B) Ξένη

Brettell and James F. Hollifield, *Migration Theory: Talking Across Disciplines*. Edited by New York: Routledge (2000)

Blake, D. & Mayhew, L. (2004), *Immigration or Bust? Options for securing the future viability of the UK state pension system*

C. Kasimis and A.G. Papadopoulos

(2006), *The Multifunctional Role of Migrants in Rural Greece and Rural Southern Europe*, Final Report, The MacArthur Foundation(USA)

Clark, G.L., 2002, *European Pensions and Global Finance: Continuity or Convergence?*, *New Political Economy*, 7(1), 2002

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

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*

Crul, M, H. Vermeulen, (2003). The second generation in Europe. Introduction to the special issue. *International Migration Review*, 37, 4, 965-986.

European Commission (2008) *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*, European Communities

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.

Friedrich Heckmann, Dominique Schnapper, The Integration of Immigrants in European Societies: National Differences and Trends of Convergence

Georgios A. Antonopoulos-The smuggling of Migrants in Greece. An examination of its social Organization, δημοσιευμένο στο European Journal of Criminology.

Green Nancy L., Οι δρόμοι της μετανάστευσης, εκδόσεις Σαββάλας, (2004)

Halliday, Fred (2006) *Obituary: Dominique Jacquin-Berdal 1966-2006*. Nations and Nationalism

M Baldwin-Edwards, Immigration into Greece, 1990-2003: A Southern European Paradigm?, (2002)

Portes, A, and M. Zhou, 1993, The New Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 530(1) : 74-96

Portes & Rubén G. Rumbaut Introduction: The Second Generation and the Children of Immigrants Longitudinal Study, (2001)

Rubén G. Rumbaut, The Crucible Within: Ethnic Identity, Self-Esteem, and Segmented Assimilation Among Children of Immigrants, University of California, Irvine - Department of Sociology, (1994)

Statistiques en bref, population et conditions sociales, Theme 3, 20/2003, population et conditions de vie, Juillet 2003, Communautés Européennes 2003

Γ) Διαδικτυακές πηγές

www.uoi.gr

www.statistics.gr (ΕΛΣΤΑΤ)

www.wikipidea.com

